V Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal

I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA, ADOLESCENTE E FAMÍLIA

14º ENCONTRO DO LABORATÓRIO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM FAMÍLIA E SAÚDE

29 DE OUTUBRO A 01 DE NOVEMBRO DE 2013

FAURGS - Gramado - RS

ANAIS

TEMA:

Avanços, Aproximações e Transformações do Cuidar: Recém nascido, criança adolescente e família

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

C749a Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal (5. : 2013:Gramado, RS)

Anais : avanços, aproximações e transformações do cuidar : recém nascido, criança, adolescente e família [recurso eletrônico] / V Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, I Seminário Internacional de Saúde da Criança, Adolescente e Família, 14. Encontro do Laboratório de Estudos Interdisciplinares em Família e Saúde ; promoção SOBEP ; presidente Maria da Graça Corso da Motta. – Gramado : SOBEP, 2014.

1 CD-ROM

ISSN: 2177 5125

1.Enfermagem pediátrica – Eventos. 2. Enfermagem neonatal – Eventos. I.

Seminário Internacional de Saúde da Criança, Adolescente e Família (1. : 2013: Gramado, RS). II. Encontro do Laboratório de Estudos Interdisciplinares em Família e Saúde (14. : 2013 : Gramado, RS). III. Motta, Maria da Graça Corso da. IV. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. V. Título.

NLM: WY159

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Realização

Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras

Apoio

Diretoria Nacional da SOBEP (2012 – 2015)

Presidente
Elisa da Conceição Rodrigues

Vice-Presidente
Nair Regina Ritter Ribeiro

1ª Secretária
Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes

2º Secretário
Luciano Marques dos Santos

1ª Tesoureira
Lidiane Ferreira Schultz

2ª Tesoureira
Edmara Bazoni Soares Maia

Comissão Permanente de Assistência
Eliane Tatsch Neves

Comissão Permanente de Titulação
Maria Aparecida de Luca Nascimento

Comissão Permanente de Educação e Pesquisa
Benedita Maria Rego Deusdará Rodrigues

Comissão Permanente de Divulgação e Comunicação Social
Myriam Aparecida Mandetta

Conselho Fiscal
Titulares:
Ana Lionch Sabatés
Marialda Moreira Christofell
Regina Aparecida Garcia de Lima

Suplentes:
Sandra Teixeira de Araújo Pacheco
Regina Issuzu Hirooka de Borba
Maria Vera Lucia Leitão Cardoso

Comissão Organizadora

Comissão Executiva

Presidente da SOBEP
Elisa da Conceição Rodrigues

Presidente do Evento
Maria da Graça Corso da Motta

Coordenadora do LEIFAMS
Ingrid Elsen

Tesoureira da SOBEP
Lidiane Ferreira Schultz

Secretária da SOBEP
Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes

Comissão Científica
Nair Regina Ritter Ribeiro

Coordenação de Secretaria e Patrocínio
Maria Buratto Souto

Comissão de Finanças
Eliane Norma Mendes

Comissão de Divulgação, Documentação e Registro
Ana Claudia Vieira

Comissão de Saúde
Margery Zanetello

Comissão de Infraestrutura, Local e Monitoria
Liane Einloft

Comissão Social, Recepção e Hospedagem
Miriam Neis

Comissão Organizadora

Comissão Científica
Coordenadora: Nair Regina Ritter Ribeiro
Aline Ribeiro
Ana Claudia Vieira
Ana Izabel Jatobá de Souza
Andréia Tompsen
Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues
Circéa Amalia Ribeiro
Dulce Maria Nunes Eliane Tatsch Neves
Eva Neri Rubim Pedro
Helena Becker Issi
Ivana de Souza Karl
Maria Vera Lucia Leitão Cardoso
Marialda Moreira Christoffel
Neiva Neiva Raffo
Neusa Collet
Olga Rosário Eidt
Patricia Kuerten Rocha
Regina Aparecida Garcia de Lima
Silvana Zarth
Sonia Marcon
Vanessa Kolling

Comissão de secretaria
Coordenadora: Maria Buratto Souto
Cristiane Rocha de Souza Prestes
Wiliam Wegner
Luciano Marques dos Santos
Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes

Comissão de divulgação, documentação e registro
Coordenadora: Ana Claudia Vieira
Simone Canabarro
Luciano Marques dos Santos
Myriam Aparecida Mandetta
Danilo Marcelo Araújo dos Santos
Liliane Faria da Silva
Rosane Cordeiro Burla
Rita Melão Morais

Comissão de saúde
Coordenadora: Margery Zanetello
Lizara Ellensohn
Vanessa Rauber Guimarães do Nascimento

Comissão de infraestrutura, local e monitoria
Coordenadora: Liane Einloft
Lisete Spengler
Vania Schneide
Edite Moraes

Comissão social, de recepção e hospedagem
Coordenadora: Miriam Neis
Juliane Cabral
Simone Dias
Meri Dias
Margery Zanetello

Monitores

Alessandra Pacheco Linck
Amanda Amaral dos Santos
Cristiane Stein
Ernani B. da Rosa
Evelyn Castro da Silva
Gabriela Nasser Gervini
Graziela Bauer Nunes
Greice de Souza Lenz
Karoline Kronbauer
Kauana S. GuimarãesLaila Silveira
Manuela C. da Silva
Mariane Jaqueline Volkweis
Michele Recktenwaldt
Michele Soares
Morgana Fernandes
Natalia Justin Alves
Nicole Soares
Patricia Dayane Silveira
Roseli Morais Moreira
Sara Boff
Sheila L.R.de Souza
Victoria T. M. Sakamoto
Viviane Andrade do Rosario
Viviane Ribeiro Pereira

Palestrantes

Palestrantes Nacionais

Adriana Zanella (RS)
Aline Hennemann (RS)
Altamira Pereira da Silva Reichert (PB)
Ana Claudia Vieira (RS)
Ana Izabel Jatobá de Souza (SC)
Ana Luiza Dornelles da Silveira (RJ)
Ana Lygia Pires Melaragno (SP)
Ariane Ferreira (SP)
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso (PR)
Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues (RJ)
Carmem Gracinda Silvan Scochi (SP)
Cibele Duarte Parulla (RS)
Cíntia Alves da Silva (SP)
Circéa Amália Ribeiro (SP)
Claudiane Maria Urbano Ventura (PE)
Cristine Nilson (RS)
Danielle Lemos Querido (RJ)
Dulce Maria Nunes (RS)
Eliane Tatsch Neves (RS)
Elisa da Conceição Rodrigues (RJ)
Eva Jaqueline da Silva Cardoso (RS)
Fabio Teixeira Ferracini (SP)
Fernanda Bezerra Goés (RJ)
Flavia Guedes (RS)
Flavia Simphronio Balbino (SP)
Gabriela Manito Guzzo (RS)
Giordana de Cassia Pinheiro da Motta (RS)
Gisele Cristina Tertuliano (RS)
Gloria Regina da Silva Gomes (RJ)
Inez Silva de Almeida (RJ)
Ivone Evangelista Cabral (RJ)
Jane Cristina de Oliveira Faria (RJ)
Janete Pires de Oliveira (RJ)
Jovaní Pereira Grangeiro (DF)
Juliana R. Montenegro Medeiro de Moraes (RJ)
Karin Rosa Persegona Ogradowski (PR)
Liliana Planel Lugarinho (RJ)
Liliane Faria da Silva Da (RJ)
Luana Thomazette Cechin Scremin (RS)
Luciano Marques dos Santos (BA)
Marcia Helena Marchi (RS)
Márcia Koja Breigeron (RS)
Maria do Carmo Rocha Laurent (RS)
Maria Estela Diniz Machado (RJ)
Maria Regina Fay de Azambuja (RS)
Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso (CE)
Marialda Moreira Christoffel (RJ)
Mariana Bueno (MG)
Marisse Lopes Alves (RS)
Martha Luisa Rauber (RS)
Matheus Nogueira Schwartzmann (SP)
Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira (SP)
Myriam Aparecida Mandetta (SP)
Neiva Raffo (RS)
Neusa Collet (PB)
Regina Issuzu Hirooka de Borba (SP)
Ricardo Roberson Rivero (RS)
Ritta de Cassia de jesus Mello (RJ)
Scheila Roberta de Souza (RS)
Simone Canabarro (RS)
Solanger Graciana Paulao Perrone (RS)
Tania Vignuda de Souza (RJ)
Thais Severino (DF)
Valdirene Keller Rocha (RS)
Vania Latuada (RS)
Vera Regina Waldow (RS)
Wiliam Wegner (RS)

Palestrantes Internacionais

Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueredo (Portugal)
Maria Marlene Montes Valverde (Colômbia)

SUMÁRIO

MENSAGEM DE BOAS VINDAS (PRESIDENTE DO V CBEPN) 9

MENSAGEM DE BOAS VINDAS (PRESIDENTE DA SOBEP) 10

PROGRAMAÇÃO

CURSOS PRÉ-CONGRESSO 12

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA 17

RESUMO AULAS 27

SESSÃO COORDENADA (PRÊMIOS) 31

PRÊMIO ZÉLIA BIASOLI ALVES 32

PRÊMIO ELACI SAMPAIO BARRETO 37

PRÊMIO TEREZINHA PERIN 49

PRÊMIO EUZÉBIA JESUS PEREIRA 52

PRÊMIO OLGA ROSARIA EIDT 59

PRÊMIO DULCE MARIA NUNES 66

PRÊMIO SOBEP 76

SESSÃO COORDENADA ORAL 91

SESSÃO PÔSTER 185

REGIMENTO 1282

CARTA DE GRAMADO 1293

MENSAGEM DE BOAS VINDAS (PRESIDENTE V CBEPN)

A Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP) e a Comissão Organizadora do V Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal (V CBEPN) e o I Seminário Internacional de Saúde da Criança, Adolescente e Família (I SISCAF) e o 14º Encontro do Laboratório de Estudos Interdisciplinares em Família e Saúde (LEIFAMS) tem a satisfação de saudar os participantes e desejar que o período de 29 de outubro a 1º de novembro de 2013 em Gramado no Rio Grande do Sul, seja profícuo, que juntos possamos ampliar e consolidar o saber e fazer da enfermagem no cuidado à saúde do recém-nascido, criança, adolescente e família.

A Programação Científica discutirá os temas relacionados à saúde e doença prevalentes no cotidiano dos profissionais nas dimensões assistências, ensino, pesquisa e extensão, constituindo-se como um espaço de transferência do conhecimento na relação biunívoca produção científica versus prática. Deste modo, contribuir com a difusão de avanços do corpo de teórico, metodológico e da pratica do cuidado, dando visibilidade às inovações e incentivando mudanças, revertendo em qualidade de vida de recém-nascidos, crianças, adolescente e família.

Ainda contaremos com a presença de palestrantes reconhecidos nacional e internacionalmente para abrilhantar o evento. Além disso, os congressistas podem desfrutar da beleza da região, a exuberante Serra Gaúcha, na acolhedora cidade de Gramado, pitoresca pela sua bela natureza e generosa gastronomia. O local escolhido para realização do Congresso é o Centro de Eventos de Gramado da Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS). Situado em região central da Cidade de Gramado, possui características estruturais que facilitam o acesso e participação dos congressistas.

Sejam bem vindos!

Cordialmente,

Dra. Maria da Graça Corso da Motta
Presidente do Congresso

MENSAGEM DE BOAS VINDAS (PRESIDENTE SOBEP)

Em nome da Dra. Maria da Graça Corso da Motta Presidente do V Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, I Seminário Internacional de Saúde da Criança, Adolescente e Família e 14º Encontro do Laboratório de Estudos Interdisciplinares em Família e Saúde, da Dra. Nair Ritter Ribeiro, Coordenadora da Comissão Científica e Vice Presidente da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP), e da Diretoria da SOBEP, gostaria de Cumprimentar as autoridades presentes, e dar as boas vindas a todos os congressistas.

Sejam bem vindos e bem vindas à Gramado, a mais Bela Cidade da Região das Hortênsias e única cidade do Brasil cuja Prefeitura é detentora do certificado ISO: 9001, devido à qualidade dos serviços que oferece à comunidade e aos seus visitantes. Parabéns à Prefeitura de Gramado. Nesta oportunidade expressamos nossos agradecimentos pelo apoio à divulgação deste congresso no site oficial da cidade.

No mês de outubro são celebradas muitas datas importantes para a Criança, além do seu próprio dia, comemoramos os Dias da Música, do Livro, da Vacinação, do Professor, da Juventude, da Democracia e o Dia do nascimento da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, nossa querida SOBEP.

Há 17 anos, a SOBEP foi constituída em Assembleia Geral no dia 09 de outubro de 1996, no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, na cidade de São Paulo, ocasião em que enfermeiros pediatras de diversos estados da União acreditavam que a organização associativa alavancaria os avanços, as conquistas, e a valorização da enfermagem pediátrica e neonatal em nosso país.

A Assembleia de Fundação da SOBEP onde estiveram presentes 84 sócios fundadores, iniciou-se com as palavras da Dra Massae Noda Chaud, ao relatar que a ideia da criação de uma sociedade de especialistas, nascera a partir das discussões ocorridas no Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e no Congresso de Enfermagem Neonatalógica que acontecera em São Paulo naquele mesmo ano.

Desde sua criação, sempre em articulação com a Associação Brasileira de Enfermagem da qual é filiada e parceira, esforços vêm sendo envidados por todas as diretorias para consolidar a SOBEP, como uma sociedade de especialistas, legalmente constituída e reconhecida como legítima pelos enfermeiros pediatras.

A SOBEP está comprometida com a prática da enfermagem pediátrica segura e de qualidade, com a vida, com o resgate da cidadania e da dignidade humana, em prol dos melhores interesses da criança, do adolescente, dos profissionais e da Enfermagem Pediátrica. Seu propósito é congregar enfermeiros que atuam assistindo, cuidando, ensinando e pesquisando na área da criança e do adolescente.

Historicamente, a Enfermagem Brasileira, tem travado lutas em defesa do SUS e do acesso universal e igualitário à ações e aos serviços de saúde, direito constitucional dos cidadãos e cidadãs brasileiros.

No 65º Congresso Brasileiro de Enfermagem, promovido pela ABEn Nacional, de 7 a 10 de outubro, na Cidade do Rio de Janeiro, mais de 4000 vozes de enfermeiros, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem reuniram-se para exigir do governo a regulamentação da Jornada de 30 horas para a enfermagem, defender melhores condições de trabalho e piso salarial para a categoria, reforçar o posicionamento em favor da manutenção dos vetos de dispositivos da Lei 12.842/2013; dentre outros encaminhamentos postulados na "Carta do Rio de Janeiro para a Enfermagem Brasileira, amplamente divulgada entre os associados da SOBEP.

Nesse contexto de iniquidades, sabemos que mulheres, gestantes, recém-nascidos, crianças e adolescentes estarão em situação de maior vulnerabilidade, sempre que as Políticas Públicas não forem suficientes para atender suas demandas sociais e de saúde. Lutar por esse grupo faz toda a diferença no desenvolvimento do nosso país.

Sendo assim, gostaria de convidá-los para escrevermos junta a “Carta de Gramado” em defesa da saúde do recém-nascido, da criança, do adolescente, do SUS e da enfermagem brasileira.

Caros Colegas, nossa responsabilidade é grande e os desafios maiores ainda. Nos próximos três dias vamos refletir sobre nossos avanços, nos aproximar dos nossos grupos de interesse, compartilhar experiências e fazer alianças que se convertam em transformações nos diversos cenários de cuidar do Recém Nascido, Criança, Adolescente e suas Famílias.

Os Congressos Brasileiros de Enfermagem Pediátrica e Neonatal são realizados em parceria com instituições de ensino, pesquisa e assistência, e nos últimos 10 anos, têm se consolidado como um espaço profícuo de reflexões, discussões, articulações e divulgação do conhecimento científico, contribuindo para o crescimento da nossa especialidade.

A programação deste V Congresso foi cuidadosamente elaborada para proporcionar intensas e atuais discussões acerca do ensino, pesquisa e assistência e será desenvolvida através de conferências, mesas redondas, sessões coordenadas e pôsteres eletrônicos distribuídos em cerca de 800 trabalhos inscritos.

A SOBEP tem mantido o compromisso não só com a periodicidade bienal mas também com a qualidade dos Congressos sempre articulando-se com parceiros comprometidos com o desenvolvimento da enfermagem pediátrica e neonatal e com a saúde do recém nascido, criança, adolescente e suas famílias.

Nesse sentido, expresso nossa imensa gratidão às Bravas Colegas do Rio Grande do em nome das Doutoras Maria da Graça Corso da Motta e Nair Ritter Ribeiro que aceitaram o desafio de organizar o V Congresso, considerando todo o empenho, esforço pessoal e institucional que um evento dessa magnitude exige.

Gostaria de finalizar essa mensagem com o poema de Gabriela Mistral,

“Muitas das coisas
de que necessitamos
podem esperar. A criança não pode
Agora é o momento em que
seus ossos estão se formando
seu sangue também o está
e seus sentidos
estão se desenvolvendo
A ela não podemos responder “amanhã”
Seu nome é hoje.

Vamos dizer hoje para a nossa SOBEP, essa adolescente com toda a vida pela frente!
Desejo um Excelente Congresso para Todos Nós.

MUITO OBRIGADA !!!

Dra. Elisa da Conceição Rodrigues
Presidente da SOBEP

CURSOS PRÉ-CONGRESSO

29 de outubro / Terça-Feira / Cursos

07:00 - 19:00	Credenciamento

Horário	Sala Van Gogh
08:00 - 12:00	CURSO 1 - Habilitação para a inserção de cateteres venosos periféricos e centrais guiada por ultrassonografia vascular *Marisse Lopes Alves (RS)*
12:00 - 14:00	Intervalo
14:00 - 18:00	CURSO 11 - Processo de Enfermagem na Prática Clínica Pediátrica e Neonatal *Maria Do Carmo Rocha Laurent (RS)*

Horário	Sala Locateli
08:00 - 12:00	CURSO 2 - A consulta de enfermagem ao neonato e criança na atenção básica (Exame fisico) *Altamira Pereira da Silva Reichert (PB)*
12:00 - 14:00	Intervalo
14:00 - 18:00	CURSO 12 - Cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de lesões de pele no recém-nascido, criança e adolescente *Luciano Marques dos Santos (BH)*

29 de outubro / Terça-Feira / Cursos

Horário	Sala Di Cavalcanti
08:00 - 12:00	CURSO 3 - Pesquisa qualitativa – Abordagem da criança como sujeito de pesquisa *Neusa Collet (PB)*
12:00 - 14:00	Intervalo
14:00 - 18:00	CURSO 13 - Cuidados de Enfermagem no manejo da dor no recém-nascido, criança e adolescente *Ana Claudia Vieira (RS)/ Mariana Bueno (MG)*

Horário	Sala Michelangelo
08:00 - 12:00	CURSO 4 - Cuidado Centrado na Família, - manejo de conflitos, negociação com famílias sobre participação nos cuidados *Flavia Simphronio Balbino (SP)*
12:00 - 14:00	Intervalo
14:00 - 18:00	CURSO 14 - Processo lúdico no cuidado da criança e do adolescente hospitalizados *Circéa Ribeiro (SP) / Regina Issuzu Hirooka de Borba (SP)*

Horário	Sala Ticiano
08:00 - 12:00	CURSO 5 - Prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil *Wiliam Wegner (RS)*
12:00 - 14:00	Intervalo
14:00 - 18:00	CURSO 15 - Cuidados de Enfermagem na Reanimação Pediátrica e Neonatal *Adriana Zanella / Giodana de Cassia Pinheiro da Motta (RS)* *Marcia Helena Marchi (RS) / Valdirene Keller Rocha (RS)*

29 de outubro / Terça-Feira / Cursos

Horário	Sala Monet
08:00 - 12:00	CURSO 6 - Dimensionamento de pessoal de enfermagem (Nursing Ativities Score):DIN,NEMS *Simone Canabarro / Cibele Duarte Parulla (RS)*
12:00 - 14:00	Intervalo
14:00 - 18:00	CURSO 16 - Comunicação: das narrativas de cuidado à afetividade *Dulce Maria Nunes (RS) / Matheus Schwarstmann (SP)*

Horário	Sala Boticelli
08:00 - 12:00	CURSO 7 - Pesquisa quantitativa – principais delineamentos *Neiva Raffo (RS) / Márcia Koja Breigeron (RS)*
12:00 - 14:00	Intervalo
14:00 - 18:00	CURSO 17 - Dietas e dispositivos enterais, conhecendo para melhor cuidar *Aline Hennemann (RS)/ Flavia Guedes (RS)*

Horário	Sala Picasso
08:00 - 12:00	CURSO 8 - Triagem Neonatal: Teste do Pezinho *Martha Luisa Rauber (RS)*
12:00 - 14:00	Intervalo
14:00 - 18:00	CURSO 18 - Cuidados voltado para o desenvolvimento do prematuro: praticas baseada em evidencias *Marialda Moreira Christoffel (RJ)/ Maria Estela Diniz Machado (RS)* *Ana Luiza Dornelles da Silveira (RJ)/ Danielle Lemos Querido (RJ)*

29 de outubro / Terça-Feira / Cursos

Horário	Sala Rembrandt
08:00 - 12:00	CURSO 9 - A integralidade do cuidado a criança com necessidade especial de saúde e sua família *Ivone Cabral (RJ)/ Eliane Tatsch Neves (RS)*
12:00 - 14:00	Intervalo
14:00 - 18:00	CURSO 19 - Cuidados de Enfermagem nos transplantes: Medula e Hepático *Medula - Eva Jaqueline da Silva Cardoso (RS) e Scheila Roberta de Souza (RS)* *Hepático - Janete Pires de Oliveira(RS)*

Horário	Sala Visconti
08:00 - 12:00	CURSO 10 - Boas práticas em sala de vacinação *Gisele Cristina Tertuliano (RS)*
12:00 - 14:00	Intervalo
14:00 - 18:00	CURSO 20 - Ética na pesquisa com crianças e adolescentes. *Juliana Rezende Montenegro Medeiro de Moraes (RJ) / Liliane Faria da Silva (RJ)* *Fernada Bezerra Goés (RJ)/ Ivone Cabral (RJ)*

18:15 - 18:45	Sessão Solene de Abertura
18:45 - 19:45	Conferência de Abertura - Nexos entre as áreas do ensino, da prática e da pesquisa na Enfermagem Pediátrica e Neonatal *Ivone Evangelista Cabral*
19:45	Coquetel de Confraternização

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Programação Científica

30 de outubro / Quarta-Feira

Horário	Sala Van Gogh
08:30 - 10:00	Mesa redonda 1 - Políticas Públicas relacionadas à saúde do recém nascido, criança, adolescente e família: O desafio dos programas à prática. • Panorama geral das políticas do Ministério da Saúde - *Jovani Pereira Grangeiro (DF)* • *A saúde da Criança no contexto nacional - Liliana Planel Lugarinho (DF)* • Implementação das políticas nos cenários da prática do enfermeiro (hospitalar, escolar e comunitária) – *Thais Severino (DF)*
10:00 - 10:30	Intervalo
10:30 - 11:30	Conferência Internacional - Famílias Contemporâneas - Saúde da Família *Maria do Céu Barbieri (Portugal)*
11:30 - 13:30	Intervalo
13:30 - 15:00	Mesa Redonda 3 - Cenários das Relações e Valores Humanos no Cuidado ao recém nascido, criança, adolescente e família • Formas de Afeto no Cuidado - *Matheus Schwarstmann (SP)* • Linguagem:Expressão de Cuidado - *Cíntia Alves da Silva (SP)* • A comunicação através do brinquedo - *Circéa Amália Ribeiro (SP)*
15:00 - 16:00	Conferência - Transferência do conhecimento para a prática: perspectivas e desafios da Enfermagem Pediátrica e Neonatal -*Carmem Gracinda Silvan Scochi (SP)*
16:00 - 16:30	Intervalo
16:30 - 18:30	Sessão Coordenada - Trabalhos que concorrem a Prêmios

30 de outubro / Quarta-Feira

Horário	Sala Da Vinci
08:30 - 10:00	Mesa redonda 2 - Cenários de segurança no cuidado do recém nascido, criança e adolescente hospitali zado • Segurança do paciente: atenção à saúde do recém nascido/criança e adolescente *Fabio Teixeira Ferracini (SP)* • Rede sentinela (Farmaco vigilância Efeitos adversos - Administração de fármacos/estratégias e ino vações) Tecno vigilância - Hemo vigilância - *Gabriela Manito Guzzo (RS)* •*Segurança do paciente no contexto da hospitalização infantil: construindo a cultura da segurança no cuidado em saúde. - William Wegner (RS)*
11:30 - 13:30	Intervalo
13:30 - 15:00	Mesa Redonda 4 - Cenários de cuidado à criança e adolescente: fatores de risco e o desafio para a enfermagem • Adolescentes vitimas de violência: um estudo realizado com escolares *Luana Thomazette Cechin Scremin* • O olhar da justiça nos casos de violência sexual contra a criança *Maria Regina Fay de Azambuja (RS)* • Unidade para o adolescente - perspectivas futuras - *Inêz Almeida (RJ)*
16:00 - 16:30	Intervalo
16:30 - 18:30	Sessão Coordenada - Trabalhos que concorrem a prêmios

Horário	Sala Locateli
08:30 - 10:00	Sessão Coordenada - Trabalhos que concorrem a prêmios
11:30 - 13:30	Intervalo
13:30 - 15:00	Sessão Coordenada - Trabalhos que concorrem a prêmios
16:00 - 16:30	Intervalo
13:30 - 15:00	Sessão Coordenada - Trabalhos que concorrem a prêmios

Horário	Sala Visconti
16:30 - 18:30	Assembléia SOBEP

31 de outubro / Quinta-Feira

Horário	Sala Van Gogh
08:30 - 10:00	Mesa Redonda 5 - Cuidados com o Recém nascido prematuro • Prematuridade tardia e RN a termo precoce *Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso (PR)* • Cuidado ao prematuro extremo - *Claudiane Maria Urbano Ventura (PE)* • Seguimento ambulatorial do recém nascido prematuro - *Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso (CE)*
10:30 - 11:00	Intervalo
11:00 - 12:00	Conferência Internacional - A saúde do adolescente no contexto atual: propostas e desafios - *Maria Marlene Montes Valverde (Colômbia)*
12:00 - 13:30	Intervalo
13:30 - 15:30	Mesa Redonda 7 - A formação de profissionais na atenção ao recém nascido, à criança e ao adolescente nas diferentes dimensões • Mestrado e doutorado - a definir • Graduação - *Tania Vignuda de Souza (RJ)* • Residência/especialização - *Karin Rosa Persegona Ogradowski (PR)* • Aproximações da teoria do cuidado humano à prática na formação do profissional enfermeiro - *Vera Waldow (RS)*
15:30 - 16:00	Intervalo
16:00 - 17:30	Mesa Redonda 9 - Vivências da criança/adolescente/ Família no processo de terminalidade • Ética na prática do cuidado à criança e adolescente *Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues (RJ)* • Comunicação de más notícias - *Ana Lygia Pires Melaragno (SP)* • Cuidados paliativos e luto - *Vânia Latuada (RS)* • Cuidados paliativos no período neonatal - *Mariana Bueno (MG)*

31 de outubro / Quinta-Feira

Horário	Sala Da Vinci
08:30 - 10:00	Mesa Redonda 6 - Consulta de Enfermagem ao recém nascido, criança, adolescente e família: da história aos desafios nos diferentes contextos no país • A história e a prática das Consultas de Enfermagem no HCPA - *Solange Perrone (RS)* • A consulta de enfermagem no nordeste? - *Altamira Pereira da Silva Reichert (PB*) • A consulta de enfermagem no sul e sudeste - *Ana Izabel Jatobá de Souza (SC)* • Legitimando a Consulta de Enfermagem - *Ricardo Rivero (RS)*
12:00 - 13:30	Intervalo
13:30 - 15:30	Mesa Redonda 8 - Os desafios da Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal no cenário da prática • Segurança dos pacientes nas UTIP e UTIN - *Mavilde Pedreira (SP)* • Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - *Cristine Nilson (RS)* • Humanização nas UTIs - Gloria Regina da Silva Gomes (RJ) • Sendo mãe de recém-nascido prematuro em uma UTIN: ser cuidada para cuidar *Rita de Cássia de Jesus Melo*
15:30 - 16:00	Intervalo
	Sessão Coordenada - Eixo I - A Enfermagem e a Saúde do Recem Nascido 1
16:00 - 16:15	ADERÊNCIA À AMAMENTAÇÃO MATERNA EXCLUSIVA NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA DA CRIANÇA *Fabiane de Amorim Almeida*
16:15 - 16:30	SIGNIFICADO PARA MÃES APÓS NOTÍCIA DE FALHA NA TRIAGEM AUDITIVA DE SEU FILHO *Neila Santini de Souza*
16:30 - 16:45	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM RECÉM-NASCIDOS DE UMA MATERNIDADE GAÚCHA *Nerizane Cerutti Fornari*
16:45 - 17:00	PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA - *Sandra Regina de Souza*
17:00 - 17:15	ORIENTAÇÃO GENÉTICA REALIZADA POR ENFERMEIRAS DO SERVIÇO DE REFERENCIA EM TRIAGEM NEONATAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS ? EXPERIÊNCIA DE 20 ANOS *Shirley Nunes dos Santos*
17:15 - 17:30	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - *Shirley Nunes dos Santos*

31 de outubro / Quinta-Feira

Horário	Sala Locateli
	Sessão Coordenada - Eixo II - A Enfermagem e a Saúde da Criança 1
08:30 - 08:45	ACIDENTES COM PRÉ-ESCOLARES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA *Alisséia Guimarães Lemes*
08:45 - 09:00	A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO MANEJO DA TERAPIA INTRAVENOSA PELO ENFERMEIRO, NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: ANÁLISE DO CONTEXTO EM HOSPITAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - *Angela Maria La-Cava*
09:00 - 09:15	ANÁLISE DOS REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA A NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - *Daniele de Souza Vieira*
09:15 - 09:30	O BRINCAR DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: BUSCANDO COMPREENDER SUA VIVÊNCIA - *Edmara Bazoni Soares Maia*
09:30 - 09:45	SAÚDE DA CRIANÇA E INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA *Flaviana Anselmo Dantas*
09:45 - 10:00	TRAJETÓRIAS EMPREENDIDAS NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRIANÇAS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA: RELATOS DE FAMILIARES CUIDADORES - *Francisca Georgina Macedo de Sousa*
10:00 - 10:15	QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS - *Joel Kuyava*
10:15 - 10:30	EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS E RIBEIRINHAS - *Jéssica Alves Sacramento de Moraes*
10:30 - 11:00	Intervalo
	Sessão Coordenada - Eixo II - A Enfermagem e a Saúde da Criança 2
13:30 - 13:45	ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - *Lindsay Menna Pereira*
13:45 - 14:00	O MUNDO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO REVELADO PELA CRIANÇA POR MEIO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO DRAMÁTICO - *Marileise Roberta Antoneli Fonseca*
14:00 - 14:15	ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA - *Marta Rosa de Lacerda Santos*
14:15 - 14:30	CRIANÇA/ADOLESCENTE COM PARALISIA CEREBRAL: PERCEBENDO SEU MODO DE SER NO MUNDO *Viviane Marten Milbrath*

31 de outubro / Quinta-Feira

Horário	Sala Locateli
14:30 - 14:45	IDENTIFICAÇÃO DA DOENÇA NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRIANÇAS COM CARDIOPATIA *Luciana Palacio Fernandes Cabeça*
14:45 - 15:00	TEMPO DE PERMANÊNCIA E CAUSAS DE REMOÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NA PEDIATRIA - *Nicole Martins Soares*
15:00 - 15:15	ANÁLISE DE DISCURSO DE CRIANÇAS: MINIMIZANDO EXPERIÊNCIAS DESAGRADÁVEIS DURANTE O TRATAMENTO ONCOLÓGICO - *Neusa Collet*
15:15 - 15:30	TRAJETÓRIA DO PICC NA PEDIATRIA DE UM HOSPITAL ESCOLA DA REGIÃO SUL *Caroline Maier Predebon*
15:30 - 16:00	Intervalo
	Sessão Coordenada - Eixo I - A Enfermagem e a Saúde do Recem Nascido 2
16:00 - 16:15	SÍFILIS CONGÊNITA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA *Thavane Brum de Llano*
16:15 - 16:30	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A RECÉM-NASCIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: A PERCEPÇÃO DOS PAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO- *Vanessa Ferreira de Lima*
16:30 - 16:45	PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DURAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS NESTA PRÁTICA - *Cristiana Brasil de Almeida Rebouças*
16:45 - 17:00	PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA DOR EM NEONATOS ANTES, DURANTE E NA REMOÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) - *Pedro Guilherme dos Santos Martins*
17:00 - 17:15	INFECÇÕES FÚNGICAS NEONATAL: UMA REVISÃO - *Isabel de Abreu Esteves*
17:15 - 17:30	SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS DE MÃES A RECÉM- NASCIDOS PRÈ-TERMO INTERNOS EM UMA UTI NEONATAL - *Dea Silvia Moura da Cruz*

31 de outubro / Quinta-Feira

Horário	Sala Extra
	Sessão Coordenada - Eixo III - A Enfermagem e a Saúde do Adolescente
08:30 - 08:45	PROMOVENDO A EDUCAÇÃO DE ADOLESCENTES MASCULINOS: CARACTERIZAÇÃO DE ADOLESCENTES QUE VIVENCIARAM A PATERNIDADE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE ILHA DE MARÉ. *Claudiana Ribeiro da Silva*
08:45 - 09:00	PROMOVENDO A SAÚDE DO ADOLESCENTE NO ESPAÇO ESCOLAR - *Eloina Santana Santos*
09:00 - 09:15	O SIGNIFICADO DA PRÁTICA DO TAEKWONDO PARA O ADOLESCENTE *Juliana Yukari Takahashi Onishi*
09:15 - 09:30	VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES E AS NOTIFICAÇÕES - *Lucyana Conceição Lemes Justino*
09:30 - 09:45	PROMOVENDO A SAÚDE DO ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES EXTENSIONISTAS DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIGRANRIO EM UMA ESCOLA DA BAIXADA FLUMINENSE. *Michele Alcântara dos Santos*
09:45 - 10:00	TROCA DE SABERES: DISCUTINDO SOBRE DROGAS COM ADOLESCENTES *Martina Michaelis Bergmann*
10:00 - 10:15	PRÁTICAS EDUCATIVAS: VIVÊNCIA COM ADOLESCENTES DO PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL . - *Tatiana Barreto Pereira Viana*
10:15 - 10:30	A SESSÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO: CONTRIBUIÇÕES PARA SUA UTILIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - *Vera Lucia Alves dos Santos*
10:30 - 11:00	Intervalo
	Sessão Coordenada - Eixo IV - A Enfermagem e a Família
13:30 - 13:45	PAIS CEGOS E A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE SEUS FILHOS LACTENTES: VIVÊNCIAS DE CUIDADO - *Kariane Gomes Cezario*
13:45 - 14:00	CORPO-SABER: O CUIDADO DA CRIANÇA COM ASMA SOB A ÓTICA DOS FAMILIARES CUIDADORES *Neila Santini de Souza*
14:00 - 14:15	CONVIVÊNCIA DA FAMÍLIA COM A PARALISIA CEREBRAL: ENFOQUE CULTURAL *Naiara Barros Polita*
14:15 - 14:30	PERSPECTIVA DA FAMÍLIA FRENTE À UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA ADMISSÃO HOSPITALAR DA CRIANÇA - *Pamela Caroline Dos Santos*

31 de outubro / Quinta-Feira

Horário	Sala Extra
14:30 - 14:45	GRUPO DE APOIO A FAMILIARES DE PACIENTES COM LEA/LM: UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM *Thais Vilela De Sousa*
14:45 - 15:00	MEU FILHO TEM LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA E AGORA? UM MATERIAL INFORMATIVO PARA A FAMÍLIA - *Larissa Guanaes Dos Santos*
15:00 - 15:15	PERSPECTIVA DOS PAIS SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NAS TOMADAS DE DECISÕES RELATIVAS AOS CUIDADOS DO RECÉM - NASCIDO NA UNIDADE NEONATAL - *Flavia Simphronio Balbino*
15:15 - 15:30	ATENDIMENTO AO BINÔMIO MÃE-BEBÊ EM UM AMBULATÓRIO DE PUERPÉRIO: DEMANDAS E APOIO RECEBIDO PELA REDE SOCIAL - *Ana Paula Amâncio Neves*
15:30 - 16:00	Intervalo
	Sessão Coordenada - Eixo V - A Enfermagem e os Diferentes Contextos
16:00 - 16:15	ADAPTAÇÃO CULTURAL DO QUESTIONÁRIO COSTS OF CARING FOR CHILDREN WITH CANCER PARA AVALIAR CUSTOS FAMILIARES PARA CUIDAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER NO CONTEXTO BRASILEIRO - *Amanda Rossi Marques*
16:15 - 16:30	A CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA PELOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES CRONICAMENTE ADOECIDOS - *Rosilene Aparecida Dos Santos*
16:30 - 16:45	BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE TRABALHO COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS *Tânia Maria Coelho Leite*
16:45 - 17:00	CRIANÇA E ADOLESCENTE CRONICAMENTE ADOECIDOS: ESCOLARIZAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR - *Ilvana Lima Verde Gomes*
17:00 - 17:15	A REVELAÇÃO DA CONDIÇÃO DE HIV/AIDS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: SUBSÍDIOS NORMATIVOS PARA O EXERCÍCIO DA ADVOCACY - *Renata De Moura Bubadué*
17:15 - 17:30	PALHAÇOS-DOUTORES EM AMBIENTE HOSPITALAR - O USO DO RISO COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO - *Cristiane Stein*
17:30 - 18:30	Premiações

01 de novembro / Sexta-Feira

Horário	Sala Van Gogh
09:00 - 11:00	COLOQUIO : A Enfermagem Pediátrica e Neonatal: perspectivas e possibilidades frente aos desafios contemporâneos. Mediadora: *Maria da Graça Corso da Motta* Debatedoras: *Ivone Cabral (Rio de Janeiro)* - *Carmem Gracinda Silvan Scochi (São Paulo)* - *Maria do Céu Aguiar Barbieri (Portugal)* - *Maria Marlene Montes Valverde (Colombia)*
11:00 - 12:00	Sessão de Recomendações - *Elisa da Conceição Rodrigues* (Presidente SOBEP)
12:00 - 12:30	Encerramento

RESUMO AULAS

Curso 05: Prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil

Aspectos gerais do referencial teórico da segurança do paciente e suas especificidades no cuidado da enfermagem pediátrica. Resolução de situação-problema com ênfase em eventos adversos frequentes na saúde da criança. Cultura da segurança do paciente. Curso teórico-prático que pretende instrumentalizar o profissional de enfermagem para: identificar as características do processo de hospitalização infantil, identificar os principais eventos adversos nesse contexto e planejar o cuidado seguro na perspectiva da segurança do paciente.

Curso 07: Pesquisa quantitativa – principais delineamentos

A pesquisa de abordagem quantitativa tem como objetivo maior garantir a precisão dos levantamentos realizados, de modo a produzir resultados com um mínimo de distorções. Neste curso, serão apresentados os principais delineamentos utilizados em pesquisa quantitativa em saúde, de acordo com: *o propósito geral do estudo* – estudos descritivos e analíticos; *o modo de exposição das pessoas ao fator em foco* - estudos de observação e de intervenção (ou de experimentação); *a direção temporal das observações* - os estudos prospectivos (coorte), retrospectivos (caso-controle) e transversais; e *segundo a unidade de observação* – estudo em que a unidade é o indivíduo, e o estudo em que a unidade consiste em um grupo de indivíduos.

Curso 08: Triagem Neonatal

O curso aborda a importância para o diagnóstico precoce e prevenção de doenças que são triadas no período neonatal, com o exame que coleta sangue do pé do recém-nascido e por isso “teste do pezinho”. Engloba os seguintes assuntos: introdução e fundamentos históricos, processo de triagem neonatal, Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), coleta da amostra, cuidados específicos com a amostra, e patologias: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo congênito, Doença falciforme e outras hemoglobinopatias e Fibrose cística**.**

Curso 11: Processo de Enfermagem na Prática Clínica Pediátrica e Neonatal

Introdução: o Processo de Enfermagem (PE) é um método de trabalho do enfermeiro, que tem como características ser dinâmico e sistematizado, além de baseado nas melhores evidências da prática profissional.

Objetivo: Abordar aspectos históricos, conceituais e aplicabilidade do PE na prática clínica pediátrica e neonatal com ênfase nos diagnósticos da NANDA-I (2012-2014) e intervenções de enfermagem da NIC (2010).

Metodologia: Relato de experiência e perspectivas em relação ao conhecimento e uso do Processo de Enfermagem; discussão de casos clínicos em grupos trabalhando DE prioritários, baseados na NANDA-I e as intervenções de enfermagem segundo a NIC.

Curso 15: Cuidados de enfermagem na reanimação pediátrica e neonatal

A capacitação do profissional da saúde para o atendimento de um recém-nascido ou de uma criança em situação de parada cardiorrespiratória é necessária para o sucesso na reversão do quadro. O conhecimento atualizado em relação à reanimação cardiorrespiratória leva a um atendimento mais preciso, rápido e eficaz, reduzindo possíveis seqüelas.

Este curso tem por objetivo a atualização dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento na reanimação cardiorrespiratória neonatal e pediátrica, onde serão abordados conteúdos teóricos e práticos de situações de atendimento na sala de parto, nas unidades de internação e nas UTIs neonatal e pediátrica.

Curso 16: Formas de afeto no cuidado

A afetividade é uma das dimensões do sentido que contribuem para a individuação dos sujeitos, isto é, para a constituição de identidades subjetivas autônomas. Seu estudo, desse modo, sob o prisma da semiótica francesa, pode contribuir para uma otimização da percepção sobre as identidades que se constroem em meio às práticas de cuidado humano. Em semiótica, podemos distinguir as emoções dos sentimentos e das paixões, tendo em vista que as emoções estão ligadas às impressões, aos humores, e aos estados de alma; que os sentimentos surgem como formas afetivas mais intensas, mais específicas e mais duráveis; e que as paixões estão ligadas às fobias, às manias, às obsessões. Ou seja, as paixões remetem a determinados comportamentos, mais ou menos estereotipados, que permitem que se reconheçam os papéis (temáticos) e os arranjos modais que recobrem os sujeitos em determinadas situações (narrativas) de cuidado. Tendo isso em vista, neste minicurso, temos por objetivo pensar quais são e como funcionam algumas paixões que se manifestam no cotidiano de pessoas em ambientes de cuidado, valendo-nos dos pressupostos teóricos da semiótica francesa, especialmente da noção de *esquema passional canônico*, como proposto por A. J. Greimas e J. Fontanille.

Curso 18: O cuidado Desenvolvimental do Prematuro: Práticas Baseadas em Evidências

Pautado no modelo assistencial humanístico preconizado pelo Ministério da Saúde, o curso pretende discutir o cuidado desenvolvimental ao recém-nascido prematuro internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com enfoque na segurança do paciente e nas evidências científicas mais atuais, oferecendo subsídios para a prática de enfermagem.

Curso 19: A Inserção da Enfermagem na Trajetória Multidisciplinar da Equipe do Transplante Hepático Infantil

O transplante de fígado é opção terapêutica eficaz no tratamento de pacientes portadores de doenças hepáticas avançadas. Contribui para melhoria da qualidade de vida e da taxa de sobrevida de crianças e adolescentes com doença hepática terminal.

O primeiro transplante de fígado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi realizado em março de1995, com a coordenação da Dr^{a} Themis Reverbel da Silveira, quefoi pioneira e criadora da primeira equipe transplantadora hepática em nosso centro.

Desde sua introdução na prática médica vem apresentando avanços graças ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas, descoberta e utilização de novos imunossupressores, equipes melhores treinadas e recuperação em centros especializados.

Neste contexto, a enfermagem vem desempenhando um papel fundamental em diversas frentes de atuação por meio do acompanhamento desses pacientes e suas famílias nas diferentes etapas do transplante. O papel e objetivo principal da enfermeira é informar e orientar sobre o transplante de fígado,preparar as famílias e os pacientes para assumir seus cuidados no domicílio além de capacitar a equipe de enfermagem assistencial para um cuidado humanizado, sistematizado e de qualidade.

A enfermagem como integrante da equipe multidisciplinar que assiste a estes pacientes e suas famílias estende os cuidados para o domicílio por meio de orientações ainda na internação,reforçando que a adesão ao tratamento é fundamental para garantir o sucesso do transplante.

SESSÃO COORDENADA

(PRÊMIOS)

PRÊMIO ZÉLIA BIASOLI ALVES

14398

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para prêmio

LUCIANO MARQUES DOS SANTOS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS DE RECÉM-NASCIDOS EM CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: UM RELATO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Lucianomarquesdosantos, LMS; Silviadasilvapassos, SSP; Valdimeitessantosmoreira, VSM; Thiaraneresbisposantos, TNBS; Jaquelinedantasdasilba, JDS;

Resumo Introdução: a família tem sido em diversas épocas identificadas como a unidade que cuida de seus membros e apesar das mudanças ocorridas em sua estrutura e organização, continua sendo considerada como principal agente socializador e responsável na atenção das necessidades básicas de seus membros, bem como pela formação de seus referenciais de vida que lhe possibilitará enfrentar um mundo em permanente mudança[1]. Para entender verdadeiramente o significado da família, é necessário caracterizá-la como um sistema. Dessa forma, a família é uma unidade, baseada na interação entre seus membros, não devendo assim, serem assistidos individualmente. É preciso reconhecer cada membro da família como um subsistema do sistema (2,3). Neste contexto, a hospitalização de um recém-nascido (RN) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) configura-se como um momento de crise para a família, pois promove a modificação da sua estrutura e rotina diária, demandando novos ajustes e o exercício de novos papéis desenvolvidos pelos membros do núcleo familiar. A família começa a reconhecer o hospital como um local estranho, desconfortável. Há aumento de atividades da família que sobrecarregam seu cotidiano, levando ao desequilíbrio na sua capacidade de funcionamento e gerando conflitos, distanciamento e alteração na vida familiar contribuindo para o sofrimento físico e psíquico de seus membros (4,5). Objetivo: discutir a experiência de vivenciar a utilização do Modelo Calgary de Intervenção na família em um Projeto de Extensão no contexto da UTIN de um hospital público do interior da Bahia. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência de docentes e discentes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana na Bahia, vivenciado no período de setembro de 2012 a julho de 2013, no Projeto de Extensão intitulado "Modelo Calgary: práticas e estudos com famílias na UTIN do Hospital Inácia Pintos dos Santos (HIPS)". Este projeto respeitou a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade sob o protocolo de número 314.823. O Projeto de Extensão, anteriormente mencionado, objetiva utilizar o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção com Famílias que vivenciam o processo de doença e hospitalização do recém-nascido em UTIN como recurso clínico para a excelência e humanização da assistência; criar espaço de cuidado e formação profissional qualificado na avaliação e intervenção com famílias e criar espaço para a produção do conhecimento relacionado à avaliação e intervenção com famílias. Vale salientar, que na UTIN do HIPS, tanto os pais quanto irmãos, avós, tios, primos e vizinhos são considerados uma constante na vida do recém-nascido. Desta forma, os pais tem acesso livre à unidade, enquanto os demais membros da família possui o direito a 1 hora por dia, para a permanência no setor, sendo três familiares por acesso. Diariamente, os membros da equipe executora dirigiam-se à UTIN para identificar os recém-nascidos que estavam hospitalizados e conhecer seus pais ou responsáveis. Os pais e demais familiares que estavam na UTIN receberam informações sobre os objetivos e metodologia do projeto, e foram convidados para participarem do projeto de extensão. Resultados: no período de outubro de 2012 a julho de 2013 foram construídos 36 genogramas e ecomapas das famílias pela equipe executora do projeto, sendo 15 destas famílias encaminhadas aos encontros terapêuticos, onde foram identificados os domínios do funcionamento afetados pelos processos de doença e hospitalização do filho na UTIN e as necessidades de intervenções. Destas famílias, 100% apresentaram problemas relacionados ao domínio afetivo, 93,33% nos domínios

cognitivo e comportamental. Discussão: Ao adentrar no ambiente do cuidado intensivo neonatal e perceber todo aparato tecnológico que cerca o RN, a família tem uma reação de choque, emergindo sentimentos de incertezas e impotência, com o novo ambiente e o futuro da criança. Assim, a família ampliada passa se sentir impotente diante da situação vivenciada, apresentando intensa dificuldade de aceitar a situação experienciada e até mesmo não se sentindo segura ou confortável para entrar diariamente na unidade neonatal, para vê o recém-nascido. Ainda, notamos o medo da família ampliada com relação ao futuro do bebê, já que diariamente eles convivem com outras famílias cujo recém-nascido apresenta instabilidade clínica, o que a faz pensar que o seu também passará por esta experiência. Durante os encontros terapêuticos com as famílias acompanhadas pelo Projeto de Extensão observamos o impacto positivo que as intervenções propostas tiveram em suas experiências, já que estas tiveram a oportunidade de serem ouvidas e atendidas em suas demandas de cuidados. As intervenções propostas proporcionaram modificações nos domínios afetados pelas mudanças decorrentes do processo de hospitalização do recém-nascido em cuidados intensivos neonatais, potencializando o cuidado centrado na família e estimulado os estudantes a "pensar a família" como uma unidade de cuidado de enfermagem. Conclusões: a aplicação dos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção da Família permite envolvimento com os problemas das famílias que vivenciam a experiência de doença e hospitalização do recém-nascido, fazendo nos enxergar a família como uma constante na vida do recém-nascido hospitalizado. Com uso desses modelos é possível identificar os problemas afetivos, cognitivos e comportamentais apresentados por famílias que vivenciam a hospitalização do RN, viabilizando ao profissional de saúde propor intervenções de enfermagem para os domínios afetados ajudando as famílias a buscar soluções para o enfrentamento os problemas decorrentes da hospitalização. REFERENCIAS (1) BERLINCK, T. Os significados do cuidar de uma criança que apresenta doença crônica relatados por cuidadores familiares. 2008. 48 p. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Psicologia)- Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008. (2) ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. (3) WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. Nurses and family: a guid to family assentmentd and intervention. 5. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2009. (4) COA, Thatiana Fernanda; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v, 45, n.4, p. 825-832. 2011. (5) PETTENGIL, M. A. M. ; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 13, n.6, p. 982-8. 2005.

14461

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para prêmio

MARIA ANGÉLICA MARCHETI BARBOSA

INTERVENÇÕES QUE PROMOVEM A RESSIGNIFICAÇÃO DA DEFINIÇÃO SIMBÓLICA DA FAMÍLIA DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA MENTAL

Marcheti, MA; Mandetta, MA;

Introdução: A experiência da família ao ter um filho com deficiência mental revela-se marcada por profundo sofrimento, pois ela se vê despreparada para manejar as interações familiares e para lidar com as situações emergidas. Neste contexto intensifica-se a vulnerabilidade da família desencadeada por falta de informações/orientações; pela alteração no funcionamento familiar; pelo preconceito social e familiar; pela sobrecarga; e pela falta de suporte social e de políticas públicas que a apoiem. O Programa de Intervenção na Família no Contexto da Deficiência Mental/PIFCDM foi desenvolvido com a finalidade de promover a resiliência da família. Objetivo: compreender o significado das intervenções oferecidas no programa na perspectiva da família. Método: pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. O Interacionismo Simbólico foi o referencial teórico utilizado para compreender o significado atribuído pela família às intervenções e a pesquisa de narrativa o referencial metodológico que conduziu a coleta e análise dos dados. Participaram oito famílias atendidas no programa em uma instituição de reabilitação em Campo Grande-MS, em 2010. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada. Resultados: emergiram quatro categorias representativas das intervenções promotoras da resiliência, pois possibilitam à família ressignificar a definição simbólica da experiência, libertando-a da opressão, do preconceito e permitindo-lhe reorganizar-se e tomar decisões de maneira fortalecida. Conclusão: as intervenções oferecidas de maneira colaborativa entre a enfermeira e a família promovem sua resiliência, permitem melhor compreensão da situação vivida, ajudam-na a promover mudanças e a reorganizar-se, tendo o sofrimento aliviado. Recomenda-se investir em pesquisas de intervenção na área de enfermagem da família a fim de contribuir para avanços na prática assistencial. Palavras-chave: intervenções de enfermagem; família; crianças com deficiência.

13949

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para prêmio

ANA CAROLINA GOMES VEIROS FERREIRA

CÓLICA DO LACTENTE: ESTUDO DESCRITIVO DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS MATERNOS PARA O ALÍVIO DA DOR

Christoffel, MMC; Silva, LRS; Silva, LRS; Ferreira, ACGVF; Macedo, ECM;

Introdução: A denominação cólica do lactente tem caído em desuso, propondo-se o termo choro primário excessivo. No presente estudo se utilizará a primeira denominação e esta é mostrada como a causa de 10 a 20% de todas as visitas iniciais ao pediatra e, embora seja uma condição transitória, sem riscos de mortalidade e que não interfere no crescimento da criança, apresentam-se, contudo, algumas evidências de sequelas em longo prazo e, ainda podem levar ao esgotamento e estresse da mãe e familiares. É descrito que a cólica do lactente apresenta-se como um problema recorrente nos primeiros meses de vida e que causa considerável sofrimento para os pais e membros da equipe de saúde. Apesar do vasto tempo de pesquisa, a patogênese deste estímulo doloroso ainda não é completamente compreendido e os tratamentos existentes, permanecem uma questão em aberto. Objetivo: identificar as práticas de cuidados maternos em relação à cólica do lactente e descrever as estratégias utilizadas pelas mães para minimizar a dor da cólica do lactente. Método: estudo transversal, de conveniência, com abordagem quantitativa, constituído por 15 mães de crianças que apresentaram cólica nos primeiros três meses de vida. Foi utilizado um instrumento de avaliação semi-estruturado e se aplicou a estatística descritiva. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais com apresentação tabular. O estudo teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo 1202. Resultados: todas as mães reconheceram a dor do lactente, 93,3% tinham sentimentos como tensão, ansiedade, irritação, insegurança, cansaço e depressão; 53,3% usaram medidas farmacológicas de alívio da cólica do lactente. Conclusão: os múltiplos fatores intervenientes para o surgimento da cólica do lactente, embora controversos, indicam possibilidades terapêuticas, que para os enfermeiros poderão auxiliar no cuidado direto e indireto a criança. Descritores: Cólica; Cuidados de Enfermagem; Lactente

PRÊMIO ELACI SAMPAIO BARRETO

14545

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INFANT SLEEP QUESTIONNAIRE COM CRIANÇAS DE 12 A 18 MESES

Lélis, ALPA; Viana, TRF; Cardoso, MVLML;

Objetivou-se traduzir o Infant Sleep Questionnaire (ISQ) para o contexto brasileiro e aplicar a versão brasileira do ISQ junto aos cuidadores de crianças de 12 a 18 meses. Estudo do tipo metodológico, seguindo as cinco etapas de adaptação transcultural. A tradução realizou-se de março a junho/2013 por quatro tradutores independentes e a aplicação da versão brasileira em junho a julho/2013 junto a uma amostra de 40 cuidadores de crianças acompanhadas no Ambulatório Especializado de Pediatria da Universidade Federal do Ceará e no Centro de Desenvolvimento Familiar em Fortaleza-CE. Após tradução, a versão pré-final recebeu o título na língua portuguesa de Questionário sobre Sono Infantil (QSI) conforme consenso dos juízes. As questões permaneceram com a mesma equivalência semântica, entretanto algumas expressões foram alteradas devido à inexistência de uma palavra equivalente no contexto brasileiro. Assim, permaneceram quantitativamente as mesmas questões com algumas variâncias culturais. Em relação à relevância das questões, dos quarenta cuidadores, trinta e cinco consideraram todas as questões do instrumento relevantes para avaliar o comportamento do sono. Dos cinco cuidadores que perceberam a irrelevância, estas foram relacionadas às questões: dois, três e quatro, no entanto não informaram o porquê da irrelevância. No que concerne à dificuldade para responder o instrumento, quinze cuidadores tiveram dificuldade em responder pelo menos uma das dez questões, destes, oito apresentaram dificuldade em uma questão, um em duas questões, quatro em três questões, um em quatro questões, um em sete questões, sendo essas não necessariamente as mesmas. As questões 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 e 9 foram as que geraram mais dificuldades. Conclui-se que o ISQ na versão brasileira se apresenta como uma ferramenta a ser aplicada pelo enfermeiro para avaliação do sono infantil.

14556

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

WILLYANE DE ANDRADE ALVARENGA

INÍCIO DA TRAJETÓRIA DE CUIDADO À CRIANÇA EXPOSTA AO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Alvarenga, WAA; Silva, MRS; Dupas, GD;

Introdução: Há uma série de cuidados para reduzir a possibilidade de transmissão de mãe para filho do vírus da imunodeficiência humana (HIV). No Brasil, esses cuidados compreendem o uso da terapia antirretroviral (TARV) profilática durante o período da gravidez e do trabalho de parto, a realização da cesariana para a mulher com carga viral elevada ou desconhecida, e, além disso, há a substituição do aleitamento materno por fórmula infantil (leite em pó) e uso de TARV pelo recém-nascido.1 A mãe ou o cuidador deve se sentir seguro e instruído para seguir todas as recomendações e medidas preventivas, que ocorrem durante e após a gestação. A maternidade pode ser um período confuso e solitário, em que a mãe está diante de novas preocupações e pode se sentir sem o apoio que desejaria. O medo de transmitir o HIV para o filho durante a gestação e também ao longo da vida é um sentimento que muitas mulheres carregam e que marcam a relação que estabelecem com o filho. 2 A Enfermagem é fundamental no processo de enfrentamento da família que convive com o cuidado da criança com HIV, pois vivencia momentos de negação, incerteza, culpa, desconfiança, dentre outros sentimentos negativos que podem interferir no cotidiano.3 O foco desta pesquisa está no início da trajetória da mãe/cuidador no cuidado da criança, em que se defronta com a possibilidade de ter uma criança com o HIV. Assim, objetivou-se analisar a experiência da mãe ou cuidador em relação ao cuidado da criança para reduzir o risco de transmissão do HIV, com ênfase no início desta trajetória. Metodologia: Utilizou-se a abordagem metodológica qualitativa descritiva e o Interacionismo Simbólico como referencial teórico. Participaram da pesquisa vinte e quatro mães, cinco pais e sete cuidadores (avós, tias e bisavó) de 29 crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV que se dirigiam ao ambulatório médico de pediatria para seguimento. Não houve definição prévia do número de participantes do estudo. Assim, a interrupção da coleta de dados deu-se quando o período destinado à coleta finalizou. Como critério de seleção, os participantes deveriam ter crianças na faixa-etária de até 18 meses que não possuísse a completa definição de infecção pelo HIV e ter interesse em participar do estudo. A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevista semiestruturada e foram áudiogravadas, sendo realizada nos intervalos das consultas da criança neste ambulatório em na região Nordeste do país, no período de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013. Os dados foram examinados através da análise de conteúdo qualitativa com abordagem indutiva e esse estudo seguiu todos os preceitos éticos e legais em pesquisa, tendo parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa para sua realização. Resultados: Imaginar a possibilidade de ter uma criança com o HIV fez emergir sentimentos, principalmente de culpa. Quando a soropositividade é descoberta antes da gestação ou durante, em ambas as situações se levanta a possibilidade de transferir o vírus à criança, o que gera além da culpa, o medo, a preocupação e o sofrimento, que muitas vezes é vivido com a aproximação com drogas, pensamento de morte e desespero. Tanto na situação em que o pai é soropositivo como na que ele não é, percebeu-se vários sentimentos que perpassam esse momento. Nessa experiência, o que diferiu foi que o pai soropositivo sentiu-se culpado e responsável por nascer uma criança exposta ao HIV, enquanto, que com o pai soronegativo, a culpa foi por ele não ter o HIV, não "compartilhando" de tudo isso. Alguns cuidadores já vivenciaram o cuidado de outra criança exposta ao HIV, com realização ou não do tratamento para evitar a sua exposição. Desta maneira, já sabiam do caminho a ser percorrido até a confirmação do diagnóstico. A familiaridade com o tratamento, o tempo transcorrido desde a descoberta do diagnóstico de HIV positivo, o sucesso no tratamento da

criança anterior, resultando na soronegatividade, são aspectos que positivamente interferem no cuidado da nova criança, no sentido, de trazer tranquilidade e confiança. O medo, a apreensão pelo diagnóstico e o risco de mais uma vez ter uma criança com HIV estão presentes, porém aumentados, quando o resultado da primeira criança foi de soropositividade. Sentimentos de culpa, algumas vezes, são revividos na nova experiência e encarados como castigo divino por novamente ter exposto outra criança ao HIV. Apesar da presença do vírus, que pode ter sido descoberto antes, durante ou após a gestação, e do risco da transmissão vertical, a criança foi tida como querida em todas as situações, mesmo quando ela não foi esperada ou planejada ou sendo o segundo caso de exposição na família. Ao saber-se grávida, a mãe faz tudo que está ao seu alcance para evitar a transmissão, pois a criança é vista como uma vítima na situação. A descoberta do HIV foi resignificada com a vinda da criança, que foi fonte de força e alegria, sendo o motivo principal para o enfrentamento da doença. Conclusão: A experiência de cuidado da criança se inicia na gestação, que pode ter sido planejada ou não, com a busca pela redução da transmissão vertical do HIV. A gravidez pode ser vivenciada, concomitante a descoberta do HIV pela mulher e/ou o processo de aceitação do próprio diagnóstico e ainda com a possibilidade de gerar um filho com o risco de infecção. Entender como a mãe e ou cuidador vivenciou a trajetória de cuidado à criança pode sensibilizar o profissional de saúde, sobretudo a Enfermagem, para as necessidades dos envolvidos, na grande maioria das vezes a própria mãe. Acreditamos que compreender com profundidade e clareza este processo de viver o início do cuidado à criança para reduzir o risco de transmissão do HIV, nos possibilitará inclusive descobrir caminhos para melhor ajudar nas dificuldades e na implementação do tratamento preventivo ao longo da trajetória de confirmação do diagnóstico. REFERÊNCIAS: 1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso - Brasília (DF): MS, 2010. 172 p.: il. - (Série Manuais, n. 46) 2. Bisol C, Vazzano A, Bass J. Vivências de gestantes e mães com HIV. Caxias do Sul (RS): Educs, 2012. 3. Vieira M, Padilha MICS. O cotidiano das famílias que convivem com o HIV: Um relato de experiência. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2007 jun; 11 (2): 351 - 7. DESCRITORES: Soropositividade para HIV. Transmissão vertical de doença infecciosa. Cuidado da criança.

14554

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

MIRIAN CARLA ROSSE DIONÍSIO

O CUIDADO FAMILIAR A CRIANÇA COM ESTOMIA INTESTINAl: DESVELANDO LOCAIS E PESSOAS MEDIADORES DO APRENDIZADO.

Dionisio, MCR; Pacheco, STDAE; Rodrigues, BMRD;

A construção de estomias em crianças são quase sempre decorrentes de malformações congênitas cujas causas ainda são pouco conhecidas1. As crianças portadoras de estomias são inseridas em um grupo de crianças que demandam cuidados especiais de saúde quando no domicílio, conhecido como crianças portadores de necessidades especiais de saúde (CRIANES)2. A problemática do estudo circunscreve o aumento no número desta clientela específica no território brasileiro, em função do avanço e modernização tecnológico e farmacológico, além do desenvolvimento científico profissional e melhor qualificação dos mesmos, que possibilitam a sobrevida destas crianças. Assim, as famílias vivem o desafio de aprender a cuidar em casa de crianças com demandas de cuidados diferentes e mais complexos do que as crianças em geral. Trata-se do recorte da dissertação de mestrado intitulada: O cuidado familiar a criança portadora de estomias intestinais no contexto domiciliar. A partir desta perspectiva, traçou-se como objetivos: descrever os locais e as pessoas com quem os familiares cuidadores aprenderam a cuidar da criança com estomia intestinal e interpretar esse aprendizado à luz do referencial teórico de Vigotsky3. Metodologia: Estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido segundo o método criativo sensível4, cujas bases fundam-se na tríade: discussão de grupo, dinâmica de criatividade e sensibilidade (DCS) e observação participante, no qual elegemos a Mapa Falante. A questão geradora de debate que orientou a elaboração da produção do tipo artística e a discussão grupal foi: Em que locais e com quem você aprendeu sobre os cuidados realizados com a criança com estomia intestinal? Os sujeitos do estudo foram 16 familiares cuidadores de crianças portadoras de estomia intestinal (colostomia ou ileostomia. Os aspectos éticos da pesquisa atenderam à Resolução 196/96. Foi aprovada pelo CEP SMSDC/RJ sob Protocolo de Pesquisa N°110/12. Para a análise dos resultados, utilizou-se o método da Análise Francesa (AD). Resultados: partindo-se da formação discursiva dos familiares cuidadores, o ambiente hospitalar surgiu como um dos locais onde os familiares aprenderam a cuidar de seus filhos estomizados, sendo inicialmente elencado o cenário da Unidade de Terapia Intensiva, seguido pelas unidades de internação (enfermarias pediátricas). No hospital, os profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos pediatras e cirurgiões foram apontados como os principais transmissores desse aprendizado. No contexto hospitalar foi possível evidenciar os diferentes modos de aprendizado (observação, ensinamentos, orientação, demonstração e explicação), os conteúdos transmitidos e os momentos em que ocorreu o processo de aprendizado desses familiares. A observação acerca dos cuidados realizados pela equipe de saúde foi o ponto de partida para que os familiares pudessem se preparar para realizar esses cuidados com suas crianças. Neste processo, os familiares viram a equipe realizar o banho técnico, limpar e trocar a bolsa de colostomia e realizar os demais cuidados com as crianças. Esta observação caracteriza-se como um importante instrumento mediador da aprendizagem social3, além de ser imprescindível nesse processo de aprendizagem, pois, é o momento em que os familiares têm para captar o modo como os cuidados são realizados pelos profissionais de saúde junto as suas crianças. Com relação ao processo de aprendizado pelo modo de ensinamentos, os familiares destacaram que os profissionais de saúde ensinaram cuidados com relação à colostomia e ileostomia, tais como: a lavagem da bolsa em casa com água do chuveirinho, a colocação e troca da bolsa, limpeza e lavagem da bolsa, ajustar o corte da bolsa e o momento de troca da bolsa. No que se refere ao aprendizado pelo modo de orientação, os familiares relataram ter sido orientados quanto às adaptações dos

cuidados tradicionais com a criança estomizada, quanto à alimentação e como agir nos casos de complicações como sangramento. Ficou evidente que o aprendizado no contexto hospitalar foi predominantemente biomédico e transmitido de forma verticalizada, onde o profissional é quem definia as condutas de cuidado, pouco valorizando a participação materna. Sequencialmente o contexto ambulatorial representado pelos consultórios (médicos e de enfermagem) e reuniões de grupo, foi descrito pelos familiares como outro local onde aconteceu o seguimento deste aprendizado. Neste contexto, o processo de aprendizado ocorreu através de orientação, ensinamentos, explicação e treinamento, onde foram reforçadas as questões relacionadas aos cuidados com estomia, com a bolsa coletora, e apresentado novos aprendizados aos familiares. Assim, ficou evidente que grande parte dos temas abordados no segmento ambulatorial, esteve relacionado a questões que possivelmente emergiram de dúvidas que os cuidadores tiveram em casa, uma vez que se abordou as adaptações das técnicas ensinadas pelos profissionais de saúde durante a internação da criança, medidas de prevenção e tratamento das complicações das estomias, além de estratégias facilitadoras da vida do cuidador de uma criança portadora de colostomia ou ileostomia. A casa da família foi outro local de aprendizado acerca dos cuidados com a criança, onde o conhecimento específico acerca da estomia foi transmitido pela mãe aos demais cuidadores da família. Neste cenário do domicílio, o processo de aprendizado ocorreu através de ensinamento, experimentação, explicação, orientação, demonstração e observação. Assim, o aprendizado que emergiu a partir das experiências e experimentações dos cuidadores no domicílio, demonstrou a insuficiência do processo ensino-aprendizagem desenvolvido no contexto hospitalar. No domicílio, ferramentas tanto hospitalares (bolsinha, gaze, algodão, hidrocolóide em pó), quanto domiciliares (banheiras, brinquedinhos, mamadeira, tesoura, alimentos) foram apontadas como instrumentos concretos, utilizados pelos cuidadores para a realização dos cuidados no domicílio. O discurso dos cuidadores também possibilitou evidenciar que o contexto societal também representou um espaço social de aprendizado sobre os cuidados com a criança estomizada. Tal contexto foi representado pela mídia (internet e programas de televisão de canais fechados) e por outras mães e pessoas da comunidade com quem o cuidador teve a possibilidade de aprender ou trocar informações a respeito dos cuidados com sua criança. Conclusões: cuidar de uma criança portadora de estomia intestinal no domicílio exige dos familiares cuidadores uma adaptação aos novos cuidados demandados por esta criança. Uma vez que estas novas demandas representam cuidados eminentemente hospitalares, é necessário que o familiar passe por um aprendizado de situações totalmente novas, que até então não faziam parte de sua vivência. Implicações para a enfermagem: Neste sentido, os profissionais precisam rever seu processo de ensino-aprendizagem junto aos familiares, de modo a estabelecer uma relação mais dialógica, e também no respeito ao próximo, ao seu conhecimento, e à sua condição de participante nesse processo de aprendizado. E que este seja desenvolvido de tal forma que valorize também os instrumentos mediadores de cuidar disponíveis no contexto de cada família. Descritores: estomia, cuidado da criança, família. 1. Carvalho WAF de, Yamamoto MS, Del Cistia MEGFD. A criança ostomizada. In: Santos VLCdeG, Cesaretti IUR. Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostomizado. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2005. 2. Cunha SR, Cabral IE. A enfermagem e as condições de vida da criança dependente de tecnologia: um desafio para o ato educativo problematizador. Rev. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. 2001; 1: 71-79. 3. Vigotsky LR. A formação social da mente. 4a Ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2000. 4. Cabral IE. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: Gauthier JHM. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 5. Orlandi EP. Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos. 10° Ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2012.

14643

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

SAMARA DOURADO DOS SANTOS MORAES

CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS INTERNADAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE TERESINA

Meireles, GP; Leandro, IHS; Cunha, KJB; Moraes, SDS;

As Unidades de Terapia Intensiva são locais de atendimento a pacientes graves ou de risco, que dispõem de assistência médica e de enfermagem contínuos, sendo espaços específicos próprios. O estudo tem como objetivo: caracterizar as crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público de Teresina. Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva de abordagem quantitativa realizada com 99 prontuários de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público de Teresina no período de janeiro a dezembro de 2011. Para a produção de dados utilizou-se um formulário semiestruturado, que em seguida foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel, a apresentação ocorreu em forma de tabelas e posteriormente analisadas. Dos 99 prontuários analisados, a maior parte era de pacientes do sexo masculino (50,5%), menores de 2 anos (56,5%) e procedentes do interior do Estado (57,5%). O tempo de internação foi menor que sete dias (64,6%). As causas mais frequentes de permanência hospitalar foram as afecções do aparelho respiratório (47,4%) seguida das infecções (13,1%). Com relação ao desfecho dessas crianças, a maioria (68,6%) evolui a óbito. Em virtude da Unidade de Terapia Intensiva receber pacientes com risco iminente de vida, gravemente enfermos e portadores de um sistema imunológico cada vez mais debilitado, torna mais difícil e complexa a evolução para uma melhora clínica desses pacientes. Uma maior atenção deve ser dada a criança, pois a infância é um período da vida no qual a preocupação com o desenvolvimento deve ser prioritária.DESCRITORES: Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Criança.

14273

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

CAMILLA DA SILVA DIAS

O PERFIL DA CLIENTELA PEDIÁTRICA DE UM AMBULATÓRIO DE CATETERES: ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA SAE

Dias, CSD; Maciel, ROM; Nogueira, MFHN;

Em um conceito histórico e cultural observou-se que o primeiro cateter intravenoso foi desenvolvido em 1945. Somente em 1973, o primeiro dispositivo para acesso venoso central, denominado Broviac1. Objetivos: discutir as características dos dispositivos venosos centrais utilizados pelas crianças atendidas no Ambulatório de Cateteres, a partir dos seguintes indicadores: tipos de cateter mais utilizados, critérios de escolha e complicações relacionadas durante a sua utilização. Estudo descritivo, retrospectivo do tipo transversal, realizado no Ambulatório Pediátrico de Cateteres de um Hospital Universitário do Município do Rio de Janeiro, amostra de conveniência, os dados foram armazenados em banco de dados e a análise, realizada estatisticamente através do cálculo de freqüência absoluta e percentual. Resultados: foi possível caracterizar o dispositivo venoso central utilizado através dos dados obtidos, total de 57 cateteres implantados em 20 crianças. O tipo de cateter mais utilizado foi o Cateter Venoso Central Semi Implantado, 33 cateteres (57,9%). O tempo de permanência variou de 0 à 15 dias, tal dado é preocupante, porque são cateteres considerados de longa permanência. Nos 57 registros, não foram encontrados o tipo de material. E ainda, as complicações mais freqüentes foram: a necessidade de tração do dispositivo ao término do procedimento e as infecções sistêmicas. Concluiu se a necessidade de elaborar protocolos para o manuseio desses dispositivos, para assegurar a implementação de um cuidado de enfermagem específico e de qualidade, para a resolução dos problemas relacionados ao uso pela clientela pediátrica. Além do desenvolvimento de programas de educação permanentes para atualizar a equipe de enfermagem frente às necessidades da clientela. Referências: 1 Phillips; LD. Manual de Terapia Intravenosa. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. Descritores: Cateterismo venoso central; Enfermagem pediátrica.

13953

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

JAQUELINE SILVA SANTOS

A PUERICULTURA COMO MOMENTO DE DEFESA DO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA

Andrade, RDA; Santos, JSS; Mello, DFM;

A criança é um sujeito de direitos, frágil para seu próprio cuidado, proteção e defesa. Diante da vulnerabilidade infantil, é um preceito ético que os profissionais se comprometam com a proteção e defesa das crianças. O objetivo do presente estudo foi analisar narrativas de enfermeiros sobre o cuidado da criança na prática de puericultura, apreendendo fortalezas e fragilidades à luz do cuidado e da defesa do direito à saúde. Trata-se de estudo exploratório com análise qualitativa dos dados, a partir de entrevistas semiestruturadas gravadas com 14 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Passos-MG, sendo realizada análise temática dos dados. Nos resultados as narrativas trazem aspectos sobre a avaliação da criança, identificação de situações vulneráveis e dificuldades na abordagem e condução dos casos. Retratam formas complexas e intersubjetivas de defesa da saúde da criança, requerendo responsabilidades e aprimoramento de saberes e práticas para defender e proteger os sujeitos. Considera-se que os elementos fundamentais do cuidado de enfermagem englobaram atenção, sensibilidade e habilidade de comunicação para efetivar o cuidado e a advocacia em saúde, para respeitar, proteger e efetivar os direitos da criança de modo integral e longitudinal. Assim, neste estudo, foram apresentadas algumas possibilidades para a compreensão do cuidado de enfermagem em saúde da criança, realizado durante a puericultura, no âmbito da ESF. Descritores: Criança; Enfermagem; Direito à Saúde. Andrade RD. Em defesa da saúde da criança: o cuidado de enfermagem e o direito à saúde no contexto da atenção primária. 2012. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2012. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saparolli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na estratégia saúde da família. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011 jun; 45(3):566-74.

14566

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

MARCELA ASTOLPHI DE SOUZA

EM BUSCA DO SENTIDO DO BRINCAR DA CRIANÇA TRANSPLANTADA RENAL

Souza, MAS; Melo, LLM;

O objetivo deste estudo foi compreender o sentido do brincar de uma criança em idade escolar, transplantada renal, por meio do brinquedo terapêutico. O acesso a participante se deu no Serviço de Enfermagem Pediátrica de um hospital universitário no interior do Estado de São Paulo. A compreensão do brincar se deu por meio das sessões de Brinquedo Terapêutico Dramático e Instrucional de acordo com a modalidade de pesquisa qualitativa - a Fenomenologia, juntamente com o referencial filosófico de Martin Heidegger, em sua obra Ser e Tempo. Durante o brincar da criança transplantada renal emergiram facetas de seu passado, presente e futuro não de forma estanque, mas em intersecção, durante o brincar. O brinquedo terapêutico fez emergir uma criança consciente de suas condições de saúde, apropriando-se do seu mundo, sendo-com-ele, possibilitando o enfrentamento das adversidades da hospitalização e estabelecendo um diálogo rico e positivo, entre a criança e a enfermeira. Referências 1. Melo LL, Valle ERM. A brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. Rev Esc. Enferm USP. 2010; 44(2): 517-25. 2. Martins J, Bicudo MAV. Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005. 3. Heidegger M. Ser e tempo. Tradução de Fausto Castilho. Campinas, SP; Rio de Janeiro, RJ: Editora da UNICAMP: Vozes, 2012. 1199 p. 4. Harambat J, Stralen KJ, Kim JJ, Tizard EJ. Epidemiology of chronic kidney disease in children. Pediatr Nephrol 2012; 27:363-373. Descritores: enfermagem pediátrica, jogos e brinquedos, pesquisa qualitativa. Modalidade - C. Prêmios EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

14144

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

SAMARA DOURADO DOS SANTOS MORAES

Cuidado de enfermagem à criança no âmbito da estratégia saúde da família: uma revisão

Moraes, SDS; Reis, RLN; Ulisses, IVDA;

O cuidado à criança é uma atividade importante exercida pelo enfermeiro no âmbito da Estratégia Saúde da Família - ESF. Esse cuidado é essencial, pois permite uma melhoria na qualidade de vida uma vez que por meio do acompanhamento infantil são desempenhadas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Analisando-se as repercussões de um cuidado integral a saúde da criança e observando a importância que o enfermeiro tem nesse cuidado e, considerando a complexidade de realiza-lo de forma integral e humanizada junto à família em seu contexto, torna-se essencial o desenvolvimento de estudos e pesquisas centradas na área da enfermagem, com enfoque no cuidado à criança no âmbito da ESF, tendo em vista que o enfermeiro muitas vezes se depara com situações que dificultam a assistência, gerando insegurança, expectativas e frustrações por não alcançar seus propósitos e repercutir diretamente na assistência prestada. Assim, este estudo teve como objetivo levantar a produção técnico-científica relacionada ao cuidado de enfermagem à criança no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Analisando-se as repercussões de um cuidado integral a saúde da criança e observando a importância que o enfermeiro tem nesse cuidado e, considerando a complexidade de realiza-lo de forma integral e humanizada junto à família em seu contexto, torna-se essencial o desenvolvimento de estudos e pesquisas centradas na área da enfermagem, com enfoque no cuidado à criança no âmbito da ESF, tendo em vista que o enfermeiro muitas vezes se depara com crenças, valores e condições sociais que dificultam a assistência, gerando insegurança, expectativas e frustrações por não alcançar seus propósitos e repercutir diretamente na assistência prestada Assim, esse estudo justifica-se por possibilitar aos enfermeiros, a oportunidade de refletirem de forma que se sensibilizem sobre a importância de suas ações no cuidado à criança bem como a necessidade da busca constante de soluções criativas para cada dificuldade encontrada durante essa assistência. Além disso, este estudo será capaz de motivar novas pesquisas, publicações e consequentemente, socialização do conhecimento. O estudo foi realizado por meio do método de revisão integrativa, no qual foram pesquisadas produções através da combinação dos descritores de "Cuidado de Enfermagem", "Criança" e "Saúde da Família" no portal da BVS- Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde. Delimitaram-se como critério de inclusão para a seleção dos artigos os estudos que contemplassem a temática proposta sobre Cuidados de enfermagem à criança no âmbito da ESF, artigos publicados com texto completo na língua portuguesa no período de 2002 a 2012, disponível na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde - BVSMS . Excluíram - se os artigos que não responderam as questões norteadoras do estudo e as produções publicadas fora do período estabelecido. A partir dessas delimitações metodológicas, foi iniciada a coleta de dados nas bases de dados da BVS. Por meio dos descritores utilizados, foi obtido um total de 753 artigos, destes sendo 147 artigos com texto completo, 107 destes estão no idioma português, totalizando 105 artigos disponíveis nos períodos de 2002 a 2012. No final da pesquisa, após aplicação dos critérios de exclusão resultou um amostra composta por 10 artigos, coletados no período entre 4 a 15 de Outubro de 2012. Para a análise e discussão dos resultados, as produções foram categorizadas similaridade semântica e analisadas a luz das evidências existente sobre o tema. A partir da crítica do material obtido, emergiram três categorias temáticas: A puericultura como forma de cuidado de enfermagem à criança; Educação em saúde na perspectiva do acompanhamento do cuidado à criança e outras formas de cuidado à saúde da criança. As produções evidenciam que os enfermeiros realizam a consulta de puericultura na expectativa de reduzir a incidência de enfermidades, por meio desse

acompanhamento, a criança terá a oportunidade de crescer e se desenvolver de forma saudável. Com tudo para que se ocorra uma promoção à saúde infantil, a consulta de puericultura é desenvolvida com plenitude. As produções mostram também que o enfermeiro realiza uma assistência abrangente, humanizada e sistematizada, seguindo etapas que irão nortear suas ações, gerando conforto, bem-estar e segurança tanto para criança quanto para sua família. Como consequência, promoverá mudanças coletivas e individuais, tais como a valorização da consulta de puericultura tanto pelo profissional como pelas famílias, pois as mães percebem na consulta, disposição do enfermeiro para um atendimento atencioso e diferenciado, passando durante o processo por vários momentos, o de apoio, em que as mães aprendem a ter segurança nos cuidados com os filhos e o de conforto, que o acolhimento lhe proporciona. Em contrapartida, as evidências mostram que as enfermeiras se deparam com diversas dificuldades no decorrer do processo da consulta. Considerando o processo de trabalho, por exemplo, demonstra a falta de organização do mesmo e dos serviços de saúde nas ações de puericultura. Também vivenciam as dificuldades estruturais, como a falta de um consultório para a realização da consulta, e dos instrumentos adequados para a mesma, tendo que se disponibilizar da sala do médico ou de pré-consulta onde apresenta a presença de ruídos, rotatividade de pessoas desprovendo a privacidade e o conforto para conversar com as mães. Observou-se que a promoção de educação em saúde por parte da equipe de enfermagem é motivada pela busca de uma vida mais saudável para a criança, através de orientações sobre o cuidado, buscando sensibilizar a população sobre os fatores relacionados e possíveis determinantes das doenças. As produções evidenciam que as ações de educação em saúde como forma de cuidado de enfermagem visa promover um momento educativo com possibilidades de aprendizado, através de ferramentas consideradas muito importante pela enfermeira como a escuta e o diálogo. Esse momento facilita o planejamento de ações e estreita vínculos com a família em que a aproximação e interação entre enfermeira e mãe e a utilização da abordagem educativa juntamente com trocas de experiências contribui positivamente para a troca de conhecimentos e práticas a favor da saúde infantil. Foram evidenciadas na produção explorada que existem ainda outras formas de cuidar da criança no âmbito da ESF, como por exemplo, através da articulação feita em sua maioria pelo profissional enfermeiro, com o sistema de referência e contra referência. A articulação dos serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção a saúde da criança tem importante papel. Nesse sentido o sistema de referência e contra referência tem sido essencial para que esse processo aconteça efetivamente. O contato telefônico com profissionais da saúde de outros âmbitos mostrou-se notável e na maioria das vezes o enfermeiro responsável pela unidade básica era quem contactava os profissionais da referência. Os resultados revelados com a análise colaboram para novas ponderações sobre esta temática, tendo em vista o que tange o aperfeiçoamento do cuidado e o despertar para novos aprendizados de cuidado do enfermeiro à criança na ESF. Através do pensamento crítico e da reflexão, o enfermeiro pode obter as modificações tão desejadas em sua prática profissional, no intuito de torná-las mais eficazes garantindo a qualidade na prestação do cuidado. No entanto, ao avaliar as práticas referidas nos artigos do estudo, pode-se verificar de maneira geral, que o cuidado à criança realizado pelo enfermeiro ainda apresenta bons resultados, apesar das dificuldades referidas, ressaltando-se o significado dessa prática e sua importância para o crescimento e desenvolvimento da mesma. Descritores: Cuidado de Enfermagem. Criança. Saúde da Família.

PRÊMIO TEREZINHA PERIN

14474

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para prêmio

ALINE JANIELLY DA COSTA FERNANDES

PROJETO NINAR: A MÚSICA COMO INSTRUMENTO PARA AJUSTAMENTO MATERNO FACE À HOSPITALIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Fernandes, AJC; Medeiros, MAS; Lima, PC; Lívio, TA; Souza, HP;

INTRODUÇÃO: O comportamento de apego entre mãe e filho se desenvolve desde a vida intrauterina, e a separação devido à hospitalização logo após o nascimento, pode prejudicar essa relação afetiva, pois ao sentir a impossibilidade do bebê viver fora de uma incubadora neonatal, distante de aparelhos e a privação de contato direto, a continuidade da relação de intimidade e vínculo afetivo é afetada, e, também, o desenvolvimento biopsicossocial saudável da criança[1]. Dentro da proposta de humanização de algumas maternidades, alternativas que buscam oferecer um suporte emocional para as mães e/ou família, a fim de favorecer a relação precoce entre mãe e bebê tem sido implementadas, sejam em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), numa Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) ou num Alojamento Conjunto[2]. Uma dessas alternativas é a música como atividade terapêutica que permite às mães a possibilidade de uma conexão muito especial com seus bebês. O bebê, ao escutar a música cantada por sua mãe, poderá sentir confiança, segurança, harmonia, proteção e, sobretudo, amor[3]. OBJETIVO: Relatar o processo de implantação e implementação do "Projeto Ninar: a música como instrumento para ajustamento materno face à hospitalização do recém-nascido". METODOLOGIA: Trata-se de um projeto de pesquisa do tipo convergente assistencial vivenciado por enfermeiras residentes de Enfermagem em Neonatologia atuantes em uma Maternidade escola referência no estado de Alagoas para alto risco, relacionado ao uso da música como instrumento de aproximação entre a mãe e o bebê (hospitalizado em Unidade de Internação Neonatal após o parto). O projeto é uma iniciativa de extensão realizado durante a graduação e de autoria da relatora do estudo, sento este aprovado por dois anos consecutivos pela Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Até o presente momento o Projeto continua atuante em duas Maternidades apoiadoras da intenção na cidade de Arapiraca, AL por graduandas do curso de Enfermagem da UFAL, campus Arapiraca, onde tem obtido excelentes resultados em favor de seu maior objetivo. Nessa direção, por ciência de autoria do projeto piloto (implantado e em processo de implementação em curso na cidade de Arapiraca, AL), realizou-se em conjunto com três enfermeiras residentes na área da Neonatologia e a atual coordenadora do Programa de Residência em Neonatologia a reformulação e adaptação do projeto à realidade da Maternidade de vínculo enquanto residentes. A essência do "Projeto Ninar" permanece e segue as seguintes etapas para execução: 1) Apresentação do projeto para todos os profissionais de saúde vinculados à assistência ao neonato em UIN; 2) Encontro semanal com as mães de bebês internados para apresentação do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 3) Capacitação e sensibilização das mães através da música, enquanto terapia e discussão em grupo focal sobre seus efeitos; 4) Intervenção musical realizada pelas mães em seus bebês através do canto (sendo a canção de escolha da mãe) e acompanhamento e avaliação dos efeitos da intervenção musical da mãe em seu bebê através de parâmetros fisiológicos e psicológicos por uma enfermeira residente em instrumento de coleta de dados padrão; 5) Entrevista com as mães para coleta de seus relatos de experiência após a intervenção musical; 6) Entrevista com os profissionais de saúde vinculados à assistência neonatal para coleta de seus relatos. RESULTADOS: As mães acompanhantes são instaladas em enfermarias específicas e em andares diferentes do local onde o bebê está internado. Têm livre acesso à visita em UIN, entretanto, apesar da possibilidade de livre acesso, algumas mães relatam não se sentem próximas o suficiente para realizar visitas rotineiras, sendo evidenciados

sentimentos de incapacidade, tristeza e desânimo por não poderem estar desfrutando de um contato materno tão próximo. Nessa direção, verifica-se que o preparo da equipe de profissionais de saúde em lidar com o processo de ajustamento materno frente à hospitalização do recém-nascido é um fator importante a ser considerado. O não acolhimento, a falta de informações de como se chegar até o bebê, de manter a relação que antes existia e entender o estado em que ele se encontra, são motivos para que as mães sintam-se temerosas em manter a aproximação com o seu filho, levando-as a oferecerem visitas pouco agradáveis e pouco proveitosas. Quando estas mães recebiam a visita da equipe do projeto, sendo acolhidas e convidadas a participar da capacitação e oferecer a voz cantada como forma de intervenção complementar à assistência prestada, percebeu-se o quanto o incentivo para a aproximação com o seu bebê era bem recebido. As mães sentiam-se seguras e apoiadas a falar abertamente sobre os seus sentimentos atuais, referindo aprovação à experiência musical. É presenciado e confirmado o poder que a música tem em sensibilizar o ouvinte - quem a recebe como forma de cuidado, sendo exteriorizada pelo choro, ou por relatos emocionados. Muitas diziam perceber o quanto a música estava fazendo bem, levando-as a acreditar que tal terapia faria bem, não somente a ela, mas também ao seu bebê, e principalmente, reconstruindo o vínculo existente entre os dois. CONCLUSÃO: É notório que a intervenção musical realizada pela mãe favorece o (re)estabelecimento do vínculo e apego mãe-bebê, observando-se maior interação e aproximação entre eles. As falas ilustram a percepção materna, deixando claro que a intervenção musical é relevante por devolver à mãe a percepção de si mesma, enquanto cuidadora e agente ativa e participativa durante a hospitalização do seu filho. Além disso, verifica-se maior e melhor interação entre os membros da equipe ao demonstrar envolvimento (profissionais) e confiança (mães) durante a assistência complementar recebida. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Entende-se que o modelo de atuação em saúde segue a visão médica tradicional e é caracterizado por considerar apenas os fatores biológicos como causa que define a condição de hospitalização e os modos de oferecer cuidados em saúde. A Enfermagem em sua essência traz uma perspectiva que difere do modelo tradicional e ousa oferecer um cuidado mais reflexivo e amplo em suas intervenções. Torna-se capaz de modificar a prática habitual de saúde tecnicista e pouco reflexiva em intervenções de amplo alcance e de resolutividade importante e considerável. Perceber que a mãe reconhece a eficácia da intervenção musical como terapia, reforça a importância dessa intervenção de baixo custo, não farmacológica e não invasiva, capaz de despertar sentimentos tão únicos e de fortalecer o vínculo mãe-bebê durante o processo traumático da hospitalização após o parto. REFERÊNCIAS: (1) Karst TL, Craveiro de Sá L. Musicoterapia com mães de recém-nascidos internados em UTI Neonatal. XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Goiânia, 2006. (2) Karst LT. Musicoterapia com mães de recém-nascidos internados em UTI Neonatal. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2004. (3) [Trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música. Curso de Graduação em Musicoterapia; 2003. DESCRITORES: Música; Recém-nascido; Enfermagem.

PRÊMIO EUZÉBIA JESUS PAREIRA

14645

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para prêmio

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO

AVALIAÇÃO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO SOB EFEITO DA MÚSICA E GLICOSE 25% NA UNIDADE NEONATAL

Cardoso, MVLMLC; Farias, LMF; Melo, GMM;

Os RNPT experimentam dor, mas de uma forma diferente, até mesmo dos RN a termo. Sem a habilidade de produzir um som vigoroso, os RNPT podem não gritar ou apresentar uma resposta vocal com pouca variação entre desconforto e dor severa. Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT) são submetidos, diariamente, à punção arterial nas primeiras horas de vida para exames de dosagem do pH e gases. A punção arterial, embora dolorosa, raramente é acompanhada de medida analgésica. Objetivou-se analisar relação das variáveis neonatais e terapêuticas versus valores totais dos escores da Premature Infant Pain Profile (PIPP) dos RNPT submetidos à punção arterial para coleta de sangue que foram expostos a três intervenções: a música (Grupo Experimental 1 - GE1), a música e glicose 25% (Grupo Experimental 2 - GE2) e a glicose 25% (Grupo Controle Positivo-GCP). Ensaio clínico randomizado triplo cego, realizado numa unidade neonatal em Fortaleza/Ceará/Brasil de novembro/2011 a agosto/2012 com 80 RNPT. Uma música de ninar foi tocada durante 10 minutos antes da punção arterial por meio de MP3 interligado ao fone de ouvido, para os neonatos do grupo Grupo Experimental 1 e Grupo Experimental 2, sendo a glicose 25% administrada para os RNPT do grupo Grupo Experimental 2 e Grupo Controle Positivo dois minutos antes da punção arterial. Para todos os testes utilizou-se o Intervalo de Confiança de 95% (p

14020

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para prêmio

MARIA ESTELA DINIZ MACHADO

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS NEONATAIS DO RIO DE JANEIRO SOBRE RUÍDO E LUMINOSIDADE

Machado, MEDM;

A evolução da tecnologia na área neonatal trouxe alterações ambientais para as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com nível sonoro alto e luzes fortes e contínuas muito diferentes do ambiente intrauterino (1). Dada a importância do controle desse ambiente da UTIN, relacionado ao ruído e luminosidade, para o desenvolvimento do recém-nascido prematuro, este estudo tem como objetivos identificar e analisar o conhecimento dos enfermeiros neonatais do Rio de Janeiro sobre ruído e luminosidade na UTIN. Estudo de abordagem quantitativa, censitário, seccional, utilizando o Método CAP, realizado em dez Unidades da rede pública do município do Rio de Janeiro. Participaram 111 enfermeiros que responderam a um questionário autoaplicável. Resultados apontaram que os enfermeiros têm conhecimento quanto aos níveis de ruído e luminosidade recomendados, entendem que o controle do ambiente pode ser feito com a colaboração de todos, e que o design da unidade influencia nesse controle; apresentaram menor conhecimento quanto à proteção dos olhos do prematuro em posição canguru, controle do ambiente interno das incubadoras e evidenciaram que os níveis de luminosidade e ruídos não são medidos com frequência nas unidades. Conclui-se que a mudança comportamental do enfermeiro quanto à redução de ruídos e luminosidade torna-se primordial para o cuidado de qualidade ao prematuro, contribuindo para a prática assistencial de enfermagem. Descritores: Enfermagem Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Humanização da Assistência. REFERÊNCIA 1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém?nascido de baixo peso: Método Canguru - 2. ed. - Brasília, 2011.

14535

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para prêmio

ELLEN CRISTINA VARGAS OLIVEIRA

PUNÇÃO VENOSA PARA COLETA DE SANGUE NO RN: A PRÁTICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO.

Oliveira, ECV; Iwamoto, HH; Carleto, PT;

INTRODUÇÃO: É notável os avanços tecnológicos e científicos que o setor neonatal vem alcançando. Modernas instalações contribuem significativamente na recuperação dos recém-nascidos1. Neste cenário é possível perceber a extensa variedade de procedimentos realizados pela equipe de saúde, e neste contexto a punção venosa periférica (PVP) é considerada uma prática rotineira aos profissionais da saúde. A realização da PVP torna-se indispensável, pois constitui a linha de vida no cuidado neonatal, sendo a principal fonte de administração de medicamentos, nutrição, hemoderivados e coleta de material hematológico2. Neste contexto, embora a PVP faça parte da rotina hospitalar, se caracterizando como um procedimento de rotina deve passar por constantes avaliações e aperfeiçoamentos, uma vez que, a realidade assistencial consiste no empirismo de cada profissional. A coleta de sangue é um procedimento de rotina dentro da assistência ao RN, entretanto, alguns profissionais enfrentam a dificuldade da punção venosa devido à estrutura anatômica do recém-nascido (RN) e para o sucesso na obtenção da amostra sanguínea, os responsáveis pela coleta passam a utilizar técnicas não padronizadas para a coleta. OBJETIVO: Este estudo é um recorte da dissertação de mestrado realizada para a finalização do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Tem como objetivo, descrever a prática para coleta de sangue no RN segundo material para garrotear o membro a ser puncionado, tipo de agulhado e a forma de obtenção da amostra de sangue. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, seccional e com análise quantitativa. Os dados foram coletados entre os meses de maio a julho de 2013, por meio de um instrumento confeccionado para fins desta pesquisa, a partir do Manual do Ministério da Saúde (MS) "Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde" vol.2.3. Para validação do instrumento, o mesmo foi avaliado por cinco enfermeiras, doutoras, especialistas da área neonatal, selecionados a partir da plataforma Lattes/CNPq. Participaram do estudo 146 profissionais entre equipe médica (pediatras e residentes em pediatria/neonatologia) e de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros) que realizam o procedimento de punção venosa periférica para coleta de sangue do RN. Os setores de coleta dos dados foram aqueles que atendem a clientela neonatal, a saber: UTI neonatal, enfermaria pediátrica, unidade de cuidados intermediários, alojamento conjunto e pronto socorro infantil. A pesquisadora contatou cada profissional da instituição individualmente, durante o seu horário de prestação de serviço onde foram expostos os objetivos da pesquisa, o método da coleta de dados e a importância deste estudo. Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa Excel® para Windows®, validada por dupla digitação e exportada para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20 para Windows® para processamento e análise. As variáveis quantitativas foram analisadas segundo estatística descritiva por meio da distribuição de frequência absoluta, percentual, média e desvio padrão. O presente estudo iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob o protocolo n°2487/2012 e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM). Os princípios éticos foram respeitados seguindo às determinações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde RESULTADOS: A descrição a seguir mostra que, para realizar a punção venosa, alguns profissionais utilizam apenas um tipo de garrote: 31(21,2%) profissionais utilizam as mãos, 53(36,3%) profissionais utilizam o punho da luva de

procedimento, 2 (1,4%) utilizam a gaze para garrotear. Os demais profissionais associam dois ou mais tipos de garrote para realizar o procedimento: 19 (13%) utilizam mãos ou punho de luva, 4 (2,7%) utilizam punho de luva ou gaze, 13(8,9%) utilizam mãos, gaze ou punho de luva de procedimento. Dos 146 participantes, 4 (2,7%) não responderam a questão relacionada ao tipo de agulhado utilizado; 39 (26,7%) profissionais utilizam agulha conectada a uma seringa, 51(34,9%) profissionais utilizam agulha comum (25x7 ou 25x8), 31(21,2%) profissionais utilizam agulha comum (25x7 ou 25x8) porem quebram o canhão da agulha, 11(7,5%) utilizam agulha conectada ao scalp/butterfly. 11(7,5%) profissionais marcaram mais de um tipo de procedimento. Em relação ao garrote utilizado, 24 (16,4%) responderam que não garroteiam o membro, ressalta-se que estes atuam na equipe médica. Para alocar o material coletado, os profissionais utilizam tubos próprios para coleta, respeitando o tipo de exame solicitado. Aqueles participantes que utilizam somente a agulha comum e agulha comum com a quebra do canhão obtém a amostra a partir do gotejamento do sangue da extremidade da agulha ou do canhão alocando diretamente no tubo coletor. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com base nos resultados obtidos, podemos inferir que na prática realizada para coleta de sangue, predominaram técnicas distintas em relação ao procedimento descrito pelo manual do MS. O tipo de garrote mais utilizado pelos profissionais foi o punho da luva de procedimento. Aqueles que realizam a coleta a partir do canhão da agulha ou da extremidade da agulha utilizam o gotejamento para alocar o material hematológico no tubo de coleta. Há um hiato entre o preconizado e o realizado, decorrente disso, durante a pesquisa, atentamos para uma questão: Porque os profissionais utilizam estes métodos e não o preconizado pela literatura? Os participantes relataram que realizando o procedimento através das técnicas descritas, conseguem realizar a punção de forma precisa, evitando punções desnecessárias e a perda do material por coagulação, além de agilidade em relação ao tempo destinado à coleta de sangue. Portanto, sugere-se novos estudos sobre essa temática a fim de verificar cientificamente se há diferença entre esses procedimentos. COSTA R, PADILHA M I. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. Revista Enfermagem UERJ, v.19, n.2, abr/jun. 2011. Disponível em: < http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a10.pdf>. Acesso em: out. 2012. RODRIGUES EC, CUNHA SR, GOMES R. "Perdeu a veia": significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 989-999, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2011. vol 2. cap.10.2, p. 12-13.

14186

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para prêmio

LETICIA GABRIEL ABDALA

QUEDAS DE RECÉM-NASCIDOS NO AMBIENTE HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA DOS NEONATOS.

Abdala, LG; Cunha, MLC;

INTRODUÇÃO: Sabe-se que as quedas são a principal causa de lesões não fatais em crianças, configurando freqüente motivo de procura pelos serviços de emergência e urgência. No ambiente hospitalar, a criança está sujeita ao risco de queda desde o período expulsivo do parto, até nas internações, seja neonatal, obstétrica ou pediátrica(1). Para a população adulta e idosa existem diversos estudos de avaliação de risco e prevenção de quedas reconhecidos, contudo, com relação a quedas de neonatos estes são escassos(2). Por serem eventos evitáveis e potencialmente fatais, destaca-se a importância de desenvolver estratégias de segurança do recém-nascido através do reconhecimento de condições de risco, da adequada orientação à puérpera e familiares, da organização de um ambiente mais seguro e da educação da equipe de saúde. A equipe de saúde, especialmente a de enfermagem, possui grande responsabilidade sobre a prevenção da ocorrência de eventos adversos, como as quedas, durante a prática assistencial, pois deve deter de competência para identificar, intervir e prevenir acidentes durante a hospitalização do paciente(1). OBJETIVO: Analisar as informações publicadas na literatura científica sobre quedas de recém-nascidos (RN) no ambiente hospitalar. MÉTODOS: Trata-se de uma revisão integrativa de pesquisa. Foram utilizados os seguintes descritores segundo os DeCs (Descritores em Saúde da Bireme) em português e inglês: Recém-Nascido; Acidentes por Quedas; Criança Hospitalizada; Enfermagem Neonatal; Infant, Newborn; Accidental Falls; Child, Hospitalized; Neonatal Nursing. A amostra do estudo foi composta por cinco artigos científicos pesquisados nas bases de dados LILACS, SciELO e PUBMED/MEDLINE publicados entre 2003 e 2013. RESULTADOS: Constata-se que as quedas de recém-nascidos foram reportadas predominantemente no seguinte cenário: o bebê cai dos braços da mãe que adormece, cansada após amamentar, frequentemente durante a noite e primeiras horas da manhã(3,4,5). Estudos reportam uma taxa de quedas de recém-nascidos entre 1,6 e 3,9 quedas a cada 10.000 nascimentos nos Estados Unidos. Observou-se uma série de medidas preventivas implementadas para a segurança dos recém-nascidos, entre elas a intensa monitoração de mães e seus bebês internados em alojamento conjunto, especialmente durante a madrugada, o estabelecimento de um "contrato de segurança", em que o profissional de saúde fornecia informações sobre a segurança e prevenção de acidentes no momento da admissão da gestante e as reforçava após o parto, e também a criação de um formulário para notificação de eventos adversos, preenchido com informações objetivas e qualitativas sobre a queda (local, horário, altura, condições do ambiente, uso de medicações, etc) que ajudarão a capturar detalhes sobre os fatores envolvidos no acidente. Além disso, esforços são necessários a fim de evitar que mães que receberam sedação fiquem desacompanhadas amamentando ou segurando seus bebês na cama. Constatou-se a validação de um instrumento de avaliação de riscos: a única escala publicada sobre quedas de RN, a qual determina uma variedade de situações de riscos e as devidas medidas preventivas(6). Entre os momentos que configuram risco para o bebê cair, tem-se: retirar o bebê do berço ou incubadora por qualquer motivo; cuidados do bebê como o banho; procedimentos invasivos, exames e coletas de sangue; histórico de queda prévia; histórico de convulsões tanto da mãe como do bebê; equipamentos, invasivos ou não, conectados ao bebê; transporte neonatal; escores de dor elevados da mãe e do bebê; extremos de idade materna, ou mães com deficiência física ou mental; uso de medicações específicas, como sedativos e hipnóticos; estadia da mãe no hospital sem acompanhante; entre outros.

Acidentes por quedas são, ainda, particularmente constatados em hospitais universitários e com centros obstétricos superlotados Uma política de sono seguro é importante para prevenir quedas de RN, recomendando-se que a mãe não durma com seu bebê na mesma cama, e que este seja colocado em seu berço, em decúbito dorsal, sempre que ela se sentir sonolenta e à noite quando dormir. Foram evidenciados alguns desafios enfrentados durante o processo de cuidado orientado para a prevenção de quedas, quais sejam a dificuldade de a gestante/puérpera assimilar a enorme quantidade de informações que recebe durante o processo de parturição (entre as quais está a prevenção de quedas). Nenhum óbito de devido a queda foi reportado, contudo, estudos mostram que quedas de pequenas alturas, como igual ou menor que um metro, podem causar fratura linear de crânio, sem necessariamente gerar edema. Não foram encontradas "guidelines" publicadas sobre como proceder frente a queda do RN, e os estudos que abordaram este aspecto indicam a ausência de condutas padronizadas. CONCLUSÕES: A presente revisão integrativa procurou reunir os conhecimentos sobre quedas de recém-nascidos no ambiente hospitalar, com o intuito de evidenciar o contexto em que estes acidentes acontecem, como evitá-los e como lidar com a situação. Prestar cuidados a recém-nascidos é uma tarefa que envolve conhecimento específico de um indivíduo extremamente vulnerável. Estudos sobre a segurança do bebê refletem a preocupação dos profissionais da saúde com seu bem-estar, e são importantes para subsidiar o constante aprendizado teórico e prático ao qual devem estar submetidos ao longo de sua atuação - seja na assistência, na pesquisa ou no ensino. Futuros estudos que venham a acrescentar informações sobre a segurança de neonatos, especialmente sobre quedas, em ambiente hospitalar, são necessários para obter-se um panorama da situação no Brasil. Assim, é recomendado que as instituições registrem detalhadamente os eventos de queda para conhecer como estes acidentes se comportam e evitar falhas na segurança. CONTRIBUIÇÕES: Os resultados deste estudo podem fornecer subsídios para que os profissionais, principalmente a equipe de enfermagem, possam realizar intervenções para o bebê que possui risco para queda, atuando na prevenção e eliminação de circunstâncias agravantes à saúde. Descritores: Recém-Nascido; Acidentes por Quedas; Criança Hospitalizada; Enfermagem Neonatal. REFERÊNCIAS SCHATKOSKI, A.M.; WEGNER, W.; ALGERI, S.; PEDRO, E.N.R. Segurança e proteção à criança hospitalizada. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 17, n. 3, 2009. PHALEN, A.G.; SMOLENSKI, J. Newborn falls: seeking solutions for a never event. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. vol.39, p. 46, 2010. ABIKE, F. et al. A new scale for evaluating the risks for in-hospital falls of newborn infants: a failure modes and effects analysis study. Pediatrics, vol. [s.vol.]. 2010, p. 1-9, 2010. GALUSKA, L. Prevention of In-hospital newborn falls. Nursing Women's Health, vol.15, n.1, p.59-61, 2011. HELSLEY, L.; MCDONALD, J.V.; STEWART, V.T. In-hospital "falls" of newborn infants. The Joint Commission journal on quality and patient safety, vol. 36, n.7, p. 327-333, 2010. MONSON, S.A. et al. In-hospital falls of newborn infants: data from a multihospital health care system. Pediatrics, vol. 122, n. 2, p. 277-280, 2008. RUDDICK, C.; PLATT, M.W.; LAZARO, C. Head trauma outcomes of verifiable falls in newborn babies. Arch Dis Child Fetal Neonatal, vol.95, n.2, p. 144-145, 2010.

PRÊMIO OLGA ROSARIA EIDT

14657

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

GIMENE CARDOZO BRAGA

RECONHECIMENTO E EMPODERAMENTO DAS EMOÇÕES POR CRIANÇAS: A ENFERMAGEM PROMOVENDO SAÚDE MENTAL INFANTIL NA ESCOLA

Braga, GC; Ferreira, MJ; Costa, MSOD; Tigre, JR; Vargas, DG; Auda, JM;

A promoção de saúde mental possibilita fortalecer e potencializar os processos saudáveis de reconhecimento e empoderamento das emoções, e para tal, necessita que sua construção seja intersetorial. Este tem por objetivo relatar as ações de promoção de saúde mental desenvolvidas por acadêmicas do curso de Enfermagem em uma escola de ensino fundamental para reconhecimento e empoderamento das emoções. Versa sobre a experiência das ações desenvolvidas por um projeto de extensão desenvolvido no período de maio de 2012 a maio de 2013.O grupo operativo de promoção de saúde mental utilizou-se como disparadores as histórias infantis e carinhas emotivas, painel emocional, desenhos, e a elaboração e dramatização de histórias pelas próprias crianças. As atividades foram realizadas com crianças do 4º e 5º ano do ensino por meio de encontros quinzenais, nos períodos da manhã e da tarde, com duração média de 50 minutos a 1 hora cada. Cada turma confeccionou e definiu suas carinhas emotivas conforme desenho da expressão emocional escolhida e a cor de cada emoção: feliz, triste, nervoso, tranquilo, raiva, medo, chateado, envergonhado e preocupado. A união da extensão universitária da enfermagem ao setor de educação possibilita maior visibilidade ao cuidado coletivo e intersetorial do profissional enfermeiro. Além disso, o projeto oportunizou as acadêmicas de enfermagem desenvolver aptidões relacionais e comunicativas com as crianças e, entre as crianças, por meio de uma construção reflexiva e dialógica entre teoria e prática no âmbito da promoção de saúde mental infantil proporcionando reconhecimento e empoderamento das emoções. DESCRITORES: enfermagem, criança, promoção da saúde.

14021

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

NAYARA CRISTINA PEREIRA HENRIQUE

A SEGURANÇA DA CRIANÇA NA PERSPECTIVA DAS NECESSIDADES ESSENCIAIS

Mello, DF; Henrique, NCP; Veríssimo, MLOR;

Resumo: Objetivo: Analisar o cuidado de crianças menores de um ano de idade em famílias migrantes de baixa renda quanto à promoção da segurança infantil, com foco nas necessidades essenciais, em busca de subsídios para a promoção da saúde. Método: Estudo exploratório, com análise qualitativa dos dados, fundamentado no quadro conceitual das necessidades essenciais da criança, a partir de entrevistas gravadas com 16 mulheres em seus domicílios. Resultados: Os relatos maternos trazem aspectos sobre a presença e envolvimento dos pais, proteção física, segurança com construção de limites e redes amparadoras para o cuidado da criança. No cotidiano dos cuidados nos domicílios, segundo as perspectivas maternas, medidas que previnam doenças e outros agravos de saúde devem ser priorizadas, mantendo sempre um adulto em vigilância. Conclusão: O estudo revelou o reconhecimento da importância da participação e responsabilidade dos pais nos cuidados da criança, com ênfase nas perspectivas maternas no cuidado cotidiano para apreender aspectos que se relacionam ao suprimento das necessidades para o crescimento e desenvolvimento da criança, com destaque à promoção da segurança infantil. O cuidado permeado pelas necessidades essenciais contribui para um efetivo equilíbrio no crescimento e desenvolvimento da criança. É fundamental que os profissionais de saúde tenham expansão da compreensão da infância, cooperando para garantir relacionamentos sustentadores contínuos, proteção, respeito às diferenças individuais, experiências adequadas ao desenvolvimento, estabelecimento de limites e construção de redes sociais estáveis e amparadoras. Referências: -Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre, Artmed; 2002. -Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. Rev. Bras. Enferm. 2012; 65(4):675-9.

13899

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para prêmio

CECILIA SOUSA MACÊDO

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Santos, LFS; Montefusco, SRAM; Oliveira, LMACO; Barbosa, MAB; Nunes, DPN; Macedo, CSM;

INTRODUÇÃO: A doença e hospitalização da criança levam a família a vivenciar sentimentos e emoções que variam entre tristeza, medo, insegurança, pena, culpa, impotência e outros. A família dá um significado especial aos seus membros, permitindo a troca de experiencia entre seus membros. Nesse cenário, a pessoa que acompanha a criança vivencia a dificuldade de sair de um ambiente familiar para um ambiente totalmente estranho, sente-se isolada e privada do convívio com pessoas significativas em sua vida, como família e amigos e, ainda, se sente em constante tensão devido ao estado clínico da criança(1). Assim, acreditamos que é preciso transformar a permanência da família no hospital, tornando essa experiência menos traumática e fatigante. Para tanto, essa pesquisa objetivou identificar os principais Diagnósticos de Enfermagem em famílias de crianças hospitalizadas segundo a taxonomia da NANDA Internaciona- l(2), e descrever intervenções de enfermagem em um grupo de apoio a pais e familiares de crianças hospitalizadas (GRAPF).METODOLOGIA: Estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa.Os dados foram coletados em uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP), de um hospital-escola de Goiânia-GO, durante doze sessões doGRAPF. Participaram da pesquisa sujeitos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; e pertencer à família de uma criança hospitalizada na UIP do hospital pesquisado no período da coleta de dados, de fevereiro a março de 2010. Os dados foram registrados por meio de gravação em mídia digital e em diário de campo. Para análise do material e identificação dos Diagnósticos de Enfermagem/DE, foi usado processo de raciocínio diagnóstico, que é gradual, interativo e intuitivo. O reconhecimento das evidências, a geração mental dos possíveis diagnósticos, a comparação das evidências com tais diagnósticos, a coleta focalizada e a validação dos diagnósticos fazem parte do processo(3). Em resposta aos DE, foram planejadas e implementadas intervenções de Enfermagem. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Trinta e quatro pessoas participaram do GRAPF. O número de familiares, em cada encontro, variou de três a sete e os participantes foram, principalmente, mães (23; 67,6%), seguidas por tios (5; 14,7%), avós (4; 11,8%) e pais (2; 5,9%) das crianças hospitalizadas. A análise do material permitiu a identificação dos seguintes Diagnósticos de Enfermagem, distribuídos em vários domínios:domínio 1 (promoção da saúde) -Atividade de recreação deficiente;domínio 4 (atividade e repouso) -Padrão de sono prejudicado, Manutenção do lar prejudicada;domínio 5 (percepção/cognição)-Conhecimento deficiente, Comunicação verbal prejudicada; domínio 6 (autopercepção) -Risco de solidão, Risco de baixa autoestima situacional; domínio 7(papéis e relacionamentos) -Paternidade ou maternidade prejudicada, Risco de paternidade ou maternidade prejudicada, Tensão do papel de cuidador, Risco de tensão do papel de cuidador, Processos familiares interrompidos, Interação social prejudicada;domínio 9 (enfrentamento/tolerância ao estresse) -Síndrome do estresse por mudança, Risco de síndrome do estresse por mudança, Ansiedade, Sentimento de impotência, Risco de sentimento de impotência, Medo; domínio 11 (segurança/proteção) -Risco de infecção, Risco de contaminação; domínio 12 (conforto) -Conforto prejudicado. Em relação às intervenções de enfermagem, no contexto grupal foram realizadas técnicas de socialização, comunicação terapêutica, fortalecimento de vínculos e de redes de apoio, e orientações em relação a participação de toda família no processo de cuidar, processos fisiopatológicos e rotinas da unidade hospitalar. Assim como nessa pesquisa, os diagnósticos de Tensão do papel de cuidador, Comunicação verbal familiar prejudicada, Processos

familiares interrompidos e Manutenção do lar prejudicada, também foram encontrados em estudo com famílias em situação de acompanhamento de pessoas hospitalizadas para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (5). Percebe-se que no ambiente hospitalar a família vivencia experiências que, na maioria das vezes, são negativas em razão do ambiente hostil, das ameaças reais e imaginárias, da ruptura familiar, da perda/redução da autonomia da família em relação a criança (4).Também é importante destacar que os longos períodos de internação da criança, as visitas recorrentes ao hospital, o repouso prejudicado em decorrência da preocupação e das responsabilidades assumidas nesse processo, e as dificuldades financeiras e de acesso ao serviço de saúde, produzem grande desgaste físico e emocional (1). A família é uma unidade complexa com diversas necessidades, interesses, contradições e com forte influência nos comportamentos de saúde (5). Por isso, a equipe de saúde deve estabelecer relação cordial e de empatia com a família, pois essa clientela sente dificuldade em lidar com o sofrimento da criança e, também, com seu próprio sofrimento, necessitando de apoio para vivenciar os momentos de dificuldade (1). CONCLUSÃO: Os DE identificados indicam que famílias de crianças hospitalizas apresentam várias demandas, tais como: receber informações sobre diagnóstico e quadro clínico da criança, manter diálogo/contato com a equipe de saúde, receber apoio de familiares e pessoas significativas. Assim, é importante que cursos de graduação na área da saúde incluam o estudo da assistência à família em sua grade curricular, oportunizando aos graduandos trabalhar com essa clientela, a fim de compreender a complexidade e a necessidade de incluí-la em seu plano de cuidados. Adentrar a vida da família e olhar com os olhos de quem vive a experiência, e não somente como espectador, permite ao profissional compreender o verdadeiro impacto da doença na dinâmica familiar e o sensibiliza para valorizar as experiências humanas e ter compaixão pela dor do outro, fortalecendo seu compromisso com a responsabilidade social e humanização da assistência. Descritores: Enfermagem Familiar; Diagnóstico de Enfermagem; Família. Eixo IV: Cuidado à Saúde da Família. Referências: 1- Santos L.F, Oliveira L.M.A.C, Munari D.B, Peixoto M.K.A.V, Silva C.C,Ferreira A.C.M, Nogueira A.L.G. Grupo de suporte como estratégia para assistência de enfermagem à família de recém-nascidos hospitalizados. Rev Eletr Enferm. 2012; 1(14): 42-49. 2- North American Nursing Diagnosis Association, organizador. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013. 3- Rocha L. A, Maia T. F, Silva L. F. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Rev. Bras. Enferm. 2006; 3(59): 321-326. 4- Santos L. F, Marinho K.C, Oliveira R.R, Siqueira K.M, Cavalcante L.M.A, Peixoto M.K.A.V, Salge A.K.M. Ser mãe de criança com câncer: uma investigação fenomenológica. Rev. Enferm. UERJ. 2011; 4(19): 626-631. 5- Montefusco S. R. A, Bachion M. M, Nakatati A. Y. K. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o Modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. Texto Contexto Enferm. 2008; 1(17): 72-80.

14047

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para prêmio

LUCIANO MARQUES DOS SANTOS

EXPERIÊNCIAS DE FAMÍLIAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DO PREMATURO EM CUIDADOS INTENSIVOS

Lucianomarquesdossantos, LMS; Irlalopesdeoliveira, ILO; Silviadasilvasantospassos, SSP; Rosanacastelobrancodesantana, RCBS; Jaquelinedantasdasilva, JDS; Saradiaslisboa, SDL;

EXPERIÊNCIAS DE FAMÍLIAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DO PREMATURO EM CUIDADOS INTENSIVOS Luciano Marques dos Santos1, Irla Lopes de Oliveira2, Silvia da Silva Santos Passos3, Rosana Castelo Branco de Santana4, Jaqueline Dantas da Silva5, Sara Dias Lisboa6. INTRODUÇÃO: Para as famílias a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) representa um local para onde as pessoas vão quando seu estado de saúde é crítico e estão prestes a morrer (1). Desta maneira, a hospitalização do RNPT em UTIN impacta de forma significativa na dinâmica e estrutura familiar, modifica os relacionamentos familiares e os próprios membros da família, podendo gerar insegurança, frustração, estresse, medo, incertezas e sentimento de culpa, principalmente pelos pais. Por isso, é primordial que os trabalhadores da saúde compreendam as vivências das puérperas e seus familiares durante os processos de adoecimento e hospitalização do prematuro em cuidados intensivos, para planejar um cuidado culturalmente flexível, baseado na colaboração e que valorize a presença da família como uma constante na vida do recém-nascido. OBJETIVO: Compreender as experiências de famílias durante a hospitalização do prematuro em cuidados intensivos, considerando a filosofia do Cuidado Centrado na Família como uma ferramenta importante e parte da assistência. METODOS: Estudo de natureza descritiva, exploratória e qualitativa, realizado na UTIN de um hospital de grande porte da cidade de Feira de Santana na Bahia. Os dados foram coletados de janeiro a abril de 2010 após a emissão de parecer favorável pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Salvador-Bahia, de número 01.310-2009. Para a apreensão do material empírico, foi utilizada a técnica da entrevista, acreditando ser a melhor forma para atingir os objetivos propostos. Foi utilizada a entrevista semiestruturada que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Para a análise dos dados empíricos utilizou-se a Análise de Conteúdo(3). Assim, após a realização de cada um das entrevistas, as falas das participantes foram transcritas na sua íntegra para então compor o corpus empírico do estudo. Após a transcrição, as entrevistas foram lidas de forma superficial, com o objetivo de aproximaçãoo com o contudo latente de cada fala das participantes. Em seguida procedeu-se com leituras mais exaustivas, com o intuito de identificar as unidades de análise e foram elaborados códigos que compuseram as seguintes categorias: Mudanças no funcionamento familiar; A família como um visitante; As estratégias de apoio da família e A espiritualidade/religiosidade materna. RESULTADOS: Mudanças no funcionamento familiar: A experiência da doença e hospitalização do recém-nascido prematuro na UTIN foi marcada, conforme falas das puérperas entrevistadas, pela intensa modificação na rotina da família, perturbando o equilíbrio de seu funcionamento, em prol da permanência constante da genitora no ambiente hospitalar. Ocorreu um redirecionamento nas tarefas diárias durante a ausência da figura materna. A família como um visitante: A permanência materna é valorizada na rotina da unidade em estudo. Neste serviço hospitalar, a família é percebida como uma visitante, sendo por isso concedido o direito de entrada no espaço do cuidado intensivo ao pai e aos avôs. Assim, percebe-se nas falas das entrevistadas, que no serviço em questão a família não é considerada uma constante na vida do recém-nascido hospitalizado, devido às restrições de horário e à escolha de quais membros do núcleo familiar terão o direito à visitação do prematuro. As

estratégias de apoio da família: No cenário em estudo, a família ampliada mesmo sendo afastada do processo de cuidado do RNPT, desenvolve e utiliza diversas estratégias para apoiar a puérpera durante a hospitalização. A família oferece total apoio para a puérpera, através de visitas diárias, da utilização de palavras de conforto, de grupos de oração e ligações telefônicas diárias para ela ou mesmo indiretamente através do parceiro. Outra estratégia apontada pela puérpera são as conversas com outras mulheres que já passaram pela mesma situação que elas. A espiritualidade/religiosidade materna: Notou-se de forma marcante a presença da espiritualidade/ religiosidade materna como uma fonte de consolo durante o período triste e difícil da hospitalização do RNPT na UTIN, o que as faz vivenciar um movimento de busca por uma força superior, para amenizar o sofrimento causado pela hospitalização do filho. A puérpera busca na fé e na oração a esperança para o controle interno de suas emoções e para vivenciar melhor a experiência de ter um filho na UTIN, resultando em maior habilidade para se sentir confortável na situação. CONSIDERAÇÕES: Dessa forma, as mães investigadas, nesse estudo, percebem a alteração na rotina familiar através dos ajustes dos pais e avós e revezamento no cuidado as crianças que ficaram em casa, servindo como rede de apoio, com palavras de incentivo e força para elas durante a estadia no hospital. Esta rede de apoio familiar e a religiosidade/espiritualidade têm sido usadas como estratégias de enfrentamento. A equipe de saúde não foi referenciada como rede de apoio. IMPLICAÇOES PARA ENFERMAGEM: O enfermeiro por ser um dos trabalhadores da saúde que se encontra mais próximo da família em cuidados intensivos, configura-se como elemento fundamental para a implantação da filosofia do Cuidado Centrado na Família, facilitando a incorporação do conceito de família ampliada e incorporado no cotidiano das UTIN, o cuidado aos demais membros da família do prematuro e considerando-a como unidade de cuidado. Deste modo os dados deste estudo poderão possibilitar aos trabalhadores da saúde, sensibilizados com o "pensar a família", subsídios para a utilização de intervenções baseadas nas necessidades de reajustes cognitivos, afetivos e comportamentais das famílias, como recursos para ajudá-las a fortalecer sua rede e apoio sociais, bem como suas forças e alianças. Descritores: Enfermagem Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Prematuros. REFERÊNCIAS 1. Costa MCG, Arantes MQ, Brito MDC. A UTI neonatal sob a ótica das mães. Rev Eletr Enf [periódico na Internet]. 2010 out/dez [citado 2013 mai 02]; 12(4): [aprox. 7 telas]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a15.htm. 2. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007. 3. Tronchin DMR, Tsunechiro MA. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14(1):93-101. 4. Girardon-Perlini NMO, Viana AAF, Vand der Sand ICP, Rosa BVC, Beuter M. Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI Neonatal. Ciênc Cuid Saúde. 2012; 11(1):26-34.

PRÊMIO DULCE MARIA NUNES

14360

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

FERNANDA HELENA LAROTONDA SANTOS

A PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A DOR DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Santos, FHLS; Molina, FM; Christoffel, MMC;

A dor pode ser definida como uma experiência sensorial associada a um dano real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. Essa definição é problemática quando se considera a área pediátrica devido à ausência de comunicação verbal e os diferentes níveis cognitivos desses pacientes, tornando-os incapazes de relatar a dor que sentem, até mesmo por não terem experiências prévias de eventos dolorosos[1]. A dor crônica considerada decorrente de um processo patológico crônico e de maior duração como câncer, anemia falciforme, artrite reumatoide, dentre outras, causando dor continua ou recorrente em intervalos de meses ou anos[1]. Embora as definições enfatizem eventos biológicos, as atitudes, crenças, gênero, contexto familiar podem influenciar a dor aguda ou crônica[2]. O presente estudo tem como objetivo identificar e descrever como os pais identificam a dor durante a internação de seu filho. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Participaram do estudo onze mães\pais que acompanham as crianças internadas com doença crônica. Os dados geraram as seguintes categorias: Os pais reconhecendo a dor de seus filhos; Beijos, abraços, conforto e paciência para aliviar a dor; Sofrimento físico e psicológico dos pais; Fazendo o possível e o impossível para eliminar a dor da vida de seus filhos. A presença do familiar deve ser encorajada pelos profissionais de saúde durante o período de hospitalização da criança, como forma de minimizar a dor da criança. 1. Silva DG, Marques IR. Intervenções de enfermagem durante crises álgicas em portadores de anemia falciforme. Rev Bras Enferm 2007;60(3):327-30; 2. Charlton JE. Core Curriculum for Professional education in pain, 3rd ed. IASP: Seattle; 2005. p. 240. Descritores: Dor. Criança. Pais.

14075

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para prêmio

MARIA ESTELA DINIZ MACHADO

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A POSTURA E POSICIONAMENTO DO PREMATURO

Salerno, CVS; Christoffel, MMC; Querido, DLQ; Machado, MEDM; Almeida, VSA;

O ambiente da UTIN muitas vezes confere ao recém-nascido uma quantidade excessiva de manipulações e outras intervenções, em geral agressivas, impactando na qualidade de vida e no desenvolvimento neuropsicomotor dos recém-nascidos internado1. Nesse sentido, temos o cuidado postural como um aliado que deve propiciar e manter o conforto do recém-nascido através de uma postura funcional, que ofereça suporte ao padrão de sono e repouso, que permite que o mesmo comunique suas necessidades e possa interagir com seus cuidadores, quando estiver pronto para tanto e acima de tudo, contribua para o equilíbrio fisiológico e comportamental desses recém-nascidos2. Para tanto, o presente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a postura e o posicionamento do prematuro através de um questionário semi-estruturado aplicado aos profissionais de enfermagem que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal na cidade do Rio de Janeiro. Após uma análise quantitativa dos dados, os resultados obtidos demonstraram que de uma forma geral os profissionais de enfermagem possuem uma preocupação com o conforto e bem estar prematuro. No entanto fica nítido que o conhecimento demonstrado não é baseado nas evidências científicas, corroborando para que o cuidado oferecido aos recém-nascido seja defasado em alguns períodos. Descritores: postura; unidades de terapia intensiva neonatal; recém-nascido Referencias 1 - Santos LM, Pereira MP, Santos LFN, Santana RCB. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 Feb [acesso em 2013 jun 30] ; 65(1): 27-33. Available from: http://www.scielo./scielo.php?script =sci_arttext&pid=S0034-71672012000100004&lng=en. 2 - Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método mãe canguru. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 204p

14051

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

KATIA APARECIDA ANDRADE COUTINHO

CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA: APLICAÇÃO PELA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA.

Pacheco, STA; Rodrigues, BMRD; Machado, ACC; Dionísio, MCR; Coutinho, KAA; Gomes, APR;

Cuidado Centrado na Família (CCF) é uma abordagem de assistência que reconhece a importância da família como cliente do cuidado, assegurando a participação de todos no planejamento das ações e revelando uma maneira de cuidar que oferece oportunidade para a própria família definir seus problemas. O termo CCF começou a ser construído em meados de 1969, com o objetivo de definir a qualidade do cuidado hospitalar segundo os pacientes e suas famílias, e discutir a autonomia dos pacientes frente às suas necessidades de saúde. Inicialmente, o termo empregado era medicina centrada no paciente, que evoluiu para cuidado centrado no paciente e em 1990 foi incluído o termo família a fim de descrever melhor a abordagem pretendida para a realização dos cuidados de saúde. O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de estudos publicados em periódicos indexados nas bases de dados BDENF, LILACS e portal CAPES, com recorte temporal de 1990 a 2012. Objetivou-se revisar a literatura sobre o reconhecimento pela enfermagem da importância do cuidado centrado na família (CCF), no contexto da criança hospitalizada. A partir dos critérios de seleção, foram identificados 21 artigos sobre a temática. Emergiram da análise textual três categorias: Percepções da enfermagem sobre o CCF; Vivências no contexto da criança hospitalizada; Implantação do CCF; Estratégias de implantação do CCF. Concluiu-se que existem lacunas na produção do enfermeiro acerca da implantação do modelo do CCF. Os estudos em geral retratam a importância e sugestões quanto à implantação de estratégias que contemplem o CCF, sendo, portanto, demonstrado pelos achados que tal implantação ainda é pouco discutida entre os autores. O CCF qualifica a assistência à criança hospitalizada e para sua implantação há necessidade de instrumentalização e sensibilização dos profissionais desde a sua formação.

14637

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

MARIA CRISTINA FLURIN LUDWIG

CATÉTER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA VALVULADO: MANUTENÇÃO AMBULATORIAL EM PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS

Ludwig, MCF; Hoffmann, VRK; Sanseverino, SLA; Issi, HB; Ribeiro, NRR; Silva, TS;

INTRODUÇÃO: A Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é um Centro de Alta Complexidade Oncológica que atende a faixa etária de 0 a 18 anos em todas as etapas do tratamento. Considerando o tratamento prolongado e a instabilidade destes pacientes, necessitou-se utilizar o Peripherally Inserted Central Catheter (PICC) como alternativa de acesso venoso central. Sua utilização tornou-se um desafio, pois a experiência com o uso continuado após a alta hospitalar ainda é pouco conhecida no nosso meio e pouco divulgada na literatura. No ano de 1999 deu-se início as primeiras experiências com o PICC ponta aberta no HCPA, sendo que os poucos enfermeiros capacitados para sua inserção se deslocavam das unidades onde desenvolviam suas atividades assistenciais para realizar o procedimento. Somente no ano de 2005 teve início a capacitação dos enfermeiros da Oncologia Pediátrica para inserção do PICC. No entanto, este tipo de cateter não contemplava todas as características necessárias para utilização em pacientes oncológicos. Em 2008 o cateter valvulado foi testado e obteve ampla utilização por ser uma opção segura para infusão de quimioterápicos, hemoderivados, coletas laboratoriais, além de permitir longa permanência. A partir de então, o treinamento da equipe de enfermagem e sensibilização da equipe médica assistencial e multidisciplinar foi essencial para o sucesso desta prática. Nesta perspectiva, surge a necessidade de criação de uma agenda ambulatorial mediante consulta de enfermagem para a criança e sua família, com objetivo de acompanhá-las e orientá-las na manutenção do cateter no domicilio e realizar a salinização e o curativo do PICC. OBJETIVOS: Discorrer sobre a experiência de um grupo de enfermeiras na manutenção do PICC valvulado à nível ambulatorial durante o tratamento de doenças onco-hematológicas de crianças e adolescentes; e descrever o perfil clínico e demográfico dos pacientes, relatando as principais características do uso do PICC valvulado na Oncologia Pediátrica de um hospital-escola. METODOLOGIA: Estudo descritivo retrospectivo da experiência de acompanhamento no ambulatório do HCPA de pacientes em tratamento oncológico em uso de PICC valvulado. A descrição refere-se ao período de fevereiro de 2008 a junho de 2013. Para análise dos dados quantitativos foi empregada a estatística descritiva, utilizando freqüência absoluta e relativa. As atividades assistenciais, científicas e acadêmicas relativas à utilização do PICC nas unidades pediátricas do HCPA estão vinculadas ao Projeto de Desenvolvimento aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição (06.584)1. RELATANDO A EXPERIÊNCIA: Quando o projeto do PICC valvulado foi iniciado na oncologia pediátrica do HCPA, a perspectiva de usá-lo por período prolongado era um grande desafio. As características do cateter permitiam que ele continuasse sendo usado após a alta hospitalar, mas esta experiência era pouco conhecida. O uso do PICC valvulado deveria transpor os cuidados hospitalares e acompanhar a criança ao ir para casa. Os primeiros pacientes que tiveram alta hospitalar com este tipo de cateter foram acompanhados na própria unidade de internação, onde compareciam, semanalmente, para salinização e troca do curativo do PICC. Porém, a unidade de internação não era o local adequado para esta atividade e com o aumento da demanda, verificou-se a necessidade de criação de uma agenda ambulatorial para Consulta de Enfermagem. Inicialmente o espaço disponibilizado foi o ambulatório de pediatria, entretanto, em virtude do perfil do paciente oncológico, verificou-se a necessidade de um local exclusivo para o seu atendimento evitando o contato com outros pacientes e doenças infecto contagiosas. Com a criação de uma agenda para Consulta de Enfermagem ao paciente com PICC, esta foi assumida por uma enfermeira da

unidade de internação. A escala de trabalho dos enfermeiros da unidade foi reorganizada e nas quartas-feiras - das 13 às 16 horas, uma enfermeira se desloca ao ambulatório para atender esta agenda. A capacidade semanal da agenda é de no máximo 10 pacientes. A Consulta de Enfermagem segue as etapas da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), sendo realizada a troca do curativo e a salinização do cateter. RESULTADOS: Desde o início da implantação do PICC na Unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA foram inseridos 87 cateteres em pacientes onco-hematológicos. Em relação às características demográficas dos pacientes, a idade variou de 3 meses a 21 anos, com predomínio de 70 % do sexo masculino. Quanto ao perfil clínico, as doenças hematológicas representaram 56,3% dos diagnósticos, os tumores ósseos 20,6%, os tumores de SNC 5,7% e os demais tumores 17,4 %. O tempo médio de permanência do cateter foi de 186,45 dias. O maior tempo de permanência foi de 944 dias. Os motivos de retirada por término de terapia ou óbito representaram 40,2%. Foram retirados 21 cateteres (24,1%) por suspeita de infecção, sendo que a cultura da ponta confirmou apenas 3 cateteres (14,2%) dentre os 21 dispositivos retirados. O índice de retirada por dano físico (obstrução, rompimento, extravasamento) foi de 12,6%, ocorreram dois casos de Trombose Venosa Profunda (2,29%), e 4 catéteres (4,49%) foram retirados por posicionamento incorreto da ponta. Os 3 dispositivos restantes (2,1%) foram retirados por outras causas (a pedido do paciente, falta de condições de higiene). Dos 87 pacientes relatados acima, 66 tiveram alta hospitalar, permanecendo períodos no domicílio e foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial. Os PICCs destes 66 pacientes apresentaram média de permanência de 240 dias (8 meses). A retirada destes cateteres foi realizada por término de terapia e óbito em 33 casos (50%). Em 5 casos (7,57 %) a retirada foi por tração acidental, já em 13 casos (19,69%) por suspeita de infecção, sendo que destes, 3 casos tiveram infecção confirmada por culturais. Em 4 casos (6,06%) o catéter permanece em uso e em 11 casos (16,6%) o dispositivo foi retirado por outras causas. CONCLUSÃO: A experiência com o PICC valvulado revela-se promissora, detectada pela satisfação e adesão à manutenção ambulatorial. O estímulo e o comprometimento contínuo, desde a fase de seleção do paciente, durante procedimento de instalação do cateter até sua manutenção por tempo prolongado, constituem-se em prática inovadora no contexto da enfermagem em oncologia pediátrica. Processos de melhorias estão sendo elencados visando qualificar o cuidado, como a criação de uma carteira de acompanhamento para o PICC. Os resultados apresentados comprovam que o PICC é um cateter seguro, a manutenção ambulatorial do cateter na clientela da oncologia pediátrica é viável e o aumento da sua durabilidade é uma realidade. É um trabalho desafiador que exige disciplina, comprometimento e qualificação do profissional enfermeiro. Os dados mostram objetivamente que este trabalho é possível e seus resultados refletem a qualidade do cuidado de enfermagem. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A utilização do PICC valvulado como alternativa de acesso venoso central caracteriza um grande avanço na pratica assistencial do paciente onco-hematológico, principalmente por promover a segurança tanto para os pacientes quanto para a atividade laboral do enfermeiro. Diante desta esta nova perspectiva de trabalho, visualiza-se o profissional Enfermeiro comprometido, em busca de qualificação profissional e adquirindo maior visibilidade. Esta práxis inovadora contribui para a construção de um cuidado seguro, humanizado e com forte base científica.

14138

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para prêmio

LUCIANO MARQUES DOS SANTOS

APLICABILIDADE DE UM O MODELO TEÓRICO COM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÔNICA EM CUIDADOS INTENSIVOS

Lucianomarquesdossantos, LMS; Hosanarochavalois, HRV; Silvonesantabárbaradasilvasantos, SSBSS; Rosanacastelobrancodesantana, RCBS; Saradiaslisboa, SDL; Jaquelinedantasdasilva, JDS;

APLICABILIDADE DE UM O MODELO TEÓRICO COM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÔNICA EM CUIDADOS INTENSIVOS Luciano Marques dos Santos, Hosana Rocha Valois, Silvone Santa Bárbara da Silva Santos, Sara Dias Lisboa, Rosana Castelo Branco de Santana, Jaqueline Dantas da Silva. INTRODUÇÃO: A família ao se deparar com a situação de ter uma criança portadora de Doença Crônica e necessitada de tratamento em Unidade de Terapia Intensiva passa inicialmente, por um período de revolta, tristezas, não aceitação de diagnósticos e busca por formas alternativas de curas. Após essa fase inicial, começam períodos de mudanças no convívio social, no trabalho e dentro da própria casa, onde cada membro terá sua rotina alterada para a adaptação às necessidades da criança hospitalizada (1). Cabe aos profissionais e à instituição hospitalar assistir a família nas suas diversas necessidades e auxiliá-la nas mudanças emergidas pela situação, impondo ações terapêuticas que visem minimizar esses impactos, através de estudos da dinâmica familiar e das principais dificuldades enfrentadas (2). Estudo realizado em um hospital público da cidade de São Paulo com cinco famílias de crianças com doenças agudas hospitalizadas foi proposto o Modelo Teórico Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada. No referido estudo, a análise levou a elaboração de dois fenômenos denominados "Perdendo o controle sobre seu funcionamento" e "Buscando um novo ritmo de funcionamento" (3). OBJETIVO: Analisar se o Modelo Teórico Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada pode ser aplicado às famílias de crianças crônicas em cuidados intensivos. METODOLOGIA: Estudo do tipo exploratório, descritivo e qualitativo realizado na cidade de Petrolina-Pernambuco. O campo empírico foi a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um hospital público desta cidade, escolhido por ser uma unidade de referência para atenção à criança criticamente enferma. Este estudo seguiu os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco, sob o parecer n° 0111.0.441.099-11. Para assegurar o anonimato, os entrevistados foram identificados com as letras M para as mães e P para os pais, seguido de numerais, que representam a ordem de realização das entrevistas. A coleta dos dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2011, através de entrevistas semiestruturadas. Antes de realizar a entrevista, os participantes deste estudo foram apresentados ao Modelo Teórico "Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada" para verificar aceitação dos participantes deste estudo. Para a análise dos dados empíricos, foi utilizada a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Esta é uma técnica em que há uma combinação de abordagens que visa identificar, desenvolver e relacionar conceitos, gerando construtos teóricos relativos a um fenômeno (3). RESULTADOS: Na análise dos dados foram elaborados os seguintes fenômenos: "Sendo uma experiência difícil para a família", "Modificando o funcionamento e a rotina da família" e "Recebendo apoio no enfrentamento da doença crônica". O primeiro revela o sentimento de impotência diante da doença do filho, pela falta de recursos financeiros da família para o enfrentamento da situação. Dessa forma, as dificuldades financeiras das famílias com crianças crônicas acabam interferindo de forma significativa no processo de cuidar. No segundo pode-se observar que a mãe é quem, na maioria das vezes, permanece acompanhando seu filho durante a hospitalização. Elas demonstram um

intenso desejo de cuidar de seu filho durante o processo de internação, como uma forma de minimizar o sentimento de culpa, muitas vezes presente em face ao adoecimento da criança. E no ultimo, caracteriza-se na forma que a família, a partir do momento vivenciado e das modificações estabelecidas pela situação de cronicidade da criança, vai buscar apoios que auxiliem na garantia de um equilíbrio na estrutura familiar. O apoio da família ampliada constitui um elo importante para os familiares que estão vivenciando a doença. Os relatos dos familiares revelam que no momento do adoecimento e hospitalização ocorre um fortalecimento dos vínculos, principalmente no âmbito familiar. Alem disso a família ao vivenciar uma situação de doença, e passado o impacto inicial de desespero e descrença, busca na fé e na oração a esperança para o controle interno de emoções, resultando em maior habilidade para se sentir confortável na situação de vulnerabilidade. CONSIDERAÇÕES: O Modelo Teórico "Procurando manter o equilíbrio para cuidar de suas demandas e da criança hospitalizada", desenvolvido com famílias de crianças hospitalizadas por condições agudas, pode ser aplicado às famílias de crianças com doenças crônicas, tendo em vista que os dados empíricos oriundos deste estudo sugerem que as famílias de crianças crônicas ao vivenciarem este fenômeno no seu cotidiano, sentem-se com se estivessem "Perdendo o controle sobre seu funcionamento" e a seguir iniciam um movimento "Buscando um novo ritmo de funcionamento". Os resultados contribuíram para desvelar os impactos gerados pela hospitalização de crianças portadoras de doenças crônicas incorporando uma nova forma de atenção prestada ao familiar, com foco não apenas na hospitalização e na criança, mas de forma ampliada, incluindo a família como necessitada de atenção. IMPLICAÇOES PARA A ENFERMAGEM: A prática de enfermagem com alvo no Cuidado Centrado na Família precisa ser uma constante nas organizações de saúde, implicando a utilização de uma abordagem sistêmica, para a avaliação e intervenção na família. A família deve ser auxiliada a adquirir o controle da situação de doença da sua criança, através da busca das suas próprias demandas e desafios. Assim, a família pode se tornar mais bem adaptada e competente para cuidar da criança crônica e conseguir administrar a situação, que toda a família vivencia, com um sofrimento menos intenso. Neste sentido, é primordial a utilização de referenciais teóricos na prática clínica de enfermagem que possam sustentar as ações desenvolvidas com as famílias, objetivando a compreensão das experiências vivenciadas. DESCRITORES: Enfermagem Pediátrica. Criança hospitalizada. Família. Doença crônica. REFERÊNCIAS

1. Rigão TVC, Ribeiro KSQS, Germano CFM, Neves PM, Brito GEG. As redes de apoio social das famílias de crianças com deficiência física. Rev Enferm UFPE. 2011; 5(1): 83-90. Disponível: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1246/pdf_280 2. Hayakawa LY, Marcon SS, Higarashi IH. Alterações Familiares decorrentes da internação de um filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(2): 175-82. 3. Pinto JP, Ribeiro CA, Silva CV. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13(6): 974-81.

13963

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para prêmio

AMANDA DE FIGUEIROA SILVA CARMO

AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DE UMA UNIDADE PÚBLICA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA MISTA DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Carmo, AFSC; Alves, ESA; Santos, LMS; Gusmão-Filho, FARGF; Vidal, SAV;

Introdução: Os serviços destinados aos cuidados críticos ou intensivos surgiram pela necessidade de infra estrutura apropriada, concentração de recursos humanos especializados e recursos materiais específicos para a terapêutica de pacientes graves, em estado crítico, porém recuperáveis, que necessitavam de constante observação1, 2. Assim, as situações graves que acometem recém-nascidos e crianças são responsáveis pelo aumento da demanda hospitalar por Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A UTI é como um ambiente complexo, caracterizado pela capacidade de acolher e tratar pacientes em estado crítico, contando com assistência ininterrupta e especializada e dispondo de equipamentos de alto nível tecnológico3,4. A metodologia de trabalho de uma UTI deve ser definida a partir de sua organização. Para tanto, considerando-se a complexidade que envolve esse setor, planejá-lo exige que se conheçam as necessidades dos pacientes e as normas reguladoras que norteiam o processo de estruturação da UTI no que se refere ao espaço físico, aos recursos humanos e aos materiais5. Desta forma, emerge a preocupação com a qualidade deste serviço e se propõe a avaliação como metodologia sistemática com vistas à elevação dos padrões de qualidade. Entende-se, pois, que a avaliação se constitui em uma poderosas ferramentas de gestão, posto que permite revelar os avanços alcançados e/ou limites ainda existentes na atenção às condições críticas de saúde apontando para necessidade de adequações dos serviços. Objetivo: avaliar a adequação de uma unidade pública de cuidados intensivos pediátrica mista de referência do Estado de Pernambuco. Metodologia: foi extraído a partir de uma dissertação de mestrado defendida em 2012. Tratou-se de uma avaliação normativa, realizada em uma UTI pediátrica mista com oito leitos, entre os meses de janeiro a junho de 2011, em um hospital público de referência em saúde materno infantil. A coleta de dados ocorreu em duas fases e empregou como recursos metodológicos a análise documental, a entrevista e a verificação in loco da estrutura e dos insumos da unidade. Na primeira fase, foram elaborados um modelo lógico de funcionamento do serviço e uma matriz de julgamento, cujos critérios de avaliação, os valores ou escores, os padrões de qualidade, as descrições dos valores e os parâmetros de julgamento para classificação das unidades tiveram por base a normativa vigente. O modelo lógico de funcionamento do serviço e a matriz de julgamento, que se constituiu no instrumento de avaliação utilizado pelo estudo, foram submetidos a uma técnica de consenso para validação com seis avaliadores expertes sendo dois da área da avaliação e quatro da área de terapia intensiva pediátrica e neonatal, selecionados em função de sua atuação em UTI não inferior a seis anos, sua inserção nas áreas de gestão e avaliação, bem como sua produção científica na referida área. Na segunda fase, aplicou-se a matriz de julgamento, obtendo-se a ponderação e a classificação das UTI. Os dados para avaliação foram coletados a partir dos documentos e registros institucionais, das entrevistas com 19 informantes chave e da verificação in loco da estrutura e dos insumos da unidade. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética sob parecer no 0001/201110. A matriz de julgamento elaborada contemplou as dimensões estrutura e processo, tendo sido atribuídas às pontuações 40 e 60 às duas dimensões respectivamente. Para julgamento e classificação da adequação, segundo pontuação atribuída, foram considerados quatro estratos: 100 a 76 % - serviço adequado; 75 a 51% - serviço parcialmente adequado; 50 a 26% - serviço inadequado; menor ou igual a 25% - serviço desfavorável. Resultados: em relação à dimensão estrutura, a UTI pediátrica mista obteve 18 pontos (45%) e na dimensão processo 20 (33,3%). A UTI foi classificada como inadequada, uma vez que

obteve 38% de adequação, tendo sido encontrados diversos desencontros entre as normativas vigentes e sua estrutura e funcionamento. A UTI apresentou melhor adequação proporcional na dimensão estrutura do que na dimensão processo uma vez que obteve 45% e 33,3% de adequação para as duas dimensões respectivamente. Tal evidência pode conduzir ao comprometimento da qualidade, já que o processo está mais próximo dos resultados do que a estrutura e, quanto maior for essa aproximação entre causa e efeito, maior pode ser o impacto. Dentre os critérios avaliados, chamou-se atenção para as equipes multiprofissionais, identificadas como insuficientes tanto do ponto de vista quantitativo, quanto da composição. Paralelamente a essa situação, a equipe de apoio incompleta e não exclusiva da unidade, evidenciada neste estudo, pode precipitar a transferência de suas atribuições a outros profissionais, inclusive àqueles que se destinam aos cuidados aos pacientes. No que se refere à qualificação dos profissionais de saúde de nível superior, identificou-se que apenas dois profissionais possuíam título de especialista em terapia intensiva. Quanto à estrutura física, evidenciaram-se diversas não conformidades incluindo-se a não garantia alguns recursos terapêuticos e diagnósticos por meios próprios ou terceirizados bem como o não estabelecimento de fluxos definidos para sua realização ou para o transporte dos pacientes, o que pode comprometer a garantia do princípio da integralidade proposto pelo sistema único de saúde (SUS). Outra questão relativa à estrutura refere-se à pouca e insuficiente padronização das condutas e práticas clínicas evidenciada pela falta de protocolos na unidade. Este estudo apresentou uma possibilidade de caminho para a avaliação de unidades de terapia intensiva e enfatizou a importância da incorporação de práticas avaliativas no cotidiano das instituições de saúde. Seus achados ratificaram a ponderação da dimensão processo, acrescida em relação à dimensão estrutura. Concluiu-se que a adequação de um serviço está mais fortemente ligada aos recursos humanos do que aos materiais. A UTI recebeu pontuação máxima no critério "materiais" e também pontuou no critério "equipamentos". Contudo, a disponibilidade de materiais e equipamentos não garantiu a adequação dos serviços, o que sugere que os maiores investimentos devam ser direcionados aos recursos humanos. Conclusões: foram identificados aspectos limitantes no serviço avaliado que permitiram a classificação do funcionamento como inadequada, o que evidencia uma situação local. Contudo, fez emergir a preocupação com a realidade de outros serviços que ainda não foram avaliados. Contribuições para a enfermagem: O consenso dos experts, a aplicação e a análise ponderada dos resultados obtidos a partir do instrumento sugerem que ele pode ser aplicado em outras unidades de terapia intensiva em todo o cenário nacional. REFERENCIAS 1 VILA, VSC; ROSSI, LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". Rev. latino am de enfermagem, 2002, vol. 10 n.2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php. Acesso: 20 de mar. de 2010. 2 ZANINE, J; NASCIMENTO, ERP; BARRA, DCC. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. São Paulo: Rev. Bras.Ter.Intensiva Vol. 18, nº2, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php. Acesso: 27 de jan. 2010. 3 ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf. Acesso: 10 de jul. 2010. 4 KNOBEL, E. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 5 CINTRA, EA; NISHIDE, VM; NUNES, WA. Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 671p. Descritores: Cuidados críticos; UTI pediátrica; Avaliação; Qualidade da assistência à saúde.

PRÊMIO SOBEP

14151

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

LUÍS CARLOS LOPES JÚNIOR

UTILIZAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA HUMANÍSTICA NO MANEJO DE CASO CLÍNICO COMPLEXO: UM OLHAR DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Lopes-Júnior, LCLJ; Lieka-Assega, MLA; Lima, RAG;

Introdução: A Síndrome de Werdnig Hoffmann (SWH) é uma doença neurodegenerativa de etiologia genética, a qual congrega junto a um grupo de patologias conhecido como Atrofias Musculares Espinhais (AME). É considerada a principal desordem autossômica recessiva fatal, sendo sua ocorrência de aproximadamente um para cada dez mil nativivos. Essa síndrome caracteriza-se principalmente pela atrofia muscular secundária à degeneração de neurônios motores localizados no corno anterior da medula espinhal. Clinicamente, as AME compreendem quatro patologias classificadas de acordo com a idade de aparecimento dos sintomas e o grau do comprometimento motor. O tipo 1, denominado AME Infantil ou SWH, enfermidade do paciente deste estudo, apresenta-se como forma mais grave da doença, manifesta-se precocemente entre o período pré-natal e os seis meses de vida ou imediatamente após o nascimento e caracteriza-se por grave comprometimento motor e respiratório. No tipo 1, as crianças não chegam a rolar ou sentar sem apoio, e geralmente, não sobrevive após três anos. As manifestações clínicas se caracterizam por hipotonia, arreflexia, atrofia muscular do tronco e das extremidades, tremores finos dos dedos e frequentemente fasciculações da língua levando a dificuldade de deglutição e sucção. As crianças afetadas apresentam uma perda significativa da mobilidade muscular, inclusive as habilidades motoras previamente adquiridas. Diante do exposto, considera-se necessário um planejamento do cuidado de forma sistematizada e integral para potencializar a capacidade de resposta do serviço de saúde às necessidades individuais e das famílias portadoras de doenças crônico-degenerativas e sindrômicas. O plano de cuidado deve ser concebido a partir de um trabalho multidisciplinar, em equipe, na qual cada profissional de saúde desenvolve ações complementares, de forma a favorecer os desfechos em saúde. Como proposta, vem sendo discutido na literatura nacional, a partir da publicação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003¸ estratégias terapêuticas que são postas a funcionar nas práticas de produção de saúde para promover mudanças no modelo de atenção/gestão de casos clínicos complexos. Dentre os dispositivos da PNH destaca-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) compreendido como modelo de práticas de saúde singularizante. O PTS resulta da discussão de ações do cuidado de uma equipe multidisciplinar, direcionadas para um sujeito individual ou coletivo e tem como base, reuniões em que os profissionais de saúde trocam percepções e constroem uma compreensão integral do sujeito doente, a qual é subsidiada pelo desenho de intervenções sobre o caso. Devido à natureza degenerativa das afecções neuromusculares, somado ao fato de que até o presente momento não existe a cura da doença, a não ser o tratamento paliativo e preventivo, considera-se que o grande embate atual não é somente manter a sobrevivência dos indivíduos portadores da síndrome, mas também, oferecer intervenções multiprofissionais no intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar o sofrimento e as complicações clínicas. Destarte, atua como componente fundamental para o cuidado em saúde, a equipe multiprofissional, que detém um conhecimento ímpar e cujo agir está pautado no princípio da integralidade. Objetivo: Esta pesquisa teve por objetivo relatar a experiência de uma equipe multiprofissional em saúde na elaboração de um plano de cuidados para um paciente portador da síndrome, alicerçado no referencial teórico do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Metodologia: Este é um estudo descritivo realizado em um hospital brasileiro, no período de agosto/2012 a janeiro/2013. Os sujeitos participantes foram: o paciente, sua cuidadora responsável, e a equipe multiprofissional. Foram realizadas oficinas de trabalho com discussões pautadas

no referencial do PTS, sendo levantadas necessidades de saúde do paciente e da cuidadora e foi elaborado um plano de intervenção baseando-se nas vulnerabilidades individuais, sociais e político-programáticas do caso.Este é um relato de experiência de cunho reflexivo. Esse estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA, tendo sido aprovado sob o parecer nº 640/12. Os sujeitos envolvidos nesse estudo foram: o paciente portador da Síndrome de Werdnig Hoffmann, sua cuidadora responsável, e a equipe de profissionais da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil, a saber: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, enfermeira e nutricionista. Para proteger a identidade dos participantes optou-se pelo uso de siglas (PC - paciente; R - responsável pelo paciente; EqM - equipe multiprofissional da Residência).O estudo foi realizado no Hospital Materno-Infantil do Complexo Hospital das Clínicas II da FAMEMA, localizado em um município paulista. A coleta de dados foi realizada através da análise do prontuário do paciente, a fim de se obter informações relevantes como a história clínica e evolução da doença durante o período da internação, a partir do olhar clínico de cada profissional. Em seguida, a responsável pelo paciente foi submetida a uma entrevista semi-estruturada como complementação dos dados, para obter informações mais preciosas sobre aspectos relacionados à gestação, parto, desenvolvimento neuropsicomotor da criança, diagnostico da doença, a evolução do quadro clínico, as alterações mais evidentes, perspectivas e o posicionamento da mãe frente à enfermidade. Foram realizadas oficinas de trabalho de duas horas semanais, com duração de um mês, totalizando quatro encontros. Tais encontros aconteciam sob a coordenação da orientadora do estudo, observação da pesquisadora e com a participação dos cinco membros da residência multiprofissional os quais discutiram conjuntamente o caso e o manejo clínico do mesmo, numa perspectiva onde o nexo conhecimentos/habilidades/atitudes aliado a prática do cuidado integral foi resgatado. Para tanto, foi utilizado durante as oficinas de trabalho um roteiro sistematizado do Projeto Terapêutico Singular para Indivíduos (PTSI), o qual direcionou as discussões da equipe multiprofissional tendo por base os momentos processuais para a condução do projeto. Inicialmente foram feitos relatórios empíricos mediante observação da pesquisadora durante as oficinas de trabalho. Os registros produzidos nas oficinas foram utilizados para construção do plano de cuidados. Resultados: Observou-se a construção de uma nova forma de trabalhar em equipe, a qual demonstrou a transversalidade entre os sujeitos, com respeito e valorização em relação ao saber e o fazer das diversas profissões, bem como a co-responsabilização para com a atenção prestada ao caso clínico. Quanto às necessidades de saúde identificadas, a equipe elencou os cuidados demandados pelo paciente como aqueles responsáveis pela manutenção da vida, tais como permeabilidade da via aérea, nutrição, administração de medicamentos, higiene corporal, estimulação orofacial e tátil, posicionamento de membros, prevenção de infecções, além da educação em saúde. Ressalta-se que a literatura científica é ainda muito limitada e carece de publicação no que diz respeito à descrição de Projetos Terapêuticos Singulares manejados à luz de uma equipe multiprofissional em saúde no contexto das AME. Conclusão e implicações para a enfermagem: O PTS como ferramenta humanística, mostrou-se potente e foi útil para exemplificar a implementação de um dispositivo de gestão o qual pode ser liderado por enfermeiros a fim de instrumentalizar ações complexas do cuidado. Descritores: Atrofias musculares espinais da infância, qualidade de vida, equipe de assistência ao paciente. Referências Collado-Ortiz MA, Shkurovich-Bialik P, Gonzalez-De L, Arch-Tirado E. Atrofia espinal tipo I (síndrome de Wednig-Hoffmann): reporte de um caso. Cir Cir. 2007; 75(2):119-22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Lima MB, Orrico KF, Moraes APF, Ribeiro CSNS. Atuação da fisioterapia na doença de Werdnig-Hoffmann: relato de caso. Rev Neurociênc. 2010; 18(1):50-5.

14309

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

TATIANA SILVA TAVARES

REPERCUSSÕES DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NAS NECESSIDADES DE CRIANÇAS: IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO DA ENFERMAGEM

Tavares, TS; Sena, RR; Duarte, ED;

Estudo destinado a analisar as implicações para o trabalho do enfermeiro das repercussões das condições crônicas nas necessidades de saúde das crianças. Foi desenvolvida pesquisa de abordagem qualitativa, em que os dados foram coletados por meio de entrevista com 14 mães de crianças com condições crônicas, em seus domicílios, e analisados utilizando análise de conteúdo temática. Identificou-se que as repercussões da condição crônica nas necessidades de saúde da criança determinaram o recebimento de cuidados diferenciados, complexos e contínuos no domicílio, na comunidade e na rede de serviços de saúde, sendo a realização desses cuidados assumida pelas mães. A atuação dos enfermeiros mencionada pelas mães apresenta, sobretudo na Atenção Primária à Saúde, pouca especificidade para identificar e atender as necessidades especiais dessas crianças e as de suas famílias. Portanto, o trabalho do enfermeiro no cuidado dessas crianças tem potencialidades a serem mais bem exploradas.

13976

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para prêmio

FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE SOUSA

DEMANDAS DE ATENÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE TERAIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: UMA INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

Sousa, FGM; Braga, LC;

Nas UTI's Pediátricas o enfermeiro exerce o cuidado à criança, administra, organiza, controla e favorece práticas de cuidar. É um ambiente circundado de situações variadas e complexas que demandam atenção do enfermeiro. Questiona-se: que demandas de atenção emergem do processo de cuidado do enfermeiro em UTI Pediátrica? O objetivo foi compreender as demandas de atenção do enfermeiro em UTI Pediátrica. Estudo exploratório qualitativo apoiado na Análise Temática desenvolvido na UTIP do Hospital Universitário da UFMA. Os dados foram coletados por meio de entrevista não estruturada com 11 enfermeiros que desenvolviam atividades por no mínimo seis meses no local. Do processo analítico foram extraídos 642 núcleos de sentido e a construção de quatro temas: Demandas Técnico-Instrumentais caracterizou o trabalho do enfermeiro predominantemente tecnicista voltado para a realização de tarefas, procedimentos e atribuições; Demandas para Gestão do Trabalho revelou como os enfermeiros organizam seu trabalho na UTIP, ressaltando os fatores limitadores como a realização de atividades não específicas da enfermagem, trabalho em equipe e o serviço burocrático inerente à função administrativa do enfermeiro; Demandas para Gestão do Cuidado demonstrou a enfermagem integrando um ambiente de relações num processo dinâmico de organização do cuidado lidando com as singularidades e com a dimensão humana que envolve o cuidado à criança; Demandas Estruturantes do Processo de Cuidado direcionadas às peculiaridades do cuidado à criança, inserida em um contexto que abrange a assistência à família e as práticas que objetivam a continuidade do cuidado almejando a alta e a cura da criança. O cuidado à criança doente demanda atitude mais aberta e flexível do profissional, pois requer conhecimento científico atualizado, habilidades e competências técnicas, capacidade de gerenciar as relações interpessoais com a equipe e a família, do cuidado afetuoso, eficiente e eficaz, e estar junto com as pessoas em um processo interativo de ajuda.

14587

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para prêmio

ANGÉLICA CORTE PARREIRA

RISCO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ENTRE RECÉM-NASCIDOS GRAVES ASSISTIDOS EM UMA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Parreira, ACP; Cabral, IEC; Silva, LFS;

Há lacuna de conhecimento sobre o estresse pós-traumático (EPT) nos egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) pelas intervenções para evitar o óbito neonatal. Objetivos:identificar condições de parto e nascimento determinantes da necessidade de UTIN;associar procedimentos estressantes com potencialidades geradoras de EPT;analisar o risco de EPT entre os egressos da UTIN. Metodologia:quantitativa, retrospectiva dos prontuários de recém nascidos (RN) de uma maternidade de baixo risco do Rio de Janeiro(aprovado no comitê de ética-202/09). Inclusão:RN internados por 7 dias ou mais na UTIN no período de 2001-2007. Exclusão:evoluíram ao óbito. Coletaram-se dados do parto, nascimento e cuidados intensivos. Dos 890 sobreviventes, 314 se incluíam no estudo, e 253 compuseram a amostra. Resultados:parto normal, prematuros e baixo peso, com intercorrências e baixa adaptação no 1º minuto de vida, com reanimação cardiorrespiratória. Associação desses fatores determinam o volume e tempo de exposição a procedimentos invasivos do tipo diagnóstico e intervenção para manutenção da vida do RN. Os principais responsáveis pela alta exposição à procedimentos dolorosos são as punções periféricas, arteriais e calcâneas e aspirações de vias aéreas superiores e inferiores, por estimular os receptores da dor que, pela imaturidade, excitam mais as fibras dolorosas na medida que o estímulo persiste. A resposta ao estresse gera desordens psiquiátricas, alterações neurocomportamentais e sequelas de desenvolvimento. O EPT é gerado pela exposição ao ambiente e múltiplos procedimentos estressantes.Conclusão:RN prematuros, de baixo peso e baixas condições de adaptação apresentam necessidades especiais de saúde que culminam no excesso de intervenções geradoras de estímulos dolorosos que pode ser o responsável pela síndrome do EPT, contribuindo para o atraso de crescimento e desenvolvimento, somado a distúrbios comportamentais, caracterizando esses egressos como crianças com necessidades especiais de saúde. (1) GRAHAM ET AL. THE EFFECTS OF NEONATAL STRESS ON BRAIN DEVELOPMENT: IMPLICATIONS FOR PSYCHOPATHOLOGY. DEVELOPMENT AND PSYCHOPATHOLOGY, 11 (1999), 545-565

14085

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para prêmio

MARIA ELISA MOREIRA BADOLATI

PROPOSTA DE UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM (ALEITAMENTO MATERNO x DOR DO RECÉM-NATO)

Badolati, MEM;

Este estudo se inseriu no Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança - (NuPEEMC), do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, e é fruto da minha vivência profissional. A partir de 1993, ao atuar como Enfermeira no serviço Público Municipal, vivenciando intensamente os Programas que fazem parte do Pacto pela Saúde (2006), proposta do governo federal, em que visa ações de vigilância em saúde, ao ser apresentado ações que não foram atingidas, ano a ano, os objetivos foram traçados a partir deste diagnóstico, e mostrando as metas a serem alcançadas. O Pacto pela Saúde é um compromisso entre os gestores das três esferas governamentais, que se preocupa em atender, prioritariamente, situações que causem impacto sobre a saúde da população brasileira, sendo que, desde 1998, o município de Miguel Pereira faz parte deste Pacto, objetivando alcançar as metas por ele traçadas. Porém, em 2005, após a consulta ao Programa de Imunização Municipal (PNI) e ao SINASC (DATASUS), pela câmara técnica regionalizada do Ministério da Saúde, foi diagnosticada a evasão de recém-natos (RNs) da vacinação BCG-ID. Sendo assim, através do Sistema de Informação em Saúde (DATASUS, 2010), nos anos de 2002 a 2005, foram notificados 5.609 casos de Tuberculose em menores de cinco anos no Brasil, quantitativo este, assustador. Entre os números computados no Brasil, o estado do Rio de Janeiro apresentou 823 casos de evasão BCG-ID, entre os quais 105 casos pertencentes ao município de Miguel Pereira/RJ. Desse modo, ao inscrever-se no Programa de Mestrado de Enfermagem da UNIRIO, meu objeto de preocupação centrou-se em três questões fundamentais, a importância da imunização BCG-ID, no período neonatal, a constatação da evasão a esse cuidado tão essencial, mormente quando nos deparamos com os índices da tuberculose no Brasil e no mundo, e com a observação da reação dos recém-natos, chorando, dentro de um hospital geral, quando submetidos à vacinação. Sendo assim, este estudo teve como objetivos, identificar as reações fisiológicas e comportamentais apresentadas pelo RN submetido à vacina BCG-ID concomitante ao Aleitamento Materno, mormente o sinal de choro, em um hospital geral municipal de Miguel Pereira/RJ e verificar a aplicabilidade pratica do resultado de pesquisa de Cardim (2006), no manejo da dor do RN durante a aplicação da BCG-ID, concomitante ao Aleitamento Materno. Sendo assim, esta pesquisa, tem a proposta de rever aspectos que podem direcionar o cuidar na aplicação da vacina BCG-ID de um modo prazeroso. Cabe salientar que toda situação que envolve dor, é merecedor de cuidado, mesmo se tratando de um procedimento inevitável e com vistas à saúde da criança. A dor é um fenômeno universal, vivenciado nas diversas faixas etárias, níveis socioeconômicos e em todas as situações e ambientes, sendo citada por inúmeros estudiosos e pesquisadores, porém, as manifestações de dor nos RN merecem uma atenção especial, pois eles, não a expressam verbalmente, e suas reações são diferentes de outras faixas etárias. Quanto ao estudo, trata-se de um estudo quase experimental com abordagem quantitativa, porém, num estudo quase experimental, um controle experimental completo não é possível, onde os quase experimentos são desenhos de pesquisa em que o pesquisador inicia um tratamento experimental, mas alguma característica de um experimento verdadeiro esta faltando. Já a opção quantitativa se vê contemplada pelo fato de termos como proposta, observar a variação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais do recém-nato submetido à vacinação da BCG-ID, ao ser amamentado concomitantemente, utilizando a escala de NIPS. A Escala de Dor

Neonatal (NIPS) é composta por seis indicadores de dor; cinco comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a respiração, o movimentos dos braços e das pernas e o estado de alerta, a escala tem a possibilidade de totalizar um somatório que varia de zero a sete pontos, considera-se presença de dor, quando o somatório for igual ou maior que quatro pontos, a escala tem se mostrado útil para a avaliação de dor em neonatos a termo e prematuros, conseguindo diferenciar os estímulos dolorosos dos não dolorosos. Outro ponto abordado, é o Aleitamento materno, a mais sabia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Cabe salientar, o particular interesse pela amamentação no manejo da dor, por constituir em uma intervenção natural, sem custos adicionais, podendo ser facilmente aplicada em diversas situações de dor aguda pelo fato das mães terem livre acesso e participação na assistência ao filho na unidade neonatal e poderem estar presentes também nos atendimentos ambulatoriais, além das vantagens nutritivas, imunológicas, sociais e psicológicas. A coleta de dados foi realizada no único Hospital do Município de Miguel Pereira, estado do Rio de Janeiro, com a participação da equipe técnica da Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE), no período de outubro de 2010 a março de 2011. A população alvo foram 106 RNs, vacinados com a BCG-ID concomitantemente ao Aleitamento Materno, sendo observados, a partir da Escala de Dor Neonatal (NIPS), adequada a pesquisa, pois se baseia nas alterações comportamentais do recém-nato a partir de uma exposição dolorosa, conforme citada acima. Os dados obtidos através da Escala de NIPS foram tratados de acordo com o programa Epi Info, que é um conjunto de programas de domínio público, produzido pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention) em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Os resultados da Escala de NIPS apontaram que 99,1% dos RNs, não sentiram dor durante o procedimento, sendo que os indicadores relativos à respiração (relaxada), estado de alerta (dormindo ou acordado ou calmo), braços (relaxados) e expressão facial (relaxada), incidiram com maior frequência (99,1%, 98,1%, 91,51% e 90,6%), respectivamente. Conclui-se que, de acordo com os objetivos propostos, os resultados do estudo que serviu de base para o desenvolvimento desta pesquisa, demonstraram a sua aplicabilidade pratica, uma vez que, nos dias atuais o choro do RN na UBS, instalada dentro do hospital que serviu de campo para a sua realização não é mais observado, no entanto, vale ressaltar a integração das mães ao momento da vacinação BCG-ID dos seus filhos, anteriormente os RNs eram encaminhados por outros familiares à sala de vacinação, devido ao fato de não quererem presenciar o sofrimento do seu filho; a estratégia para evitar evasão do RN da vacinação da BCG-ID, a partir da incorporação de uma UBS dentro de maternidades, aliada aos resultados dessa pesquisa, demonstraram sua efetividade e os resultados deste estudo serão encaminhados a Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica (SOBEP), aos órgãos representativos da classe (COREN/RJ e COFEN), e aos órgãos de saúde (Ministério, Estado e Município), para que seus resultados sejam considerados com vistas a sua implementação na pratica cotidiana do cuidar da enfermagem neonatal. Descritores: Cuidados de Enfermagem, Aleitamento Materno, BCG-ID.

14112

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para prêmio

MARIA ELISA MOREIRA BADOLATI

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UNIDADE DE ATENÇÃO TERCIÁRIA ? A ADMINISTRAÇÃO DO BCG?ID (UMA EXPERIÊNCIA BEM SUCEDIDA).

Badolati, MEM; Nascimento, MAL; Xavier, SO; Paiva, MB;

Segundo o Ministério da Saúde, no Guia de Vigilância Epidemiológica (2010)[1], cerca 50 milhões de pessoas no Brasil, estão infectadas pelo M. tuberculosis, com aproximadamente 80 mil casos novos por ano, sendo que, desse total, 4 a 5 mil chegam ao óbito anualmente. Os altos índices da tuberculose no Brasil e no mundo refletem a importância da aplicação da vacina BCG-ID para prevenção das formas graves dessa doença. No Brasil, de acordo com o Sistema de Informação em Saúde (DATASUS, 2010)[2], nos anos de 2004 a 2007, foram notificados 5.609 casos de tuberculose em menores de cinco anos, e dentre estes, o estado do Rio de Janeiro teve um forte impacto com 823 casos desta doença, ocorridas no mesmo período, com as crianças da faixa etária supracitada. Outro fator a ser considerado de extrema importância, entre outros, para o controle da tuberculose, diz respeito à sua associação com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), pois, a partir de 1981, época em que foi descoberto, o vírus da AIDS tem sido encontrado em pacientes infectados pela tuberculose, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. O Ministério da Saúde prevê que a associação entre os agentes etiológicos da AIDS e da tuberculose constitui, nos dias atuais, um sério problema de saúde pública no Brasil e no Mundo. Diante do acima exposto, evidencia-se a relevância da vacinação contra a tuberculose, através da BCG-ID. Apesar desses dados alarmantes, em Miguel Pereira, município do estado do Rio de Janeiro, foi identificado, a ocorrência da evasão de recém-nascidos para esta ação da atenção primária, a partir do cruzamento de dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) e o Programa de Imunização Municipal (PIM). Cabe salientar, que a prevenção de toda e qualquer patologia, assim como o cuidado à saúde, é um direito da criança, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)[3], que em seu Art. 4º das Disposições Preliminares, diz o seguinte: "É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária." Ainda de acordo com o ECA, em seu Art. 7º, do Capítulo I, que versa sobre o Direito à Vida e à Saúde: "A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência." No entanto, em que pese, por um lado, todos os esforços da ciência, na descoberta de métodos e técnicas que visem à diminuição ou a erradicação de doenças, e por outro, o respaldo legal instituído por nações no combate à tuberculose e a outras patologias de fácil controle, ainda assim, veremos os índices acima mencionados aumentarem, caso ocorra à evasão da imunização, ato que independe da criança que a ela tem direito. Para enfermagem, a dor do RN durante a realização de procedimentos técnicos também tem sido objeto de preocupação e pesquisa. Entre eles, podemos citar o estudo de Araújo (2008)4, que concluiu que 62% dos RN que eram submetidos à aspiração traqueal, sentiam dor, de moderada a intensa. Sendo assim, um ponto de grande relevância tem em vista que a mãe de um RN pode não levá-lo a ser vacinado, em virtude do fato de não querer vê-lo sentir dor, observa-se que esse tema tem sido explorado em diversos estudos, e registram dificuldades em virtude da mãe não vivenciar este momento, no qual o profissional de enfermagem não pode orientá-la quanto às reações pós-vacina, e a sequência das mesmas em seu tempo hábil, conforme protocolo do Programa Nacional de Imunização. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa que tem

por objetivos; a) Apresentar o percentual de evasão de recém-natos (RN) da vacinação BCG-ID em um município da cidade do RJ, b) Descrever a providência que foi implementada pela enfermeira coordenadora da saúde coletiva do referido município para evitar essa evasão, e c) Apresentar o percentual de cobertura da BCG-ID, após a implementação da referida providência. Os dados foram coletados do Programa de Imunização Municipal, e, tanto a evasão, quanto a cobertura relativa à BCG-ID, constatadas em comparação com o número de nascidos vivos, registrados no único hospital da localidade, que atende a população em referência. A ação implementada pela enfermeira coordenadora foi o prolongamento da permanência da mulher no hospital, ação essa executada de acordo com o gestor municipal, diretoria do hospital, e através de informações ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), a fim de que aumentasse o índice de cobertura vacinal. Os resultados demonstram que, de um total de 1357 nascidos vivos, no período de 2004 a 2007, 30,78% não receberam a vacina BCG-ID, e que, a partir da implementação da prorrogação da internação materna, como garantia de vacinação do RN no âmbito hospitalar, o percentual de cobertura foi superior ao número de nascidos vivos, que se deu pela constatação das parturientes dos municípios adjacentes optarem por ter seus filhos na unidade em estudo, em virtude das medidas profiláticas contra a tuberculose que estavam sendo implementadas. Ao término deste estudo, considerando, por um lado, a internação do RN no hospital (atenção secundária), e por outro, a sua imunização (atenção primária), nesse mesmo ambiente, foi possível observar a importância da convergência dos dois focos de atuação da equipe de enfermagem, demonstrando que, segundo Nascimento et al (2008)5, essa divisão de campos é meramente conceitual, pois o alvo do cuidado da enfermagem é o ser humano, onde quer que ela esteja. Ao se implantar uma nova estratégia no atendimento hospitalar, observando que esse é o único hospital da cidade, tivemos como dever, a sensibilização de todas as pessoas envolvidas no processo. Em virtude do exposto, conclui-se que a ação implementada apresentou um resultado satisfatório, devendo ser replicada em municípios onde se observe a situação apresentada, e que o cuidado de enfermagem deve ser abrangente e irrestrito, devendo ser dispensado, independentemente do nível de atenção de saúde em que esteja alocado. Descritores: Cuidados de Enfermagem; Saúde da criança; Imunização.

14447

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para prêmio

ROSA PACHECO DE OLIVEIRA

ALEITAMENTO MATERNO: A IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES DO ENFERMEIRO

Oliveira, RP; Almeida, KS; Muller, R; Lemos, LM;

Sabendo da importância do aleitamento materno exclusivo e seus inúmeros benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê, este hábito voltou a ser abordado na sociedade devido ao forte vínculo afetivo proporcionado pela amamentação. Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a importância das orientações dadas à gestante quanto ao aleitamento materno. Trata-se de uma revisão integrativa de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A produção científica foi coletada no site da Bireme, selecionados artigos no período de 2002 a 2012, sobre as orientações do aleitamento materno no pré-natal. Entre suas vantagens, para o recém-nascido pode-se destacar a imunização, como também a redução dos riscos de cólicas e enjoos, melhor digestão, prevenção de infecções, obesidade, colesterol alto e diabetes, já para a mãe podemos citar a involução uterina, prevenção de hemorragias, redução do risco de câncer de mama e ovários, como também, talvez o mais importante, o fortalecimento do vinculo afetivo, que proporciona uma troca de sentimentos como proteção, segurança e autoconfiança. Além dos benefícios, também foram abordados os hormônios responsáveis pela produção do leite, prolactina e ocitocina, quanto mais a mulher amamentar, mais leite ela produzirá, e a maneira adequada de amamentar. Conclui-se, que o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis primeiros meses de vida é de extrema importância, pois traz muitos benefícios para o binômio mãe-bebê. O enfermeiro, no pré-natal, deve estar preparado para orientar sobre questões do aleitamento materno, devem ser multiplicadores desta ideia, dominando os conceitos e utilizando-se de técnicas específicas conforme a necessidade de cada mãe.

14141

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para prêmio

LUCIANA DE LIONE MELO

(DES)CUIDANDO DA CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA: PERCEPÇÃO DE MÃES SOBRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Gaelzer, JB; Melo, LL;

Na infância, a doença crônica apresenta diversas implicações, inclusive para o crescimento e desenvolvimento. A sintomatologia pode acarretar limitações físicas e as hospitalizações, com consequente afastamento do convívio familiar e escolar, pode impor limitações psíquicas e sociais. Uma vez diagnosticada a doença e iniciado o tratamento, seja curativo ou paliativo, a criança começará um novo processo, que envolve também o núcleo familiar do qual faz parte. A presença do familiar acompanhante, durante a hospitalização, ajuda a criança a vivenciar esta experiência. A mãe, acompanhante mais comum em nosso cotidiano, acaba servindo-lhe de voz, defendendo-lhe e facilitando suas interações. Contudo, o que ocorre, na maioria das vezes, é a mãe ser considerada apenas provedora de informações, não sendo compreendida como participante ativa do processo terapêutico. Ela se envolve no cuidado do filho, muitas vezes, por imposição da equipe de enfermagem. A equipe vê esse cuidado como um dever da família e não como um direito. Ao mesmo tempo em que a enfermagem exige o envolvimento familiar para alguns cuidados, ela exclui a família das tomadas de decisões no que se refere à criança. O discurso do familiar não é valorizado e, com isso, sua participação não contribui para a construção de um cuidado compartilhado. Assim, faz-se necessário analisar o entendimento que o familiar possui acerca dos profissionais de enfermagem. O objetivo deste estudo é compreender a percepção de mães de crianças com doenças crônicas hospitalizadas sobre a equipe de enfermagem. Trata-se de um estudo qualitativo que se fundamenta na Fenomenologia enquanto escola filosófica - análise da estrutura do fenômeno situado, realizado no Serviço de Enfermagem Pediátrica de um hospital de ensino, público, localizado no interior do Estado de São Paulo. As participantes foram 10 mães de crianças com doenças crônicas, que se encontravam hospitalizadas. O projeto foi aprovado pelo Serviço de Enfermagem Pediátrica do referido hospital e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, sob o protocolo 2012/5835. As mães foram convidadas a participar e concordaram por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. As mães foram entrevistadas por meio da seguinte questão norteadora: "Conte-me como você percebe a equipe de enfermagem que cuida do seu filho". Os discursos foram gravados em gravador digital, transcritos e analisados qualitativamente conforme as orientações emanadas de literaturas específicas sobre pesquisa fenomenológica. Desvelou-se duas percepções das mães - a equipe de enfermagem cuida da criança e a equipe de enfermagem descuida da criança. O discurso ambíguo e, por vezes, generalizado, evidenciou a dificuldade das mães acompanhantes em descrever a assistência de enfermagem oferecida aos seus filhos, pois as entrevistadas apontaram diversas dificuldades, para em seguida reforçar que se trata de uma assistência de ótima qualidade. O despreparo dos profissionais foi percebido pelas mães acompanhantes, na medida em que estas não se sentiam compreendidas. Apesar do barulho ter sido a queixa de apenas uma mãe, percebeu-se ser um fator que incomoda muitas delas. Outro comportamento que atrapalhou o enfretamento da hospitalização foi o abandono sentido por elas. O direito de permanecer no hospital acompanhando seus filhos passou a ser compreendido pela equipe de enfermagem como um dever, uma obrigação. Percebeu-se que essa compreensão aumentou a ansiedade das mães e diminuiu a confiança no serviço que lhes é prestado. Elas não se sentiram seguras em saírem e deixarem seus filhos aos cuidados da equipe de enfermagem. Houve a percepção de algumas mães de que a organização do serviço interfere negativamente no trabalho da

equipe de enfermagem, principalmente no que diz respeito à quantidade de profissionais nos postos de enfermagem. A sobrecarga no trabalho estressa os profissionais, prejudicando a boa convivência entre estes e as mães, assim como limita o tempo dedicado a cada criança, forçando elas a assumirem cuidados de competência da equipe de enfermagem. Contudo, algumas mães apontaram a equipe de enfermagem como cuidadosa e comprometida com o bem estar da criança hospitalizada. As mães sentiram-se amparadas pela equipe quando esta se mostrou interessada em suprir as necessidades do binômio, por meio de constantes visitas ao quarto. Fornecer informações a respeito do cuidado realizado ajudou a construir, com as acompanhantes, uma relação de respeito, além de demonstrar a atenção que a equipe tem também com as mães. Uma relação de confiança pode ser capaz de amenizar o sofrimento gerado pela hospitalização, auxiliando as mães no enfrentamento da situação. O respeito da equipe às decisões das mães é atitude que estas apreciaram, fazendo com que se sentissem estimadas pela equipe. Ser reconhecida e receber o cumprimento de um profissional foram gestos que as valorizaram em sua individualidade, o que também poderá refletir em um sentimento de respeito para com o profissional. A importância da equipe de enfermagem também está em sua capacidade de realizar ações educativas com as acompanhantes. Ensinar às mães alguns cuidados fez com que elas se percebessem envolvidas ativamente no processo terapêutico do filho, o que gerou sentimento de gratidão para com os profissionais. Sendo assim, conflitos na relação entre a equipe de enfermagem e as mães ficaram evidentes, com destaque para falta de diálogo. As mães sentiam a necessidade de se manterem próximas aos seus filhos e, desse modo, a equipe lhe delegava cuidados. Essa proximidade entre mãe e filho, tão própria desta relação, tem gerado dificuldade em determinar os limites entre as partes envolvidas, de modo que as mães assumem tarefas de responsabilidade da equipe enfermagem, ao passo que esta se distancia do cuidado. O cuidado de enfermagem deveria envolver as mães, atuando em conjunto, o que inclui fornecer informações a respeito do quadro clínico e do tratamento das crianças, visando à decisão compartilhada do projeto terapêutico. Essa foi uma atitude valorizada pelas mães. A partir deste estudo, mostra-se relevante reestruturar a capacitação dos profissionais de enfermagem com vistas ao cuidado integral, centrado na criança e na família. Enfim, reforça-se a necessidade de repensar a organização da assistência de enfermagem, de modo a equilibrar excelente qualidade técnica e o olhar integral e individualizado às crianças e seus acompanhantes. Referências 1. Strasburg AC, Pintanel AC, Gomes GC, Mota MS. Cuidado de enfermagem a crianças hospitalizadas: percepção de mães acompanhantes. Rev. Enferm. UERJ 2011;19(2):262-7. 2. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005. 3. Murakami R, Campos CJG. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. Rev. Bras. Enferm. 2011; 64(2):254-60. 4. Zuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. Matern. Child. Health. J. 2012;16(2):297-305. 5. Dutra de Sousa L, Gomes GC, Silva MRS, Santos CP, Silva BT. A família na unidade de pediatria: percepção da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora. Ciencia y enfermeria 2011;17(2):87-95. Descritores: família, doença crônica, enfermagem pediátrica.

14420

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para prêmio

WILLYANE DE ANDRADE ALVARENGA

VULNERABILIDADE DA FAMÍLIA DE CRIANÇAS COM ESTOMIA INTESTINAL

Zacarin, CFLZ; Alvarenga, WAA; Dupas, GD;

Estomia é uma palavra de origem grega que significa abertura por processo cirúrgico, realizada na superfície cutânea para possibilitar o acesso a um órgão, formando uma comunicação entre o órgão e o meio externo, quando há necessidade de desviar o trânsito normal da alimentação e/ou eliminações, cuja denominação varia com a região ou órgão (como traqueostomia, gastrostomia, colostomia, íleostomia, urostomias, etc). São realizadas em caso de tratamentos de alterações congênitas, patológicas ou traumáticas e seu tempo de permanência varia com a doença de base e outros fatores que podem influenciar na reconstrução das áreas modificadas. As Estomias intestinais, assim como outras estomias, provocam transformações no corpo e geram necessidades de cuidados específicos e contínuos que implicam em internações hospitalares e cirurgias. Em primeiro momento, quando a família se depara com a necessidade da realização de estomia, se sente desamparada, sem controle da situação, não sabendo o que a espera, o que é a doença e qual a real necessidade de intervenção. Sentimentos de negação, medo e angústia estão presentes e a família necessita ser potencializada como cuidadora e na aquisição de novas habilidades para os cuidados específicos da estomia. Pela necessidade de diversas cirurgias e hospitalizações optou-se por aplicar, nesse contexto, o conceito de vulnerabilidade da família com objetivo de identificar a vulnerabilidade da família que convive com a criança que possui estomia intestinal. Este é um estudo de abordagem qualitativa que possibilitou compreender significados da experiência através de uma visão subjetiva e interpretativa da realidade. Para nortear a pesquisa utilizou-se o conceito de vulnerabilidade da família em situação de doença e hospitalização de um filho, sob a perspectiva da família para identificar a vulnerabilidade da família segundo seus antecedentes, atributos e consequências. Para análise foi utilizado o método de análise de narrativa. Foram entrevistadas mães de crianças que possuem estomias intestinais, no período de novembro de 2012 à Julho de 2013. Essa pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar (n°53018) para sua realização e seguiu todos os preceitos éticos e legais com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde em vigor no momento de elaboração e submissão deste projeto ao CEP. Após as análises os temas foram condensados e agrupados dando origem a quatro categorias: Ter experiências marcantes associadas à estomia (antecedentes); Viver sozinho o cuidado da criança com colostomia (atributo); Buscar o controle da situação (consequência); Esperar pela possibilidade de reversão da estomia (consequência). A primeira categoria diz respeito aos longos e vários períodos de hospitalização que a família passa junto com a criança que possui a estomia intestinal, antes e depois da confecção do estoma. Vivenciam diversas experiências negativas, e demonstram inicialmente, dificuldade em enfrentar situações inesperadas Essa vivência gera muito sofrimento, medo e impotência, além da sobrecarga emocional. A segunda categoria evidencia as frequentes mudanças na rotina familiar. É clara a sobrecarregada materna no papel de cuidador principal da criança. Em alguns casos são relatadas ajudas de outro familiar, porém ninguém assume o cuidado junto com a mãe, que se vê sem apoio da sociedade, de familiares e da escola, que muitas vezes é local de exclusão e preconceito, pois afastam a criança com a estomia da convivência com os demais, deixando-a em situação humilhante. A mãe tenta proteger o filho dos preconceitos e opta algumas vezes por afastar a criança da escola, principalmente porque sente a falta de apoio da instituição de ensino. Com isso ela deixa o emprego para cuidar do filho. Nos serviços de saúde a equipe também não demonstra se preocupar com a forma que transmite as notícias, desrespeita o sentimento da família, que se

sente agredida, quando na verdade gostaria de ser acolhida. A terceira categoria diz sobre a adaptação que a criança e em sua família passam com essa vivência. A sobrevivência da criança após período crítico de hospitalização traz alívio, apesar da existência da estomia, mas o medo volta quando a mãe se depara com os cuidados no domicilio. A mãe aprende a lidar com o novo, demonstra força por meio da espiritualidade, deixando transparecer a fé em que se sentem amparadas e com mais esperança para lutar. A última categoria aborda a reversão da colostomia, que para a família caracteriza a retomada de controle sobre a situação. A expectativa em retomar a vida anterior ronda a família o tempo todo, porém é permeada pelo medo da mudança, já que a criança encontra-se estável e a família já passou pela fase crítica de adaptação para o uso da colostomia. A família se vê encurralada entre o medo de uma nova cirurgia e se pergunta se vale à pena correr o risco que a cirurgia oferece, mesmo com a esperança de voltar tudo ao normal, principalmente no que diz respeito à sua inserção na escola e sociedade. Os resultados apontaram que a família tem experiências anteriores marcantes associadas à estomia, que ela vive sozinha o cuidado da criança e busca maneiras de controlar a situação e reagastar sua autonomia, esperando pela reversão da estomia. A partir do conceito percebeu-se que essas famílias podem ser consideradas vulneráveis, pois passam por ameaça em sua autonomia, mas elas são movidas pela esperança da reversão e reconstrução do trato intestinal da criança. Este estudo traz contribuições para a enfermagem, visto que os estudos com estomizados tinham maior enfoque para questões cirúrgicas, suas técnicas e adaptações com dispositivos. Hoje o enfoque maior está sendo direcionado aos cuidados e questões sociais, e ao impacto que gera tanto na criança como em sua família. Referências: 1. Souza JL, Gomes GC, Barros EJL. O cuidado à pessoa Portadora de Estomia: o papel do familiar cuidador. Rev. Enferm. UERJ. 2009; 17(4): 550-5. 2. Guerrero S, Angelo M. Impacto Del estoma enteral em El niño y La família. Av. Enferm. 2010; XXVIII número especial, 90 años:99-108. 3. Poletto D, Gonçalvez MI, Barros MTT, Anders JC, Martins ML. A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem. Rev. Texto Contexto Enferm. UFSC. 2011; 20(2):319-27. 4. Coldicutt P, Hill B. An overview of surgical stoma construction and its effects on the child and their family. NURSING CHILDREN AND YOUNG PEOPLE. 2013; 25(4):26-35. 5. Bischoff, A. et. Al. Colostomy closure: how to avoid complications. Pediatr Surg Int. 2010; 26:1087-1092. Descritores: Estomias Intestinais, Criança, Família.

SESSÃO COORDENADA ORAL

14418

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

CRISTIANA BRASIL DE ALMEIDA REBOUÇAS

PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DURAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS NESTA PRÁTICA

Rebouças, CBA; Rocha, ACD; Sales, MC; Pedraza, DF; Cardoso, MVLML;

Introdução: O leite materno estimula o vínculo afetivo entre mãe e filho; é a forma de nutrição que mais efetivamente contribui para o crescimento e desenvolvimento da criança, além de incluir diversos benefícios maternos. A promoção do aleitamento materno figura entre as intervenções mais viáveis, efetivas e de baixo custo, podendo prevenir até 63% das mortes passíveis de ocorrer antes dos cinco anos de vida. Para explorar o potencial do nível primário de assistência no apoio à prática de aleitamento materno, alguns países vêm criando "passos" a serem cumpridos pelas unidades básicas de saúde que destacam a capacitação dos profissionais, as orientações sobre o manejo da amamentação e os grupos de apoio à amamentação com gestantes e mães. Embora tenham sido observados avanços na prática da amamentação no Brasil, o desmame precoce continua sendo um grave problema de saúde pública no país. Desse modo, objetivou-se avaliar a duração do aleitamento materno em crianças entre 18 e 31 meses de idade no município de Queimadas, Paraíba, e verificar a associação de fatores que possivelmente influenciem o aleitamento materno total, com destaque para o fornecimento de orientações as mães durante o pré-natal, com vistas à promoção da saúde da mulher e da criança. Método: Tratou-se de um estudo de corte transversal realizado no período de julho e agosto de 2011, no município de Queimadas, interior do estado da Paraíba, integrado a um projeto intitulado "Situação Alimentar, Nutricional e Atenção à Saúde Materno-Infantil na cidade de Queimadas, Paraíba". Este projeto teve como cenário as 16 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de que compõe o Sistema Único de Saúde do município de Queimadas, e a população de estudo foi constituída pelos 450 nascidos vivos em 2009 do referido município e lá residentes no momento da coleta de dados. A amostra da presente investigação foi constituída pelas 205 crianças com idade entre 18 e 30 meses, que tinham os dados referentes às práticas de aleitamento completamente preenchidos. As mães das crianças foram convocadas, por intermédio dos agentes comunitários de saúde, a comparecer a UBSF de abrangência de seu domicílio em data e horário pré-agendados. As informações foram coletadas nas próprias UBSF, ou, no domicílio materno no caso da mãe não comparecer à unidade. O instrumento de coleta utilizado na pesquisa constou de um questionário pré-codificado, com questões fechadas, contendo informações relacionadas a localização do domicílio; idade materna; situação conjugal materna; paridade; consultas no pré-natal. Os dados referentes às práticas de aleitamento incluíram o tempo de aleitamento materno exclusivo e total, e questões relacionadas a orientações sobre aleitamento materno no pré-natal. Para definir o tempo de aleitamento materno exclusivo (AME) considerou-se o período no qual a criança permaneceu recebendo somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. O tempo de aleitamento materno total (AMT), por sua vez, esteve relacionado ao período em que a criança recebeu leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos. Os dados foram digitados no programa Excel 2000, com dupla digitação dos questionários, para comparação e detecção de possíveis erros. Foi utilizado o aplicativo Validate do programa Epi-Info para verificar a consistência dos dados. A associação entre as variáveis explanatórias estudadas (localização do domicílio; idade materna; situação conjugal materna; paridade; número de consultas realizadas no pré-natal; orientações sobre aleitamento materno no pré-natal) e a variável desfecho (AMT) foi avaliada por análise univariada. A força

de associação (entre as variáveis independentes e a variável resposta) foi expressa pela Razão entre as Médias "Risco" com intervalo de confiança 95%, utilizando o modelo linear generalizado - glm com a família poisson. O modelo foi utilizado para testar o acréscimo/decréscimo das taxas entre as médias do tempo de aleitamento. As demais conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. Os objetivos da pesquisa e a confidencialidade dos dados foram previamente explicados às mães, realizando-se a entrevista após a concordância das mesmas, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, protocolado com o número 0170.0.133.000-11. Resultados: Ao se comparar às curvas de sobrevida das diferentes práticas do aleitamento materno, verificou-se o declínio dos segmentos iniciais das curvas, demonstrando alta taxa de desmame já nos primeiros meses de vida, sendo maior em relação ao aleitamento exclusivo. A duração média do AME e do AMT foi de respectivamente, 4,26 e 12,93 meses. A mediana por sua vez, apresentou valores de cinco e nove meses, respectivamente. Verificou-se que a duração do AMT foi significativamente maior entre as mães residentes na zona rural, com idade superior a 19 anos, mais de um filho e que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Das variáveis estudadas apenas a situação conjugal não exerceu influência estatisticamente significante sobre a prática do AMT. As orientações fornecidas às mães sobre aleitamento recebidas no pré-natal contribuíram de modo estatisticamente significante para elevar a duração média de AMT em 13% sempre que as mães foram ouvidas quanto as suas preocupações ou problemas com a amamentação ao peito; em 12% quando elas receberam orientação para continuar amamentando até os dois anos de idade ou mais; e em 9% nos casos de terem sido avisadas dos prejuízos do uso de chupetas ou bico para as crianças durante a amamentação ao peito. Conclui-se que a prática de aleitamento deve ser enfatizada e fortalecida em durante todo o pré-natal visto que as orientações fornecidas pelo enfermeiro elevou a duração desta prática entre as mulheres estudadas. Descritores: aleitamento materno; promoção da saúde; enfermagem pediátrica. REFERÊNCIAS: 1. Venancio SI, Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. J Pediatr (Rio J). 2004; 80(5 Supl):S173-S180 2. Giugliani ERJ, Lamounier JA. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S117-S118. 3.CHAVES RG, LAMOUNIER J A, CESAR, CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2007, vol.83, n.3, pp. 241-246.

14509

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

DEA SILVIA MOURA DA CRUZ

SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS DE MÃES A RECÉM- NASCIDOS PRÈ-TERMO INTERNOS EM UMA UTI NEONATAL

Costa, LM; Marques, DKA; Cruz, DSM; Souza, IVB; Virgínio, NA; Nóbrega, MML;

INTRODUÇÃO: O nascimento de um bebê pré-termo é um severo golpe à auto-estima das mães, as suas capacidades de maternagem e ao seu papel feminino. É concebido como a perda de uma parte do corpo, uma afronta à sua integridade corporal e sinal de inferioridade interior. Ao nascimento de um RN de alto risco, a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) é o setor ideal para atender as necessidades dele e da sua família, com assistência humanizada e de qualidade, desenvolvendo ações necessárias que ajudem na transição de feto para vida neonatal independente. Para tanto, é necessário uma equipe multidisciplinar treinada e uma unidade que disponha de equipamentos específicos e material adequado, além da revisão periódica das técnicas utilizadas para proporcionar ao RN condições adequadas para adaptação à vida extra-uterina, intervindo precocemente nos casos que apresentem patologias que ameacem a sua vida. Diante desse atendimento especializado os pais ficam mais confiantes, e vem diminuir a o medo de perder seu filho tão esperado. Identificando e compreendendo os sentimentos que permeiam o cuidado dispensado ao recém-nascido pré-termo e sua família, principalmente a mãe, pode-se criar possibilidades que ampliem o foco do cuidado ao RN internado e sua família.OBJETIVOS: Analisar os sentimentos e expectativas de mães a recém-nascido pré-termo internos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. METODOLOGIA: A pesquisa é do tipo descritivo, exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Frei Damião, considerada referência por ser ´´Amigo da Criança``, com 10 mães que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: que fossem maiores de 18 anos e aceitassem participar da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo a coleta de dados viabilizada por uma entrevista semi estruturada. O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), e obedeceu a Resolução 344/12 do Ministério da Saúde. Na análise, os dados quantitativos foram apresentados em forma de números absolutos e percentuais, e os qualitativaos foram analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). RESULTADOS: Na caracterização da amostra, a variável faixa etária demonstrou que 50% das mães possuiam entre 18 e 21 anos, 10%, entre 22 e 25 anos e 14% acima de 26 anos. Considerando a moradia, 4 (40%) tinham moradia própria; 4 (40%), alugada e 2 (20%), cedida. Quanto a renda familiar, 3 (30%) percebiam até 1 salário mínimo; 1(10%), de 1 à 2; 2 (20%), mais de 2 e 4(40%) não tinham renda e dependiam de favores de outros. Quanto ao grau de instrução, 1(10%) se considerava analfabeta; 5 (50%) tinham ensino fundamental e 4(40%) ensino médio. Quanto ao número de filhos, 5(50%) tinham apenas 1 filho e 5 (50%) de 1 à 3 filhos. Com relação ao hábito de fumar, 10 (100%) não tinham este hábito. A maioria das entrevistadas, realizaram pré-natal com mais de 6 consultas, e 40% não realizaram mais que 03 consultas, caracterizando um pré-natal imcompleto. Evidenciou-se que apenas 10% (1) das entrevistadas tiveram seu filho com idade gestacional acima de 36 semanas, e 90% (9) abaixo de 36 semanas, demonstrando que a prevalência de internação em UTI Neonatal é maior em as crianças pré-termo. Com relação ao questionamento, qual o sentimento ao ver seu filho pela primeira vez na UTI NEO? a Idéia Central foi, Sentimento de tristeza e impotência diante da internação do filho na UTI e o DSC foi: Não queria ver, agora quero acompanhar. É muito ruim, fico impotente. É péssimo ver ele assim. Triste, muito triste. No questionamento, qual o sentimento ao ver seu filho diante de aparelhos? A Idéia central foi: Muita tristeza, e

o Discurso do Sujeito Coletivo foi, Muito triste, isso é péssimo. Muito triste, além de horrível. Péssimo. Horrível de ver meu filho com aparelhos. Sinto-me negativa. Sinto-me aflita, com sentimento de incapacidade. Tristeza sem explicação. Questionadas sobre quais as expectativas em relação ao seu bebê? As Idéias Centrais foram três: que não aconteça novamente; que tudo dê certo; não tem expectativas Os DSCs foram respectivamente: Não quero que aconteça mais com nenhum filho meu; Quero que meu bebê e eu possamos sair daqui bem e rápido; Não tenho nenhuma expectativa, não sei nem o que falar. Nada. Não tenho nenhuma expectativa. DISCUSSÃO: A prematuridade é um dos grandes problemas de saúde pública, contribuindo com elevados números para a morbi-mortalidade infantil em todo mundo. O pré-natal é uma ação de saúde de grande importância na prevenção da prematuridade, visto que, é neste período que a gestante intensifica os cuidados, realizando exames e consultas médicas e de enfermagem, que podem prevenir os fatores que levam da prematuridade. A UTI NEO é um local do hospital que visa prestar um atendimento exclusivo e de alta qualidade para o bebê prematuro e sua família. Na pesquisa as mães demosntraram um misto de esperança, impotência e angústia pela situação vivenciada, uma vez que, acreditavam no tratamento e na recuperação da saúde do filho, mas também sentiam-se impotentes e por vezes, sem expectativas. É necessário compreender que nesse processo, a mãe também é prematura, devendo ser tratada de forma humanizada, individualizada e diferenciada. Para tanto, é impreterível compreender o ser mãe neste novo contexto que a cerca. A internação de um filho em uma Unidade de Terapia Intensiva é sempre um momento difícil para a família, que pode experienciar sentimentos de incertezas quanto ao presente e futuro do seu familiar, sentimentos que envolvem as suas próprias perspectivas de vida. Assim, ao vivenciar o nascimento de um filho prematuro e vê-lo internado em uma UTI neonatal, a mãe vislumbra a possibilidade de morte de seu bebê. Compreender os sentimentos de cada mãe, é resgatar sua dignidade enquanto pessoa inserida no mundo, com direito ao respeito de suas limitações, às informações, e também às suas condições de aprendizagem, dando-lhe condições de desenvolver os laços afetivos com o filho preparando-a para o cuidado domiciliar. Neste sentido, ela deve ser empoderada pela equipe da UTIN, no sentido de entrar em contato tão logo seja possível com seu filho e a prestar-lhe os cuidados necessários e possíveis sob a supervisão da equipe. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A assistência prestada pela equipe multidisciplinar na UTI Neo, tem papel primordial no apoio a mãe, que está vivenciando um período difícil, de medos e incertezas e no desenvolvimento do prematuro, visto que, é através do contato com os pais, que o mesmo é estimulado, favorecendo seu desenvolvimento. DESCRITORES: Sentimentos. Mães. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido REFERÊNCIAS Browne JV. Early relationship environments: physiology of skin contact for parents and their preterm infants. Clinics in Perinatology.2005, 31(2):287-298. Cruz ARM. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. [acess 15.03.10].2010,12(1):133-9. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a16.htm. Pinho IC; Siqueita JCBA; Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. Rev. Eletr. Enf. [acesso 15.03.10]. 2006, 8(1):42-51.Disponível em: Reichert APS; Lins RNP; Collet, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. Revista Eletrônica de Enfermagem [acesso 16.03.10]. 2007. jan-abr; 9(1):200-213. Vasconcelos MGL; Leite AM; Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 2006.jan/mar,6(1): 47-57.

14402

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

FABIANE DE AMORIM ALMEIDA

ADERÊNCIA À AMAMENTAÇÃO MATERNA EXCLUSIVA NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA DA CRIANÇA

Almeida, FA; Lopez, CT; Dornaus, MFPS;

Introdução: De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), preconiza-se a amamentação materna exclusiva, ou seja, aquela que define o uso de apenas leite humano sem oferecer outros líquidos ou alimentos, até o sexto mês de vida1. O leite materno produzido por mães saudáveis é considerado o alimento ideal para o recém-nascido (RN), sendo suficiente para suprir todas as suas necessidades nutricionais2. Além de nutrir e promover o vínculo afetivo entre mãe e filho, tem uma série de benefícios, tanto para as mães como para os bebês2. Dentre os benefícios para o bebê, destaca-se a proteção contra infecções, a prevenção de problemas ortodônticos ao favorecer o desenvolvimento adequado da arcada dentária e da musculatura orofacial, a promoção do desenvolvimento neuropsicomotor e a redução da incidência de desnutrição proteico-calórica e dos índices de morbimortalidade infantil3,4. Para as mães, a amamentação tem relação com a redução do câncer de mama, aumento da densidade óssea diminuindo o risco de osteoporose, retorno mais rápido ao peso antes de engravidar, além de reduzindo a possibilidade de uma nova gravidez durante a amamentação materna exclusiva ao inibir a ovulação5. Algumas situações, contudo, contraindicam a amamentação e exigem a inibição ou suprimento da produção do leite materno. É o caso das portadoras do vírus HIV, da presença de tuberculose ativa, da hanseníase, herpes simples nas mamas, moléstias debilitantes graves, desnutrição materna, contaminantes maternos como mercúrio ou fungicida e, se houver necessidade, a ingestão de medicamentos nocivos ao RN por tempo prolongado. Apenas nesses casos, faz-se necessário o uso de leites artificiais para a alimentação do RN. Apesar das evidências científicas apontarem a superioridade da amamentação materna, a maioria dos RNs não recebe este tipo de alimento durante os seis primeiros meses de vida. Segundo a OMS, somente 35% dos lactentes de todo o mundo são alimentados exclusivamente com leite materno nos primeiros quatro meses de vida1. Considerando a importância de se favorecer ao máximo o aleitamento materno e entendendo que a complementação pode ser necessária em algumas ocasiões, desde que indicada de forma bastante criteriosa, as autoras propõem-se a investigar junto às mães sobre essa prática da amamentação no primeiro mês de vida do lactente. Objetivo: Verificar perfil das mães de RNs internados no berçário de uma maternidade particular e as experiências anteriores relacionadas à amamentação materna exclusiva; avaliar a continuidade da amamentação exclusiva no primeiro mês de vida da criança; e identificar as possíveis causas de abandono do aleitamento materno exclusivo nesse período. Método: Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem quantitativa, desenvolvida na maternidade de um hospital privado, de grande porte, da cidade de São Paulo. Foi realizada com 60 mães de RNs admitidos no berçário no início do segundo semestre de 2012 e em amamentação materna exclusiva até o dia da alta, que concordaram em participar do estudo. Os dados foram coletados por meio de duas entrevistas estruturadas com questões fechadas, sendo a primeira realizada pessoalmente, no momento da alta do RN do berçário, e a outra, realizada por meio de contato telefônico no final do primeiro mês de vida da criança. Resultados: A maioria das mães era casada (57; 95%) e possuíam nível superior completo (59; 98,3%), predominando a faixa etária de 32 a 37 anos (28; 46,6%). Metade delas (30; 50%) eram primíparas e as demais tinham dois filhos ou mais, sendo que destas, quase todas (26; 43,3%) já havia amamentado exclusivamente no seio materno. Das 60 mães pesquisadas, 46 (76,6%) manifestaram o desejo de amamentar exclusivamente seu filho até os seis meses de vida. Ao final do 1º mês de vida do bebe, a maioria (42; 70%) das mães continuava a oferecer o seio materno como

única forma de alimentação para seus bebês. Dentre as demais (18; 30%), que abandonaram a amamentação materna exclusiva, 16 mães (26,7%) ainda continuavam a oferecer o seio materno na modalidade de aleitamento misto. Quanto às dificuldades relacionadas à amamentação, destaca-se a dor durante a mamada nas primeiras semanas (15; 33,3%), a fissura mamilar (10; 22,2%), o sangramento mamilar (04; 8,8%) e a necessidade do uso de protetor de silicone (04; 8,8%). Destaca-se que a maioria das mães (35; 58,3%) não relatou nenhuma dificuldades para amamentar. Os principais motivos que as levaram a abandonar esta prática foram: leite insuficiente (09; 41%), perda de peso do bebê ou ganho abaixo do esperado (06; 27,3%), e choro constante do bebê após mamar no seio, sugerindo fome (02; 9,09%). Conclusão: Embora a maioria das mães reconheça a importância da amamentação materna exclusiva, um número considerável interrompeu-a ainda no primeiro mês de vida do bebê, tempo bem inferior ao preconizado pela OMS. É de extrema importância que esta prática seja estimulada desde a gestação e principalmente logo após o nascimento do bebe. Oferecer informações precisas, corretas e com linguagem acessível, destacando os benéficos desta prática para ao bebe e a mãe deve ser uma prática rotineira adotada por toda a equipe multidisciplinar desde o pré-natal. E quando o bebê nasce, a enfermeira e a equipe de enfermagem do berçário tem o importante papel, não apenas orientar as mães sobre como amamentá-lo corretamente, esclarecendo dúvidas e favorecendo experiências benéficas e saudáveis para mãe e filho, mas principalmente apoiá-la, nesse momento tão especial que é o inicio da experiência de amamentar. A mãe precisa se sentir preparada e segura para amamentar o bebê exclusivamente ao seio, mesmo que enfrente algumas dificuldades passageiras nos primeiros dias. Descritores: aleitamento materno exclusivo; saúde da criança; enfermagem pediátrica; enfermagem neonatal. Referências 1- Figuera FAC, Latorre JFL, Carreño JAP. Factores associados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2011 Jan-Jun [citado 2012 Mar 5]; 16(1): 56-72. Disponível em: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16(1)_5.pdf 2- Calil VMLT, Vaz FAC. Composição bioquímica do leite materno. In: Issler H, coordenador. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas. São Paulo(SP): Sarvier; 2011. Capítulo 5.1. p.177-90. 3- Quintal VS, Carbonare SB, Sampaio MMSC. Imunobiologia do leite humano. In: Issler H, coordenador. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas. São Paulo(SP): Sarvier; 2011. Capítulo 5.2. p.191-203. 4- Hospital Israelita Albert Einstein. Protocolo Manejo Clínico em Aleitamento Materno [protocolo institucional]. [criado em nov/2004; atualizado em mar/2009; responsável Maria Fernanda P. da S. Dornaus]. 5- Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. J Pediatr [Internet]. 2004 [citado 2012 Mar 10]; 80(5 Supl): S142-S146. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a05.pdf

14463

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

ISABEL DE ABREU ESTEVES

INFECÇÕES FÚNGICAS NEONATAL: UMA REVISÃO

Esteves, IA; Rosso, LH; Terra, AP; Santos, PR; Nascente, PS;

INTRODUÇÃO As infecções hospitalares são mais freqüentes e, geralmente, mais graves em recém-nascidos (RNs) do que em crianças maiores e em adultos. Além das várias peculiaridades desta fase da vida, que levam à maior susceptibilidade à infecção, a sobrevivência de um número crescente de recém-nascidos prematuros à custa do elevado tempo de permanência em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, são responsáveis por esta condição. Neste período são submetidos a procedimentos invasivos e ao uso de antimicrobianos de largo espectro (Mussi-Pinhata e Nascimento, 2001). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), nascem em média 130 milhões de bebês anualmente e destes, cerca de quatro milhões morrem, sendo infecção a causa de 36% desses óbitos e este problema torna-se mais relevante nos países onde a disponibilidade de recursos para o paciente crítico é limitada (Silveira et al. 2010). As infecções nosocomiais são responsáveis por morbi¬dade e mortalidade significativas no período neonatal. As UTIs Pediátrica e Neonatal são consideradas áreas críticas, tendo em vista a realiza¬ção de grande quantidade de procedimentos invasivos e a gravidade da situação das crianças internadas (Melo et al, 2009). O diagnóstico precoce e o tratamento específico imediato podem diminuir de forma significativa as taxas de morbi-mortalidade, que variam de acordo com o tipo de microorganismo envolvido, com o estado de imunocompetência e com a presença de complicações associadas. Os sinais clínicos podem ser mínimos ou inespecíficos. Mesmo RNs assintomáticos - mas com fatores de risco para o desenvolvimento de infecção - acabam, na prática, recebendo tratamento antimicrobiano empírico. O uso excessivo de antimicrobianos gera - além dos inconvenientes da exposição aos efeitos colaterais - maior risco de seleção de microbiota multirresistente, maior tempo de internação (e consequentemente maiores custos hospitalares), maior número de procedimentos invasivos e traz um nível considerável de estresse aos familiares (Vieira, 2004). Dentre as infecções frequentes em recém-nascidos internados em UTIs, há preocupação especial com as fúngicas. Devido à imaturidade do sistema imune do RN e ao uso de antibioticoterapia de largo espectro, fungos comumente encontrados no ambiente podem se tornar patógenos. Desta forma, assume grande importância o estudo dos fungos oportunistas, especialmente em ambiente hospitalar. (Melo et al, 2009) OBJETIVO Apresentar uma revisão da literatura a respeito de infecção fúngica neonatal. METODOLOGIA A metodologia deste trabalho foi selecionar cinco artigos publicados nos últimos cinco anos e indexados na base de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e revisar os artigos originais com diferentes delineamentos relacionados com infecção hospitalar em UTI neonatal, sepse, e infecções fúngicas. A fonte de busca e o foco de interesse foi o período neonatal e suas particularidades. As palavras-chaves incluíram: UTI neonatal, infecções fúngicas e sepse neonatal. RESULTADOS O número de estudos que abordam a contaminação fúngica em UTI Pediátrica e Neonatal é bastante reduzido, mas apresenta grande importância devido ao aparecimento de agentes fúngicos em infecções nosocomiais (Melo et al, 2009). Em relação ao tipo de infecção, sepse neonatal tardia ou nosocomial é cem vezes maior que a da sepse precoce, em decorrência, principalmente, da maior sobrevida de RNs de muito baixo peso, que geralmente necessitam de maior tempo de hospitalização, possuem barreiras físicas menos eficientes contra infecção e maior imaturidade do sistema imunológico. O uso prolongado de cateteres profundos, de nutrição parenteral, de ventilação mecânica, de antibioticoterapia prévia, de monitorização invasiva, de uso de bloqueadores de receptores H2 e a demora no início da dieta enteral em RNs, contribuem efetivamente para esse alto índice. A taxa de sepse

nosocomial aumenta de maneira inversamente proporcional ao peso de nascimento e à idade gestacional (Vieira, 2004) Leveduras, como a Malassezia, são consideradas flora normal de indivíduos saudáveis, no entanto, em algumas circunstâncias, elas podem se tornarem patógenos oportunistas. Nas últimas décadas, estas leveduras têm sido cada vez mais isoladas de fungemias fatais, relacionadas a cateter em recém nascidos prematuros, principalmente naqueles que receberam emulsões lipídicas (Zomorodain et al. 2008) Além dos cuidados básicos, têm sido propostas algumas medidas para redução do risco de infecção hospitalar em recém-nascidos pré-termo, principalmente para aqueles de baixo peso e idade gestacional. De maneira geral, ainda não se comprovou a utilidade da maioria dessas medidas, sendo que geralmente são de custo elevado, sendo elas: Uso de imunoglobulina endovenosa e cremes emolientes cutâneos, infusão de baixas doses de vancomicina, isolamento nas unidades neonatais (Mussi-Pinhata e Nascimento, 2001). Diante da diversidade das medidas de controle e prevenção de infecção aplicadas ao ambiente hospitalar, à equipe assistencial e ao recém-nascido, associada à superlotação frequente das unidades neonatais e à gravidade clínica dos pacientes ali internados, muitas vezes algum descuido nas medidas de prevenção e controle pode ocorrer, elevando as taxas de infecção nosocomial (Mussi-Pinhata e Nascimento, 2001). Silveira et al. (2010), ressalta que o monitoramento da microbiota fúngica dos aparelhos de ar condicionado foi de grande relevância. Os resultados encontrados, como o isola¬mento do gênero Aspergillus spp., são preocupantes, pois esse é o gênero que apresenta alta patogenicidade. É importante que se façam orientações de medidas preventivas. Os profissionais que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva devem ser sensibilizados para a existência de infecções fúngicas e determinar a limpeza adequada dos condicionadores de ar. CONCLUSÕES A prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde nas Unidades de Terapia Intensiva, principalmente, Pediátricas e Neonatais constituem um grande desafio para os profissionais que ali atuam. Desta forma, a utilização de medidas antecipatórias, precaução, reconhecimento precoce e tratamento adequado aos microrganismos envolvidos nas infecções fúngicas, além de um atendimento multiprofissional e interdisciplinar fazem com que a assistência ao neonatal seja mais qualificada e efetiva, assim, reduzindo significativamente as taxas de morbi-mortalidade em recém-nascidos por esse tipo de infecção. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM Para a Enfermagem, o controle epidemiológico de infecções fúngicas em UTI's Pediátricas e Neonatais é extremamente fundamental, exigindo uma colaboração entre a equipe de atendimento e a comissão de controle de infecção, a fim de realizarem medidas preventivas que visam minimizar a transmissão exógena e endógena de microrganismos patogênicos aos recém-nascidos, desta forma, garantindo uma melhor assistência ao pequeno paciente. REFERÊNCIAS Mussi-Pinhata MM, Nascimento SD. Infecções neonatais hospitalares. J. pediatr. 2001; 77(1):81-96. Silveira RC, Giacomini C, Procianoy RS. Sepse e choque séptico no período neonatal: atualização e revisão de conceitos. Rev Bras Ter Intensiva. 2010; 22(3):280-290. Melo LLS, Lima AMC, Damasceno CAV, Vieira ALP. Flora fúngica no ambiente da unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal em hospital terciário. Rev Paul Pediatr 2009; 27(3):303-8. Vieira AA. Sepse no período neonatal. In: Moreira MEL, Lopes JMA, Caralho M. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004. 265-89 Zomorodain K, et al. Molecular analysis of malassezia species isolated from hospitalized neonates. Pediatr Dermatol. 2008 Maio/Jun; 25(3):312-16 Decs: infecção, recém-nascido, prematuro.

13996

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

NEILA SANTINI DE SOUZA

SIGNIFICADO PARA MÃES APÓS NOTÍCIA DE FALHA NA TRIAGEM AUDITIVA DE SEU FILHO

Romeiro, C; Ohara, CVS; Souza, NS; Borba, RIH;

INTRODUÇÃO: Ao vivenciar a experiência de ter um filho com deficiência auditiva, a família percebe o quanto é importante fazer a triagem auditiva e em caso de alguma alteração retornar ao reteste, pois este possibilita o diagnóstico precoce para a perda auditiva, o que viabiliza a estimulação, assim que confirmado o diagnóstico. O teste da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) é um programa vinculado ao projeto "Detecção Precoce da Deficiência Auditiva Infantil" e atende usuários do SUS. O primeiro teste desta triagem é realizado ainda na maternidade, tanto em unidade de alojamento conjunto quanto no berçário1. Neste local a mãe experimenta viver a sua maternagem, enxerga de forma concreta o seu filho e vai gradualmente substituindo o imaginário. Da mesma forma, o filho vai podendo ser ele mesmo, com suas potencialidades e suas características próprias2. Os profissionais de enfermagem, na maioria das vezes, seguem as regras e normas institucionais que priorizam o atendimento às necessidades físicas das mulheres e das crianças3 e colocam em plano secundário: emoções, crenças e valores desta clientela destacando a doença em razão da saúde4. Porém, sabe-se que o alto índice de evasão é considerado o principal empecilho para o sucesso dos programas de triagem auditiva. OBJETIVO: Conhecer o significado das mães de recém-nascidos (RN) que apresentam falha no teste de triagem auditiva. METODOLOGIA: Pesquisa descritiva de natureza qualitativa desenvolvida na Associação de Pais de Deficientes Auditivos de Sorocaba, onde são captadas as mães de recém-nascidos que apresentam falha de resposta no teste realizado na triagem auditiva neonatal, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP, sob nº CAAE: 00874112.6.0000.5505. Participaram da pesquisa, cinco mães que estavam voltando ao serviço para o reteste. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas iniciadas pela pergunta norteadora: Como foi para a senhora receber a notícia de que o seu (sua) filho (a) apresenta falha na triagem auditiva neonatal? A entrevista foi gravada e transcrita na íntegra. A análise das sessões seguiu os propósitos de Mayan5, contemplando os passos de transcrição, codificação e categorização. RESULTADOS: Os dados revelaram que, quando o profissional informa que o bebê não apresentou alteração no teste da triagem auditiva, ou não ter conseguido o mesmo no berçário devido à condição clínica do conduto auditivo, a mãe acredita que seu filho não apresenta nenhuma alteração auditiva e que está retornando ao serviço para realizar novamente o teste de triagem. Este fato leva a crer que o reteste não é tão importante e a mantêm esperançosa de o seu filho não apresentar nenhuma alteração auditiva e gera uma curiosidade na mãe quanto ao resultado, assim como estranhar e criar expectativas do filho apresentar algum problema auditivo. Outra situação em que a mãe recebe notícia de que o seu filho apresentou falha no TANU, ela respira fundo e chega a emudecer-se, não conseguindo descrever o seu estado de ansiedade. Depois revela que foi difícil e chocante, e que emanou um turbilhão de sentimentos e reações tais como surpresa, tristeza, ansiedade, preocupação, nervosismo, susto e medo. A mãe sabe da necessidade do reteste e o local para realizá-lo, aguarda a sua remarcação, e no momento que está esperando o resultado, sabendo da possibilidade do filho vir a ter problema auditivo, fica curiosa e com isso começa a ficar impaciente aflita e ansiosa. Ainda, começa a criar expectativas em relação ao seu próprio futuro, ao futuro do filho e da família caso algum problema auditivo seja confirmado e ter que usar aparelhos auditivos. A partir do momento em que a mãe aguarda o resultado do reteste, busca apoio na rede social podendo ser do seu convívio ou até mesmo com pessoas estranhas para compartilhar seus sentimentos e a notícia da falha. Na ausência desse apoio, torna-se esta experiência mais triste e difícil. Os

dados revelam o quanto o exercício da fé em Deus é importante para que essa mãe continue acreditando e confiando que seu filho ficará bem, mantendo-se assim esperançosa, de que para Ele nada é impossível, sendo capaz de livrar e operar milagres no bebê, impedindo de ser pessoa com problemas auditivos. Afinal, a mãe considera de que "Deus é o médico dos médicos". CONCLUSÃO: A mãe carrega consigo a ideia que seu filho não apresenta alteração auditiva e com isso acaba desvalorizando a necessidade do reteste. A notícia da falha na triagem faz emergir na mãe, um turbilhão de sentimentos e reações pela expectativa de conhecer o resultado no reteste. Outro aspecto em destaque foi a forma como é transmitida a notícia da falha para esta mãe. Na tentativa de não assustá-la, os profissionais acabam não ressaltando que o bebê necessita de um reteste, pois há uma possibilidade de apresentar algum problema auditivo e, com isso, a mãe acredita que não houve a falha na testagem de seu filho e que está tudo normal. A fé é outro fator que ficou evidenciado, pois apoia-se nela com a esperança de que Deus pode manter seu filho saudável. É necessário refletir sobre a importância de se falar a verdade às mães, para que possa haver uma maior adesão ao programa de triagem e consequentemente um tratamento mais precoce e adequado para as crianças. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Acredita-se que este trabalho venha alertar os enfermeiros, sobre a TANU, buscando atuar de forma multiprofissional com o fonoaudiólogo, assim como propor adequação curricular no curso de enfermagem sobre a temática alertando futuros enfermeiros sobre a valorização da triagem auditiva neonatal a fim de garantir preparo dos profissionais para atenderem as mães e seus familiares para contemplar suas reais necessidades de apoio e suporte da rede social, assim como intervenção da equipe interdisciplinar. REFERÊNCIAS 1. Baggio CL, Silveira AF, Hyppolito MA, Salata FF, Rossato M. Cocleotoxicidade da gentamicina por doses habituais para neonatos - estudo funcional. Brazil. j. otorhinolaryngol. (Impr.) [periódico na internet]. 2010. Fevereiro. Acessado em 29 junho 2011; 76(1): 91-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000100015&lng=en 2. Monticelli M, Elsen I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. Texto Contexto Enferm. [periódico na internet]. Florianópolis 2006. Acessado em 30 julho 2011; 15(01): 26-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a03v15n1.pdf 3. PilottoI DTS, VargensI OMC, ProgiantiI JM. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. Rev Bras Enferm, [periódico na internet]. Brasília 2009. jul-ago. Acessado em 29 junho 2011; 62(4): 604-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/19.pdf 4. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Int J Gynecol Obst. 2001; 75: 5-23 5. Mayan MJ. An introduction to qualitative methods: A training for students and professionals, 2000. Descritores: Mães; Enfermagem neonatal; Triagem Auditiva Neonatal.

14353

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

NERIZANE CERUTTI FORNARI

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM RECÉM-NASCIDOS DE UMA MATERNIDADE GAÚCHA

Fornari, NC; Pinho, LA; Goulart, LS; Mattos, KM; Cremonese, L; Aquino, DR;

Introdução: Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao Recém-Nascido (RN) tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país.1 Visando melhorar a qualidade da assistência, o Ministério da Saúde elaborou um manual com orientações para o cuidado integral do RN. A partir da realização do exame físico preconizado por este manual, foram realizados Processos de Enfermagem (PE), levantando Diagnósticos de Enfermagem (DE) de recém-nascidos nas primeiras quarenta e oito horas de vida em uma maternidade do sul do país[2] . Com base nesses, foram delineados possíveis Intervenções de Enfermagem (IE). A implementação do PE é indispensável para que seja possível planejar o cuidado baseado em informações científicas. Objetivo: Identificar as IE segundo a NIC[3], através da realização do processo de enfermagem. Metodologia: Durante a atividade prática da disciplina de Assistência de Enfermagem à Saúde da Criança e do Adolescente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande (FURG) foram realizados o histórico, diagnóstico e as intervenções de enfermagem para seis RNs nas primeiras quarenta e oito horas de vida. O estudo foi realizado na maternidade do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG) durante os cinco dias de aulas práticas, nos meses de junho e julho de 2013. Resultados: Para o diagnóstico risco de morte súbita do bebê, foi estabelecida a intervenção: Ensino - Segurança do bebê de 0-3 meses (definição: Instrução sobre segurança durante os 3 primeiros meses de vida) Essa intervenção teve como condutas: orientar os pais a colocar o bebê de costas para dormir e manter travesseiros soltos e brinquedos fora do berço, dar materiais escritos aos pais adequados às necessidades de conhecimentos, orientar os pais a evitar uso de joias ou correntes no bebê. Para o DE risco de paternidade ou maternidade prejudicada, as intervenções preconizadas pelo NIC foram: a) Grupo de apoio (definição: uso de um ambiente de grupo para o oferecimento de suporte emocional e informações a seus membros relativas à saúde); b) Promoção da paternidade/maternidade (definição: oferecimento de informações e apoio aos pais e coordenação de todos os serviços às famílias de alto risco); c) Apoio familiar (definição: Promoção dos valores, interesses e metas da família). Essas três intervenções tiveram as seguintes condutas: Identificar e inscrever família de alto risco em programas de acompanhamento, oferecer feedback positivo para fortalecer a autoestima, informar os pais sobre locais onde possam obter serviços de planejamento familiar, garantir à família que o paciente está recebendo o melhor cuidado possível, avaliar a reação emocional da família às condições do paciente, escutar as preocupações, sentimentos e dúvidas, aceitar seus valores sem julgamentos. O DE icterícia neonatal, relacionada com idade do neonato entre 1 e 7 dias, teve a seguinte intervenção: Fototerapia do Recém-nascido (definição: Uso de terapia com luz para reduzir níveis de bilirrubina nos RNs). As condutas são: Observar o bebê quanto a sinais de icterícia, colocar o bebê em berço especial, orientar a família sobre procedimentos e cuidados, aplicar proteção sobre os olhos (evitando pressão excessiva), monitorar sinais vitais conforme o protocolo ou sempre que necessário, retirar as proteções oculares a cada 4h (quando as luzes estiverem apagadas e para a alimentação), monitorar os olhos (quanto a edema, secreção, coloração) e avaliar o estado neurológico a cada 4 horas ou conforme o protocolo da instituição. Para o DE amamentação ineficaz foi estabelecida a IE "Aconselhamento para lactação (definição: Uso de um processo interativo de ajuda para auxiliar na manutenção de um Aleitamento Materno bem sucedido)", com as seguintes condutas: Determinar a base de conhecimentos sobre Aleitamento Materno (AM), educar os pais sobre alimentação

do bebê para uma tomada de decisão informada, informar sobre as vantagens e desvantagens do AM, corrigir conceitos errados, monitorar a habilidade materna em prender o bebê ao mamilo, avaliar o padrão de sucção/deglutição do recém-nascido, demonstrar o treinamento da sucção, avaliar a compreensão que a mãe tem dos indicadores de fome do bebê, monitorar a integridade e recomendar os cuidados dos mamilos. Para o DE risco de desequilíbrio na temperatura corporal, são indicadas as seguintes intervenções: a) Cuidados com bebês (definição: Provisão de cuidados centrados na família e adequados ao desenvolvimento da criança com menos de um ano de idade) - condutas: Promover ambiente aquecido para a realização do banho no RN, orientar a família no uso de roupas adequadas para o conforto térmico do RN; Nutrição do bebê 0-3 meses de vida (definição: instrução sobre nutrição e práticas alimentares durante os três primeiros meses de vida) - condutas: Orientar os pais a alimentar somente com leite materno ou fórmula nos primeiros meses, dar materiais escritos aos pais adequados às necessidades de conhecimento identificadas; c) IE monitoramento do recém-nascido (definição: Mensuração e interpretação do estado fisiológico do recém-nascido durante as primeiras 24 horas após o nascimento) - condutas: Monitorar a frequência cardíaca do recém-nascido, o peso, a primeira eliminação urinária e intestinal, a cor do recém-nascido e os sinais de hiperbilirrubinemia. Para o DE nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, o NIC indica a intervenção controle da hipoglicemia (definição: prevenção e tratamento dos níveis baixos de glicose no sangue) com as seguintes condutas: Identificar o paciente com risco de hipoglicemia, determinar o reconhecimento de sinais e sintomas da hipoglicemia e monitorar os níveis de glicose sanguínea. O DE risco de infecção, tem como IE "cuidados com os bebês" (definição: provisão de cuidados centrados na família e adequados ao desenvolvimento com menos de um ano de idade), tendo como condutas preconizadas: orientar e acompanhar a família no banho diário no RN, orientar higiene oral após cada mamada ou no banho, orientar curativo do coto a cada troca de fraldas e avaliar a integridade da pele e mucosas. Conclusão: Após a avaliação dos dados coletados e a revisão bibliográfica das referências, ficou constatado que algumas IE presentes no NIC não se aplicam aos pacientes avaliados ou não são desenvolvidas na instituição. Além disso, foi possível notar que foram realizadas na prática as condutas referentes às intervenções relacionadas à amamentação, levando em consideração ter sido este o diagnóstico mais prevalente entre os RNs. Contribuições para Enfermagem: Com esse levantamento fica evidente a necessidade de desenvolver um rastreamento com um número maior de sujeitos, para determinar os DE prevalentes na unidade. A partir disso pretende-se construir, juntamente com a equipe de enfermagem da instituição, protocolos de rotinas para as intervenções pesquisadas com vistas a atender as necessidades do RN com melhor qualidade. REFERÊNCIAS: 1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 2. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2012. V1 2. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificação (2012-2014). Porto Alegre: Artmed, 2012. 3. McCloskey JC, Bulechek GM, editores. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004

14452

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

PEDRO GUILHERME DOS SANTOS MARTINS

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA DOR EM NEONATOS ANTES, DURANTE E NA REMOÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)

Martins, PGS; Fuzio, KET; Bezerra, AF; Lapena, SAB; Gervásio, SMD;

Introdução A terapia endovenosa faz parte do cotidiano da equipe de enfermagem e vem avançando muito contribuindo para a melhoria da assistência prestada. Concomitante ao avanço da terapia endovenosa o enfermeiro deve mostrar sua competência técnica , científica que é a escolha do local, tipos de dispositivos, calibres, documentação da instalação, manutenção assim como a prevenção da dor e de complicações. A possibilidade de ter um acesso de longa duração é muito importante por isso cada vez mais vem sendo utilizado o cateter central de inserção periférica (CCIP/PICC) visto que este dispositivo proporciona melhor gerenciamento de risco segurança e conforto ao paciente. A sigla PICC significa em inglês (Peripherally Inserted Central Venous Catheter) Cateter Venoso Central de Inserção Periférica, é um dispositivo intravenoso, inserido em veia cava superior, adquirindo característica de cateter central. Essa prática tornou-se vantajosa para o neonato prematuro, reduzindo assim as múltiplas punções venosas, a dor e o manuseio excessivo que leva a desestabilização hemodinâmica e as iatrogenias. No entanto, a dor sofrida pelo neonato na inserção desse dispositivo é alvo de preocupação dos profissionais que realizam esse procedimento, pois, uma das características próprias do neonato é a não verbalização da dor e a capacidade limitada de expressá-la por certo período de tempo, dificultando assim sua avaliação, incluindo também o fato de muitas UTIN não adotarem nem incluírem protocolos de avaliação da dor neonatal nas práticas assistenciais, tão pouco possuírem profissionais aptos e preparados na equipe para o uso dessas escalas. Diante dos fatos mencionados acima surgiu o interesse em discorrer sobre a prevenção e alívio da dor nos neonatos durante a inserção e na remoção do PICC, sendo que, esta pode trazer em longo prazo alterações noceptivas, talvez cognitivas, comportamentais e até psíquicas, gerando com a dor um maior período de internação. Objetivo Este estudo tem por objetivo a elaboração de um protocolo de avaliação da dor em neonatos antes, durante e na remoção do Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP/PICC). Método Foi realizada revisão da literatura no periodo de 1999 a 2012 sendo utilizados 40 artigos. As bases de dados consultadas foram: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e no Catálogo de Teses e Dissertações da ABEN- CEPEN (Associação Brasileira de Enfermagem - Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem). Resultados O presente estudo permitiu os seguintes resultados que serão apresentados na forma de fluxogramas. O fluxograma 01 trata das Medidas de Prevenção da dor antes da inserção do PICC, o fluxograma 02 Prevenção da dor na inserção do PICC, o fluxograma 03 Alivio da dor durante a inserção do PICC e o fluxograma 04 Alivio da dor durante a remoção do PICC. Discussão As Medidas de Prevenção da dor antes da inserção do PICC se dividem em gerais, ambientais, comportamentais e específicas. O objetivo geral da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal o conforto do neonato, a prevenção do estresse e a dor, sendo esse um ambiente propício para o desequilíbrio homeostático do neonato, já que há predominância de normas e rotinas complexas que contribuem para ocorrência desse quadro. As medidas ambientais fazem parte dessas situações adversas que devem ser prevenidas, como pouca luminosidade e diminuição dos ruídos, assim como as comportamentais que são monitorização não invasiva, posição confortável, manipulação mínima e concentração de cuidados., as medidas específicas que garantem o sucesso da inserção do PICC com

diminuição do estresse e a dor neonatal partem da premissa de se preservar a rede venosa evitando múltiplas punções, reserva do membro que será inserido esse dispositivo (membros superiores preferencialmente) e limitar o número de tentativas em quatro vezes.2 O uso de tratamento não farmacológico é indicado para prevenção da dor no procedimento de inserção do PICC. Dentre as intervenções não- farmacológicas mais eficazes destacam-se: soluções adocicadas, sucção não nutritiva, contenção adequada no ninho e contato pele a pele entre mãe e filho 15 a 20 minutos antes do procedimento, logo após realizar a técnica de mensuração do membro e registrar as medidas.3 O alívio da dor com intervenções farmacológicas como opióides e anestésicos locais, são indicados em procedimentos potencialmente dolorosos, portanto, poderão ser utilizados durante o procedimento de inserção do cateter, de acordo com prescrição médica.4 A remoção deve ser realizada por profissionais qualificados de forma asséptica (precaução de barreira máxima) e delicadamente. Medidas como analgesia e sedação em UTIN ainda são pouco utilizadas. Sabendo-se dos efeitos nocivos da dor na vida do neonato, deve-se avaliar a reação à dor no procedimento de inserção do PICC, a fim de criar estratégias para prevenção e alívio da dor em neonatos submetidos a este procedimento, incluindo neste contexto o fato de muitas UTIN não adotarem, nem incluírem protocolos de avaliação da dor neonatal nas práticas assistenciais, tão pouco possuírem profissionais aptos e preparados na equipe para o uso das escalas de avaliação da dor em neonatos. 5 Conclusão O estresse e a dor neonatal podem trazer em longo prazo alterações nociceptivas, cognitivas, comportamentais e até psíquicas, prejudicando sua qualidade de vida. A humanização na assistência ao neonato em UTIN, frente aos avanços tecnológicos da atualidade, nos direciona a busca incessante pelo conhecimento e habilidade ao reconhecer a dor no neonato interagindo com práticas eficazes na avaliação da dor, no intuito de minimizá-las e assim aproximar a distância entre o "saber" e o "fazer". Faz-se necessário adotar protocolos de prevenção e alívio da dor durante a inserção e na remoção do PICC em neonatos. DECs: Enfermeiro, Dor neonatal e PICC Referências 1- MARGOTTO, Paulo Roberto. Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco. 2. ed. Brasília: Quick Printer, 2006. 2- SANTOS, L.M. et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. bras. enferm, v.65, n.1, jan./feb. 2012. 3- ALVES, C.D.O. et al. Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm, v.32, n.4, dez, p.788-96, 2011. 4- FREITAS, Edinéia Machado, NUNES, Zigmar Borges. O enfermeiro na práxis de cateter central de inserção periférica em neonato. Rev.Min. Enfermagem, v.13, n.2, abr./jun.2009. 5- GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. J. Pediatr, v.75, n.3, p.149-60, 1999.

14396

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

SANDRA REGINA DE SOUZA

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

Souza, SR;

Resumo: A hipotermia terapêutica (HT) tem sido utilizada em vários países com a finalidade de diminuir danos causados pela Encefalopatia Hipoxico Isquemica (EHI) consequente da asfixia perinatal. O tratamento de recém-nascidos com EHI era limitada a cuidados intensivos de suporte como correção distúrbios hemodinâmicos e pulmonares, correção de distúrbios metabólicos, tratamento de convulsões se presente e de monitorização para outra disfunção do sistema. Essa conduta não era focada nas lesões decorrentes e sim direcionada a evitar danos originados de eventos secundários a ela. A HT é considerada uma estratégia de tratamento dos recém-nascidos acometidos com EHI e tem sido utilizada com o intuito de minimizar o risco de efeitos adversos sistêmicos. Objetivo: Propor protocolo de ações de enfermagem para realização da hipotermia terapêutica em recém-nascidos internados na UTI Neonatal. Método: Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Lilacs, MedLine, Chrocane e Pubmed utilizando os descritores: hipotermia induzida e unidades de terapia intensiva neonatal nos últimos 10 anos, afim de identificar na literatura quais os cuidados que devem ser prestados ao RN antes, durante e após a hipotermia terapêutica. Resultado: Diante dos dados obtidos na literatura, propomos um Protocolo com 4 fases: a primeira fase: cuidados antes de iniciar a hipotermia terapêutica. A segunda fase: cuidados ao iniciar o resfriamento. A terceira fase: cuidados durante a terapia. A quarta fase: cuidados para o reaquecimento do RN e após. Esse protocolo está disponível em forma de folder à equipe de enfermagem para auxilio na orientação dessa equipe sobre HT. Considerações Finais: Fornecemos um protocolo de enfermagem baseado em dados literatura para prestar assistência de qualidade ao recém-nascido com Encefalopatia Hipoxico Isquemica submetidos a Hipotermia Terapeutica.

14261

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

SHIRLEY NUNES DOS SANTOS

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Santos, SN; Cioban, AMM; Sugai, TA; Pinheiro, VRP;

Desde a década de 60, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal (TN) para prevenção de deficiência mental e agravos a saúde do recém-nascido e recomenda sua implementação nos países do terceiro mundo. Triagem Neonatal é definida como rastreamento especificamente na população entre 0 a 28 dias de vida. No Brasil, a triagem neonatal ocorreu em 1976, na cidade de São Paulo, através da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE .Em Campinas, a UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) através do CIPOI (Centro Integrado de Pesquisas Oncohematológicas da Infância), iniciou em Agosto de 1992 o Programa piloto de Triagem Neonatal para Doença falciforme no período neonatal na cidade de Valinhos- SP, com o objetivo do diagnóstico precoce da doença e, mais importante, a implantação de medidas específicas de puericultura e vacinação nestes doentes. O programa compreendia além do diagnóstico da Doença Falciforme através do sangue do cordão umbilical, atendimento médico, rotinas de puericultura, vacinações específicas, treinamento das mães e familiares no cuidado das crianças doentes, interação com a escola dos pacientes, suporte social, psicológico e a orientação genética fornecida por enfermeiras. No ano de 2001, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), Portaria 822/01 incluindo a detecção precoce da Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias e a Fibrose Cística. Com o lançamento do programa, os estados brasileiros foram classificados por fases de acordo com as doenças rastreadas: Fase I = diagnóstico do Hipotireoidismo Congênito (HC) e Fenilcetonúria (PKU), Fase II = diagnóstico HC, PKU e Anemia falciforme e outras hemoglobinopatias e Fase III = diagnóstico HC, PKU e Anemia falciforme e outras hemoglobinopatias e Fibrose Cística (FC). Através desta Portaria do Ministério da Saúde a Unicamp/CIPOI, foi credenciada como Serviço de Referência em Triagem Neonatal, fase II. Dentre os benefícios dessa Portaria, deve-se mencionar a restauração de um dos princípios fundamentais da Ética Médica, que é o da igualdade, garantindo acesso igual aos testes de triagem a todos recém-nascidos brasileiros, independentemente da origem geográfica, etnia e classe socioeconômica. A enfermagem, visando ao bem estar do outro em toda a sua complexidade, por meio de atitudes humanizadas de prevenção, cuidado e educação, pode, por ações simples e rotineiras como a coleta de sangue para o teste do pezinho, ajudar crianças portadoras de doenças congênitas a atingirem um futuro mais promissor, evitando que seu desenvolvimento normal seja interrompido ou retardado. Assim, para que o PNTN tenha êxito, atingindo o seu maior objetivo que é a prevenção de seqüelas, faz-se necessário um trabalho de base. Para que estes objetivos sejam alcançados, alguns passos devem ser seguidos: 1) realização de uma coleta correta, pois uma amostra de sangue sem a qualidade exigida, ou seja, uma amostra inadequada, a mãe deverá ser reconvocada para repetir o exame o mais rápido possível, o que provoca desconforto e estresse à família, atraso no diagnóstico e inicio tardio do tratamento; envio da amostra ao laboratório no menor período de tempo; realização correta do exame pelo laboratório; rápida comunicação dos resultados para coleta de exames confirmatórios dos casos suspeito; encaminhamento para serviços de referência para seguimento; avaliações periódicas do programa quanto ao controle de qualidade, com divulgação dos resultados destas avaliações às autoridades responsáveis, a fim de que possíveis melhorias possam ser realizadas. Para haver prevenção, é necessário que haja primeiro a informação. Que as pessoas saibam o quê está prevenindo. O teste do pezinho é um exame preventivo do

retardo mental e de outras seqüelas, mas muitas pessoas ignoram este fato tão importante porque não foram orientadas. Dentre as várias atividades realizadas pelas enfermeiras, estão: o controle semanal das ocorrências de coletas inadequadas; contatos telefônicos com profissionais de enfermagem dos diversos postos de coleta para orientar e esclarecer duvidas; visitas aos municípios para realização de treinamentos para os profissionais envolvidos no programa. A equipe de enfermagem das maternidades que realizam o teste tem participação importante no PNTN, porque é este profissional que deverá informar e orientar a gestante que, o bebê fará um exame na alta , chamado teste do pezinho, o qual será coletado algumas gotas de sangue do calcanhar para detecção de algumas doenças e prevenção de seqüelas. Para que o PNTN tenha êxito, atingindo o seu maior objetivo, que é a prevenção das seqüelas, faz-se necessário um trabalho de conscientização e capacitação dos profissionais que realizam a coleta. A capacitação destes profissionais pode ser realizada no município cadastrado no serviço ou nas dependências do CIPOI, com aula expositiva , prática ou com apresentação de um vídeo demonstrando a técnica da coleta . A atuação das enfermeiras do SRTN UNICAMP/CIPOI, no atendimento dos casos suspeitos de Hipotireoidismo Congênito e Fibrose Cística, se dá através da consulta de enfermagem. Para o Hipotireoidismo Congênito no primeiro dia de atendimento à família além das informações sobre a doença, carta ao pediatra com resultado de exames e informações sobre o acompanhamento, são coletados dados do nascimento e heredograma. Informações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, dados antropométricos, vacinação, uso de medicamentos e estado geral da criança também serão coletados a cada consulta agendada, até o momento da alta. Os casos confirmados doentes são encaminhados para consulta médica em ambulatório especializado. No caso do suspeito para Fibrose Cística após coleta de dados do nascimento, sinais e sintomas característicos da doença e informações sobre a mesma à família o RN (recém-nascido) é encaminhado para coleta do exame. Posteriormente se resultado normal será encaminhado pelo correio carta de alta médica, mas se o resultado se mantiver alterado a enfermeira solicitará a reconvocação do RN para realização de outro exame específico ao diagnóstico. No caso positivo o RN será encaminhado para consulta médica em ambulatório especializado. No caso de RN com diagnóstico de hemoglobinopatias ou diferentes tipo de traço os pais e familiares do recém-nascido receberão informações através da orientação genética, realizada pelas enfermeiras,utilizando recursos didáticos como cartilha e entrega de folder com o intuito de conscientização do casal a respeito da procriação. Desde 1992 esta atividade já havia sendo realizada pelas enfermeiras o que nos tornaram pioneiras no Brasil. A área de cobertura do SRTN/UNICAMP é de 239 municípios com 796 postos de coletas, compreendendo 1/3 do estado de São Paulo, chegando a 10 mil exames/mês. Estamos nos preparando para iniciar a Fase IV do programa que contempla o diagnóstico das doenças Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase. As atividades desenvolvidas pelas enfermeiras no SRTN sempre estarão voltadas para a necessidade de atender, informar, fornecer conhecimento técnico-científico sobre as doenças pesquisadas no teste do pezinho, sensibilizando e conscientizando os profissionais de saúde, principalmente da enfermagem sobre a importância e responsabilidade de seu papel na prevenção. Descritores: Triagem Neonatal, Enfermagem neonatal Referências Bibliográficas 1 - BRASIL. Portaria GM/MS nº 822/GM em 06/06/2001. Instituição do Programa Nacional de Triagem Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística e Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Brasília, 2001. 2 - Brasil. Manual de Normas e técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal Brasília:Ministério da Saúde. 2002. 3 - Marlon da Silva, MBG, Zagonel IS, Lacerda MR. A enfermagem na Triagem Neonatal. Acta Scientiarum. Health Sciences 2003;25(2);155-16.

14256

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

SHIRLEY NUNES DOS SANTOS

ORIENTAÇÃO GENÉTICA REALIZADA POR ENFERMEIRAS DO SERVIÇO DE REFERENCIA EM TRIAGEM NEONATAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS ? EXPERIÊNCIA DE 20 ANOS

Santos, SN; Cioban, AMM; Sugai, TA; Pinheiro, VRP;

Com o objetivo do diagnóstico precoce da Doença Falciforme no período neonatal, a UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), através do CIPOI (Centro Integrado de Pesquisas Oncohematológicas da Infância, foi pioneiro no Brasil, na identificação precoce das Doenças Falciformes e da implantação de medidas específicas de puericultura e vacinação nestes doentes. Em Agosto de 1992 teve inicio o Programa piloto de Triagem Neonatal na cidade de Valinhos- SP. A escolha desta cidade decorreu das características peculiares do sistema de saúde local. De Agosto de 1992 até Maio de 1999, foram realizados 155.903 exames em recém-nascidos, dos quais 33 foram diagnosticados com Doença Falciforme. O programa compreendia diagnóstico da Doença Falciforme através do sangue do cordão umbilical; o atendimento médico, rotinas de puericultura, vacinações específicas, treinamento das mães e familiares no cuidado das crianças doentes, interação com a escola dos pacientes, suporte social e psicológico;e a orientação genética realizada por enfermeiras. O sucesso desta estratégia serviu de base para o estabelecimento da legislação em níveis, Municipal, Estadual e Federal da Triagem Neonatal para a Doença Falciforme. As hemoglobinopatias têm suas peculiaridades em termos de saúde publica. No Brasil tem sido apontada como questão central para a saúde pública, em virtude das características epidemiológicas que apresenta. É a doença hereditária mais comum no país, causada por uma mutação do gene da globina beta da molécula da hemoglobina, originando uma hemoglobina anormal, denominada hemoglobina S (HbS), que substitui a hemoglobina A (HbA) nos indivíduos afetados e modifica a estrutura físico-química da hemoglobina no estado desoxigenado. Sob essas condições, as moléculas da HbS podem sofrer polimerização, fazendo com que os glóbulos vermelhos percam sua forma discóide, tornando-se alongados e com filamentos nas extremidades. Como conseqüência, ocorrem fenômenos de oclusão de pequenos vasos sanguíneos, causando enfartes e lesões em diversos órgãos e episódios de dor. Além disso, o gene da HbS pode combinar-se com outras anormalidades hereditárias das hemoglobinas estruturais, como hemoglobina C (HbC), hemoglobina D (HbD), beta-talassemia, entre outras. Como a condição de portador de algum tipo de traço é um estado assintomático, muitas pessoas não estão cientes que o possuem. Neste aspecto, a orientação genética vem há muito tempo sendo preconizada. O objetivo da orientação genética é permitir ao casal a tomada de decisões conscientes e equilibradas a respeito da procriação. Tendo em vista o exposto pareceu-nos conveniente relatar nossa experiência de orientação a pais de crianças heterozigotos, triadas pelo SRTN UNICAMP/CIPOI (Serviço de Referencia em Triagem Neonatal) da cidade de Campinas-SP. Em nossa pratica diária, temos testemunhado a ansiedade e preocupação dos pais de recém-nascidos com algum tipo de traço, quando recebem a carta-convite para realização de exames conclusivos do teste do pezinho. De imediato, eles podem entender que seu filho é portador de deficiência mental ou de alguma doença grave e persistirão em sua intranqüilidade até que possam receber esclarecimentos a respeito. Existem, na verdade várias modalidades de aconselhamento dentre os quais a consultoria genética, a interconsulta genética em hospitais, a informação genética e a orientação genética associada a programas populacionais de triagem, que começa a ser implantada em larga escala no Brasil. No caso específico dos heterozigotos ou seja com algum tipo de traço, diagnosticados em programas de triagem populacional, não há dúvida que uma orientação genética bem conduzida é bastante justificável. Como todo o procedimento de genética humana, a orientação realizada

neste serviço, segue modelo trazido do Alabama (USA) e fundamenta-se nos cinco princípios éticos básicos: garantir a privacidade, o que determina que os resultados dos testes genéticos de um indivíduo não podem ser comunicados a nenhuma pessoa sem o seu consentimento expresso, com exceção de seus responsáveis legais; assegurar autonomia estabelecendo que os testes genéticos devam ser estritamente voluntários; garantir o princípio da justiça, que garante proteção aos direitos de populações vulneráveis, como a criança, pessoas com problemas de retardamento mental ou problemas psiquiátricos ou culturais especiais; promover o princípio da igualdade, que garante a todos o acesso igual aos testes, independente de origem geográfica, raça e classe socioeconômica; manter a qualidade, assegurando que todos os testes oferecidos devem ter especificidades e sensibilidade adequadas, garantido a realização dos exames em laboratórios capacitados e com monitoração profissional e ética. Nosso atendimento inicia-se com uma apresentação e boas vindas; explicação do que é a orientação genética e que a mesma servirá para compreensão do diagnóstico. A orientação acontece de forma individualizada, de maneira educativa e adequada ao nível de instrução do orientando. Demonstramos através de ilustrações (cartilha explicativa e folder) as prováveis heranças genéticas que podem surgir através dos genes dos pais, mantendo cuidado ético e sensibilidade na tentativa de evitar rotulação, estigmatização perda da auto-estima e discriminação. O orientando é encorajado a interromper a explicação e fazer perguntas quando achar necessário. As sessões de orientação duram em média 30 minutos, mas as mesmas são realizadas quantas vezes o orientando achar necessário. Os resultados dos exames e folder explicativo são entregues exclusivamente para os pais e/ou responsável legal. Ao término da orientação agradecemos a participação no programa. Registramos em um relatório a percepção que tivemos em relação à compreensão do orientando e outras informações como, por exemplo, a solicitação de investigação laboratorial outros de familiares. Nas situações de ilegitimidade parental, convidamos somente a mãe, preservando a privacidade da família, para fornecer informações sobre os resultados dos exames. No período de 01 de Outubro de 1992 à Julho de 2013, foram analisadas 1.026.191 amostras, sendo que 322 foram positivas para hemoglobinopatias e 33873 com algum tipo de traço. Realizamos 20334 orientações genéticas neste período. De acordo com um levantamento realizado através de um questionário enviado aos familiares após seis meses da orientação realizada, constatamos que as informações recebidas durante a orientação, permitiram ao casal a tomada de decisões conscientes e equilibradas a respeito da procriação. Desta forma, recomendamos que este modelo de atendimento realizado pelas enfermeiras do SRTN UNICAMP/CIPOI fosse reproduzido em outros serviços. Descritores- Triagem Neonatal, Enfermagem Neonatal, Aconselhamento Genético 1 - WHO-World Health Organization. City Control of hereditary anemias. Memorandum from a WHO meeting Bull. World Health organiz. 61: 63-80, 1983. 2 - PAIVA e RAMALHO, RB & RAMALHO, AS. Riscos e Benefícios da Triagem Genética. O Traço Falciforme como modelo de estudo em uma população brasileira. Cadernos de Saúde Pública. 13: 285-294. 1997

14257

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

THAVANE BRUM DE LLANO

SÍFILIS CONGÊNITA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Llano, TBDL; Nunes, BAMN; Fernandes, GFMF;

Thavane Brum de Llano, Bianca Marandini Nunes [1] Geani Farias Machado Fernandes[2] Introdução: Os casos de Sífilis Congênita tem tido um aumento significativo no Município de Rio Grande sendo alvo da ação do setor de vigilância epidemiológica adotar medidas de prevenção e de controle no nível da atenção básica. A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, que pode ter uma evolução crônica. A sífilis congênita ocorre quando o feto é infectado pelo treponema palidum, o qual é transmitido em qualquer idade gestacional, se não tratada a doença. Por ser uma doença muitas vezes silenciosa e de descaso da população, a prevenção é fundamental para se evitar a contaminação congênita, e as complicações como má formação do feto e outros sintomas que o treponema pode trazer para a criança. Quando o treponema se encontra na corrente sanguínea da gestante, ele atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto, acarretando lesões mais tardias na criança. Sabe-se que a taxa de transmissão vertical da sífilis, em mulheres não tratadas, é superior a 70% dos casos nas fases primárias ou secundárias da doença e que não ocorre transmissão pelo leite materno. Mais de 50% dos casos notificados são assintomáticos ao nascer, por isso a importância da triagem sorológica da mãe na maternidade. As manifestações clínicas são variáveis, de acordo com alguns fatores como tempo de exposição do feto ao treponema, a carga treponêmica da mãe, a virulência do treponema, o tratamento da infecção materna, entre outros. Esses fatores podem levar ao aborto, natimorto ou óbito neonatal, sífilis congênita sintomática ou assintomática. A Sífilis é classificada por recente ou tardia, na recente, os sinais e sintomas surgem logo após o nascimento ou nos primeiros dois anos de vida. Os principais sintomas são: baixo peso, rinite com coriza serosanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, entre outros. Na sífilis tardia os sintomas são observados a partir dos dois anos de idade, sendo os mais comuns são: tíbia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados. O tratamento é feito no período neonatal, com penicilina. Objetivos: relatar a experiência vivenciada no acompanhamento de um lactente VDRL reagente, de mãe infectada pelo treponema palidum numa unidade básica de saúde da família. Metodologia: Relato de experiência de abordagem qualitativa e reflexiva sobre a importância da realização das consultas de pré-natal desde o início da gestação para a prevenção da sífilis congênita e no acompanhamento dos lactentes de mulheres infectadas. As ações de cuidado foram realizadas pelas bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PRÓ-PET Saúde) com a preceptoria da enfermeira da UBSF localizado no bairro São João no Município de Rio Grande. Foram realizadas diversas ações educativas de prevenção da doença com grupo de mulheres e de grupo de pré-natal, incluindo a realização do teste rápido. No que se refere ao cuidado com a criança, como sujeito do estudo tivemos uma lactente VDRL reagente, de mãe infectada pelo treponema palidum. Resultados: O cuidado com a lactente se deu através da Consulta de Enfermagem e Visitas Domiciliares. Ao realizar o histórico de enfermagem, constatou-se que a mãe demorou para começar o tratamento, apesar da insistência da enfermeira da Unidade, por falta de interesse da mãe, e o pai começou o tratamento somente depois do nascimento da criança, após várias tentativas da unidade. A RN nasceu no dia 18-04-2013, por parto cesariano, foi internada no dia 15-05-2013 por exame de controle de VDRL, o qual mostrou aumento dos títulos sorológicos em relação ao nascer (1,2). Mãe VDRL reagente no pré-natal (1,64), fez tratamento com benzetacil (7,2 milhões). RN nasceu com VDRL 1,2 e posterior aumentou para 1,4. Foram realizados exames de rotina para RN com sífilis, análise do liquor, RX de ossos longos, sem alterações. A terapêutica sintomática positivo, Penicilina Cristalina 50 000 UN/kg/dose

de 12/12 horas por 10 dias, o qual manteve internada. A RN manteve-se assintomática durante o tempo de internação, com boa aceitação do leite materno, hábitos fisiológicos mantidos, e ganhos de peso adequado. A lactente deverá ser acompanhada mensalmente ao longo do primeiro ano de vida, realizando exames de VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, diante da elevação do título sorológico até os 18 meses de idade, deverá ser realizado o teste treponêmico, recomenda-se um acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por dois anos Conclusão: O caso retrata o descaso com a doença e da importância do acompanhamento de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde. As estratégias de controle da Sífilis Congênita devem garantir, que todas as gestantes recebam assistência de pré-natal, e que a triagem de sífilis seja incluída como rotina para todas as mulheres, e aos parceiros. Na primeira consulta deve ser realizado VDRL como rotina de primeira consulta, o tratamento está disponível a todas as gestantes e aos seus parceiros. Concluiu-se ainda que é necessário intensificar as ações de prevenção nos diversos grupos que recebem atendimento na unidade quanto ampliar essas ações nas escolas a fim de atingir também a população na faixa etária da adolescência a fim de tentar reduzir as estatísticas desfavoráveis dos casos de sífilis na nossa realidade A prevenção da sífilis congênita consiste em um pré-natal adequado, já que é uma doença de fácil prevenção desde que a mulher infectada seja tratada imediatamente. Antes da gravidez a sífilis pode ser prevenida através do uso de preservativos, diagnóstico precoce em mulheres em idade fértil, em seus parceiros, realização do teste VDRL em mulheres que tenham intenção de engravidar.Contribuições para a Enfermagem: A enfermagem exerce um papel importante na promoção da saúde da mulher e da criança. É função do enfermeiro a orientação, educação e sensibilização da população quanto à importância da prevenção, do diagnóstico precoce e tratamento adequado da Sífilis. Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, publicado em 2009. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. 2007. DECs: Sífilis Congênita, Prevenção, Pré-Natal, Enfermagem. 1-Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.Bolsistas PET/Saúde. thavanellano@hotmail.com 2- Doutora em Enfermagem e Docente Efetivo da Universidade Federal do Rio Grande. Tutora PET/Saúde

14406

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

VANESSA FERREIRA DE LIMA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A RECÉM-NASCIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: A PERCEPÇÃO DOS PAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Lima, VFL; Soares, LGS;

A hospitalização do recém-nascido (RN) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um processo que causa sofrimento aos familiares, sendo possível observar mudanças na rotina familiar decorrente da ausência temporária do filho, a qual é envolta por diversas emoções. Assim, o cuidado disponibilizado neste momento é fundamental para esses sujeitos, onde família e RN devem ser considerados como uma unidade de cuidado pela equipe de enfermagem. A pesquisa desenvolvida teve como objetivo analisar a percepção dos pais de RNs internados em UTIN em relação aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem aos seus filhos durante o processo de hospitalização. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, cujos dados foram avaliados através da análise de conteúdo proposta por Bardin. O estudo foi realizado na UTIN em um hospital de médio porte no município de Guarapuava, Paraná. Teve como sujeitos participantes sete casais de pais e duas mães de RNs que se encontravam internados nessa unidade nos meses de junho e julho de 2012, período em que os dados foram coletados. A coleta foi realizada por meio de entrevistas embasadas em um questionário semiestruturado com questões abertas, gravadas e posteriormente transcritas, visando a melhor compreensão das respostas dadas pelos sujeitos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, através do ofício 090/2012. Os resultados obtidos revelaram três unidades de registro. Na primeira, intitulada "Percepção sobre a Enfermagem", os pais relatam sua visão sobre a equipe de enfermagem que presta cuidados ao filho internado na UTIN, na qual verifica-se o reconhecimento do trabalho dos profissionais e a manifestação de sentimentos positivos. Dessa unidade foram expressas cinco unidades de contexto: na primeira, "dedicação", se pode notar que os pais enfatizam o afeto que o profissional possui no desempenho de suas atividades e no tratar do RN, pois durante o tempo em que presenciam os cuidados conseguem observar que a assistência prestada é de qualidade. Na segunda, "cuidado contínuo", foi ressaltada a atuação dos profissionais no que diz respeito a continuidade do cuidado, pois segundo os progenitores verifica-se tanto os parâmetros normais quanto as possíveis alterações, e além disso a atuação dos profissionais é realizada de forma efetiva frente às situações inesperadas, apesar da atuação desses ser vista como apoio ao cuidado médico. Na terceira unidade, "cuidado de enfermagem ao RN e sua família", os pais se deparam com um tipo de atenção que vai além do cuidado específico com o RN, mas se estende aos demais familiares, sendo o neonato e a família vistos como unidade de cuidado, além de serem inseridos, mesmo que pouco, indiretamente na assistência. Na unidade seguinte, "substituição materna", os familiares enfatizaram a importância do profissional de enfermagem como protetor dos filhos, pois os neonatos vivenciam um processo de afastamento dos progenitores, necessitando que por vezes a enfermagem atue não somente no cuidado técnico, mas substitua o papel dos pais submetidos a enfrentar o processo de separação abrupta dos filhos. A última unidade de contexto, "cuidado técnico", salientou os cuidados específicos da assistência neonatal, tendo em vista a importância dada pelos pais no que compete à medicação, manuseio de materiais e equipamentos, tecnologia disponibilizada na UTIN e como esses fatores influenciam no tratamento do RN, que necessita de cuidados intensivos para sobreviver. Da segunda unidade de registro, chamada "Laços com a equipe de Enfermagem", verificou-se a percepção dos pais no que diz respeito à criação de um vínculo com os profissionais que prestam assistência aos seus filhos. Sendo assim, a visão dos progenitores foi separada em quatro unidades de contexto. Na primeira,

denominada "assistência obrigatória", alguns pais salientaram que a equipe de enfermagem não faz mais do que sua obrigação ao prestar cuidados ao neonato. Afirmam que é de responsabilidade do profissional prestar uma assistência de qualidade ao bebê e a sua família. Apesar desta opinião fragmentada e reducionista, prevalece na percepção a realização de um cuidado adequado. Na unidade seguinte, "auxílio na recuperação", os pais relatam que o vínculo com a equipe é benéfico ao RN e auxilia na recuperação, pois quando há empatia o acesso às informações é possível, a comunicação é efetiva, o cuidado é realizado com carinho e a possibilidade de trocar experiências sobre a vivência da hospitalização é uma realidade aceitável. A terceira unidade de contexto "amizade/confiança/carinho", demonstrou que os pais acreditam que ao desenvolverem um relacionamento de empatia com a equipe, o processo de restabelecimento da saúde do filho pode ser mais rápido e o bebê recebe um cuidado mais efetivo. Na última unidade intitulada "ética", constam os relatos dos pais no que tange a realização do cuidado e a ética que envolve a profissão. Torna-se visível que eles conhecem ou alguma vez já ouviram falar sobre as questões éticas e o cuidado da enfermagem, afirmando o princípio da igualdade relacionada à assistência. Na última unidade de registro "Sentimentos em deixar o RN na UTIN e retornar para casa" foi verificado que os pais ao se depararem com o retorno ao domicílio são acometidos por sentimentos variados. Desta foi possível extrair cinco unidades de contexto. Na primeira "separação/ausência", compreende-se que os pais sofrem com a separação vivenciada devido ao internamento, ainda mais durante a visita, que passa a ser momento de alegria e ao mesmo tempo de tristeza, devido à dificuldade enfrentada ao término desta. Na segunda unidade "segurança", os pais demonstram-se seguros ao deixar o filho sob os cuidados da equipe, pois acreditam que os profissionais são competentes e sabem como agir caso aconteçam intercorrências ou mesmo quando o RN necessita apenas de suporte para o seu desenvolvimento. A terceira unidade de contexto "coração/dor/tristeza", salientou o sentimento doloroso dos progenitores ao retornar para o domicilio e deixar o filho na unidade intensivista, visto que se torna evidente a quebra de vínculo entre pais e filhos, pois o RN é levado para a UTIN e lá permanece, recebendo apenas duas visitas diárias. A unidade seguinte "implicações para o puerpério" evidenciou as dificuldades enfrentadas pelas mães no período puerperal que vem de encontro com a hospitalização do filho. As mulheres buscam controlar suas emoções com o propósito de minimizar fatores que influenciem na recuperação pós-parto. Na última unidade de contexto "medo da morte", os pais salientam que a hospitalização do filho na UTIN, em algum momento, os levou ao sentimento e/ou medo da perda. Além disso, o assunto morte fica apenas subentendido nas falas, não sendo expresso claro e diretamente. Conclui-se que o cuidado de enfermagem é visto com bons olhos pelos pais, é reconhecido e dele emergem sentimentos positivos. Logo, prestar assistência ao RN internado em UTIN vai muito além dos procedimentos técnicos, equipamentos e da atuação nas possíveis emergências, é necessário que o enfermeiro neonatologista passe a atrelar o acolhimento e a humanização no atendimento, incluindo os familiares, pois dessa forma o cuidado se torna mais efetivo e a hospitalização é vivenciada de forma menos traumática e mais esperançosa. Sugere-se a criação de um alojamento materno e a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como medida imprescindível para a qualidade do cuidado, pois estes podem propiciar a integração da família durante o processo de hospitalização do RN. Palavras chave: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermagem neonatal. Pais.

13797

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

ALISSÉIA GUIMARÃES LEMES

ACIDENTES COM PRÉ-ESCOLARES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Lemes, AG; Nascimento, VF;

ACIDENTES COM PRÉ-ESCOLARES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA Lemes, AG1 ; Nascimento, VF2 . Resumo Introdução: A fase pré-escolar corresponde aos primeiros anos de vida da criança. Nesse período ela passa por um processo intenso de desenvolvimento físico, sócio psicomotor e intelectual. Esse processo envolve a exploração do ambiente ao redor, normalmente motivadas pelo atrativo das cores, formatos e sons. A descoberta contínua desse mundo, somado a sinais de desatenção de cuidadores entre outros fatores, acabam propiciando situações de risco ou até mesmo acidentes. A imaturidade dessa clientela os tornam um grupo prioritário para atividades de prevenção e conscientização, realizadas em sua maioria por Unidades Estratégia de Saúde da Família (ESF), órgãos ligados ao trânsito e corporações militares. Os profissionais de saúde recebem em pronto-atendimento (PA), pronto-socorro (PS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) crianças encaminhadas para atendimento, com histórias de lesão e acidentes ocorridos em domicílio ou extra domicílio, como creches e escolas, sendo os locais mais frequentados por elas. Esses agravos têm importância por ocasionarem consequências orgânicas, psicológicas, sociais e econômicas e serem responsáveis por significativa parcela da morbidade, mortalidade e sofrimentos humanos1. Objetivos: Este trabalho teve como objetivo conhecer os acidentes com pré-escolares que foram atendidos em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família - ESF. Materiais e Métodos: A pesquisa é do tipo documental com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no livro de registro de atendimentos e procedimentos de uma ESF, no município de Barra do Garças-MT, num período compreendido entre março de 2010 a março de 2013. Essa unidade de saúde foi escolhida por ser próximo de duas instituições educacionais e se localizar distante do centro da cidade e de unidades hospitalares. Respeitando os procedimentos éticos, a pesquisa iniciou-se somente após a permissão da coordenação do serviço. Os dados foram coletados e agrupados conforme tipos de acidentes, profissionais envolvidos no atendimento, destino das vítimas e identidade dos acompanhantes. Para análise dos dados foi utilizado à estatística descritiva, apresentando os em números absolutos e percentuais. Resultados: Observa-se que em relação aos tipos de acidentes, 33% (n=13) corresponderam a ferimentos na região da cabeça e face, 20% (n=8) pelos ferimentos nos membros inferiores, 13% (n=5) ferimentos em membros superiores, 13% (n=5) ferimentos por quedas, 13% (n=5) por corpo estranho no nariz e ouvido e 8% (n=3) por intoxicação. Percebe-se que o profissional Enfermeiro participou 100% (n=39) nos atendimentos na unidade de saúde, acompanhado 94,9% (n=37) pelo profissional Técnico em Enfermagem. Enquanto o profissional médico esteve presente em apenas 7,7% (n=3) atendimentos e o profissional Odontólogo não teve nenhuma participação. Sobre o destino dos pré-escolares após o atendimento na ESF, 46% (n=18) encaminharam-se para suas residências, 39% (n=15) para a instituição educacional e 15% (n=6) para a unidade hospitalar. Os professores corresponderam a 26% (n=10) dos acompanhantes, 23% (n=9) estavam acompanhados da mãe e outros 15% (n=6) por diretor escolar. Discussão: No estudo não foi possível identificar as causas dos ferimentos na cabeça/face, membros superiores e inferiores, mas acredita-se que estão possivelmente relacionados a quedas, embora não tendo sido descrito nessa categoria no livro de registros. Muitos estudos revelam que boa parte dos acidentes mais comuns na primeira infância são as quedas em função do desenvolvimento psicomotor próprio desse período2. O profissional médico teve participação mínima nesses atendimentos, assim como o profissional odontólogo devido passarem um menor tempo na unidade e não estarem ligados diretamente ao atendimento com a

comunidade na recepção. Com relação às ocorrências atendidas na ESF, em sua maioria foram tratadas a nível primário, constatando que tais acidentes se enquadraram como sendo de pequena gravidade. Segundo a literatura, até àqueles, porém, que são encaminhados para a unidade hospitalar normalmente são avaliados rapidamente e liberados3,4. Os professores, principais acompanhantes dos pré-escolares acidentados nessa pesquisa, fazem parte do cotidiano das crianças e a falta de experiência deste profissional e a má estrutura física da unidade escolar aumenta o risco de ocorrência de acidentes. É importante que o cuidador tenha conhecimento dos costumes das crianças para estarem sempre preparados para identificar os quais fatores de riscos elas estão expostas5. Outros autores também ressaltam que esses adultos estão propensos a surpresas devido à falta de conhecimento, experiência e formação profissional4. Um estudo mostrou que o maior número de acidentes com crianças aconteceram quando elas se encontravam brincando, talvez seja nesse momento onde a atenção deverá ser redobrada1. Conclusão: Após o término do estudo verificou-se que as regiões mais acometidas nos acidentes foram à cabeça/face e os membros inferiores, deduzindo a geografia corpórea do trauma. Tais crianças ao chegaram à ESF, ao invés de receberem atendimento multiprofissional, são acolhidas e assistidas em sua maioria unicamente pela equipe de enfermagem, uma realidade comum de outras unidades de saúde, que não conseguem despertar e/ou compartilhar as responsabilidades e competências entre os demais integrantes da equipe. Dessa forma, o Enfermeiro assume função extra na tomada de decisão e na resolutividade do problema. O cenário escolar é origem de antigas e recentes discussões sobre acidentes infantis, ainda apresentam conforme alguns estudos baixa incidência de acidentes. Entretanto ao associar os dados encontrados com a fase de desenvolvimento na qual se encontra essas crianças, observa-se que esses acidentes pode ter ligação direta ou indireta com a instituição educacional, o que reforça a necessidade de ações nesse setor, tanto no aspecto físico quanto na formação dos cuidadores. Contribuições: O profissional de enfermagem precisa promover atividades de educação em saúde continuada com diretores, professores e pais a respeito de prevenção de acidentes no âmbito escolar e domiciliar visando minimizar os riscos que as crianças sofrem por acidentes devidamente preveníveis. E ainda capacitar a equipe multidisciplinar da ESF sob sua responsabilidade para recepcionar a criança no atendimento imediato após o acidente e possível encaminhamento a unidades hospitalares com o intuito de preservar a vida da criança e minimizar as consequências que pode gerar devido cada tipo de acidente. DESCRITORES: Prevenção de Acidentes, Pré-Escolar, Educação em saúde. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1- Garcia DS. Crianças atendidas em pronto-atendimento e pronto-socorro por causas externas: subsídios para melhoria da assistência. Enfermagem em Foco. 2011; 2(2):128-132. 2- Dantas DV, Alves KYA; Salvador PTCO, Dantas RAN. Atuação da enfermagem na prevenção de acidentes em creches. Revista enfermagem UFPE. 2010; 4(esp):1315-322. 3- Amaral SEM, Silva CLM, Pereira ERR, Guarnieri G, Brito GSS, Oliveira LM. Incidência de acidentes com crianças em um pronto-socorro infantil. Rev. Inst. Ciência Saúde. 2009; 27 (4):313-7. 4-Bezerra DRF, Silva APS. Profissionalização do educador de creche: negociações identitárias no momento de formação em nível médio. In: Neto CM, Alves NC, Paes MSL. Risco de acidentes na infância em uma creche comunitária de Ipatinga - MG. Revista Enfermagem Integrada. 2010; 3 (1): 381-94. 5- Silvani CB, Gomes GC, Sousa LD. Prevenção de Acidentes em uma Instituição de Educação Infantil: o conhecimento das cuidadoras. In: Neto CM, Alves NC, Paes MSL. Risco de acidentes na infância em uma creche comunitária de Ipatinga - MG. Revista Enfermagem Integrada. 2010; 3 (1): 381-94. _____ 1- Enfermeira Especialista em Saúde Pública. Docente auxiliar do Campus Universitário do Araguaia da Universidade Federal de Mato Grosso (CUA/UFMT). Barra do Garças-MT. E-mail: alisseia@hotmail.com 2- Enfermeiro. Mestre em Terapia Intensiva. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Garças-MT. E-mail: vagnerschon@hotmail.com.

13831

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

ANGELA MARIA LA-CAVA

A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO MANEJO DA TERAPIA INTRAVENOSA PELO ENFERMEIRO, NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: ANÁLISE DO CONTEXTO EM HOSPITAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Amorim, RAC; La-Cava, AM; Klippel, CS;

Na atualidade, novas tecnologias têm surgido para manejo da terapia intravenosa, inclusive do cateter central de inserção periférica (PICC)1, cuja capacitação para inserção é exigida pelo Conselho Federal de Enfermagem. Para tanto, é imperioso que os profissionais de Enfermagem estejam atualizados para que incorporem em sua prática novos conhecimentos técnicos, que contribuam para maior qualidade e segurança2, no processo de assistir e cuidar, bem como para seu aperfeiçoamento profissional. A metodologia da Acreditação Hospitalar vem se somar, instrumentalizando os profissionais através de ações educativas, que devem ser aplicadas na prática assistencial a diferentes clientelas e cenários em saúde. Estudos comprovam que procedimentos podem provocar iatrogenias e dolo aos pacientes. Assim, para o manejo da TIV, os enfermeiros devem focar em aspectos como contrôle de Infecção, práticas baseadas em evidências, ambiente seguro, e outros. Para atender ao que se preconiza como padrão de qualidade e segurança, o enfermeiro e equipe de saúde têm à disposição uma série de normatizações governamentais e ainda deve buscar suporte na literatura científica em busca de consensos e protocolos clínicos, que podem ser usados na íntegra, como também podem ser adaptados à realidade institucional. Como normatização governamental dispomos de: NR 32 aplicada à Terapia Intravenosa, Biossegurança do Trabalhador, Boas práticas na TIV e infusão de Hemocomponentes, sistematização da assistência de enfermagem em Terapia intravenosa - documentação e registro. A motivação principal para a realização da pesquisa se refere à magnitude da terapia intravenosa na prática do enfermeiro e equipe de enfermagem, visto que no cotidiano das unidades de internação é um dos procedimentos de maior recorrência, prevalência, independente de faixa etária e cenário. Ainda, há uma carência de estudos/ publicações nacionais com essa temática no Estado do Rio de Janeiro. Assim, em parceria com a ABEn-RJ, através de sua diretora Científico-Cultural e com a empresa NOVARE Assessoria e Capacitação Profissional, foi elaborado o presente estudo, que tem como objetivos: Identificar o manejo da Terapia Intravenosa/ cateter central de inserção periférica (PICC) e a incorporação de novas tecnologias na prática do enfermeiro; Mapear o status das instituições de saúde no manejo da Terapia Intravenosa/ PICC no Estado do Rio de Janeiro; Analisar o manejo da TIV/PICC pelos enfermeiros no Estado do Rio de Janeiro, visando à prática segura. Foi utilizada a abordagem quanti-qualitativa. Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros de serviços públicos (rede municipal, estadual, federal) e privados de saúde, que atuam em Instituições de Saúde, no Estado do Rio de Janeiro. Adotamos como critério de seleção da amostra: atuar no processo de administração/avaliação da terapia infusional e/ou prestar assistência a pacientes no manejo da terapia intravenosa e/ou do cateter central de inserção periférica (PICC) na Instituição, e/ou que participe ativamente de uma ou mais comissões ou serviços relacionados a estes, tais como: Serviço de Educação Continuada, Comissão de Controle de infecção Hospitalar, Comissão de Avaliação de Materiais, Gerência de Risco e Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Para a escolha das instituições participantes, foi feita uma listagem das unidades de destaque na assistência à saúde, nos respectivos municípios, cujos critérios de inclusão utilizados foram: Hospitais públicos, militares e privados que atendam a um ou mais critérios a seguir: hospitais de ensino, administração de quimioterapia, clientela pediátrica; clientela idosa, unidades de terapia intensiva: cirúrgica, neonatal, pediátrica, adulto, coronariana. O total de instituições

representadas foi de 88. Para a produção dos dados foi realizada a entrevista de grupo focal, através de um roteiro de perguntas enunciadas por um moderador, gravadas em fita cassete, transcritas na íntegra e guardadas pela responsável pela pesquisa, por um período de cinco anos e depois inutilizadas. Os grupos foram subdivididos, selecionados previamente de forma a contemplar, em cada um, enfermeiros do interior do Estado, da cidade do Rio de Janeiro, do serviço público e privado. Cada grupo foi alocado em uma sala, num total de quatro, localizadas no Centro de Estudos do Hospital Federal dos Servidores do Estado. Os moderadores eram enfermeiros escolhidos pela equipe de pesquisadoras e foram preparados antecipadamente para tal função e foram assessorados por um secretário. A entrevista focal teve duração em média de uma hora. Previamente, os participantes receberam o roteiro de perguntas, com cerca de dez dias de antecedência, para sua familiarização com os dados que deverão ser discutidos. O estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução 196/96, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, sendo aprovado através do Parecer 29224 de 2012. As perguntas norteadoras da discussão focal: Como se dá o manejo da terapia intravenosa, incluindo o PICC? e Existem Protocolos voltados para o manejo da terapia intravenosa e/ou PICC? Para análise dos dados será utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin e EPI-INFO. Das 88 (100%) instituições participantes, 63% eram públicas e 37% privadas; sendo 76% da cidade do Rio de Janeiro, e o restante das demais regiões do Estado. Quanto ao manejo da terapia intravenosa foi evidenciado que apenas 37% das instituições utilizavam a assistência sistematizada, através de protocolos, procedimentos operacionais padrão ou rotinas; 16% não utilizavam nenhuma ação sistematizada; 3% tinham mas não estavam implementadas; 7% ainda em fase de elaboração. Quanto ao cateter PICC, 34% da clientela atendida era pediátrica, incluindo em sua maioria os de unidade de terapia intensiva neonatal (62%) e pediátrica; de adultos somente 7%; 24% dos cateteres eram utilizados em pacientes submetidos a transplante de medula óssea. Nas instituições, o número de enfermeiros capacitados como insertadores de PICC foi de 26%; apenas 3% delas tem Comissão de Cateteres Venosos; apenas 2% tinham Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS). O estudo teve como conclusão: a necessidade de que sejam elaboradas políticas e procedimentos, visando melhorar a qualidade e segurança no manejo da TIV, e a adoção de melhores práticas na manipulação de medicamentos intravenosos. Quanto ao uso do PICC, predominantemente em terapia intensiva, recomenda-se a difusão de modo a comtemplar mais hospitais e outros pacientes. Descritores: cuidados de Enfermagem, administração intravenosa, tecnologia. EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança. REFERÊNCIAS: 1. MARTIN, Lelia; SEGRE, Conceição Aparecida. Capacitação. In Manual Básico de Acessos Vasculares. São Paulo: Editora ATHENEU, 2010 2. Joint Commission Internacional. Padrões da Joint Padrões da Joint Commission Internacional para Hospitais (editado por) Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA. 2010.

14501

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

CAROLINE MAIER PREDEBON

TRAJETÓRIA DO PICC NA PEDIATRIA DE UM HOSPITAL ESCOLA DA REGIÃO SUL

Predebon, CM; Sanseverino, SLA; Hoffmann, VRK; Ludwig, MCF; Ribeiro, NRR;

Introdução: Atualmente, a indicação Peripherally Inserted Central Catheter (PICC), é uma escolha segura de terapia endovenosa e garante a qualidade do processo de cuidar da enfermagem. O PICC é um cateter não tunelizado, inserido através de veia periférica, devendo localizar sua ponta em veias centrais, possui em torno de 60 cm de comprimento e usualmente é feito de silicone ou poliuretano 1. O PICC vem se tornando o cateter de primeira escolha em diversas situações terapêuticas na pediatria, principalmente por preservar a rede venosa, evitar múltiplas punções no decorrer da internação e ter baixo índice de complicações e infecções 1. O hospital escola, foco deste relato, é referência na região sul do país em casos de alta complexidade, recebendo, portanto, pacientes que necessitarão de terapia intravenosa prolongada. Antevendo a necessidade desta clientela, em 2000 os olhares se voltaram para o PICC, cuja utilização vinha crescendo em nível mundial. Ele está indicado quando: há previsão de terapia intravenosa por mais de sete dias, incluindo administração de antibióticos, infusão de quimioterápicos, drogas irritantes e/ou vesicantes, com extremos de pH e osmolaridade, infusão de hemoderivados e verificação de pressão venosa central (PVC) 2. A Resolução 258/2001 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece a implantação do PICC como competência do enfermeiro, desde que capacitados para tanto 3. Assim, tornou-se necessário a instrumentalização de mais enfermeiros para inserção e manutenção do PICC em recém-nascidos (RN) e crianças internadas na instituição. Objetivo: Relatar a evolução da utilização do PICC nas unidades pediátricas de um hospital escola. Método: Trata-se de um relato de experiência. Resultados: Em 1999 iniciou a trajetória do PICC na instituição com estudos em Suporte Nutricional por um grupo multiprofissional do Serviço de Pediatria. Em 2000 iniciou-se a sensibilização das equipes médica e de enfermagem da pediatria e neonatologia através de palestra sobre experiência de uso do PICC. A partir deste encontro construiu-se um Grupo de Estudos com enfermeiros da pediatria e neonatologia, para elaborar rotinas de indicação, cuidados, analise de materiais para uso nos pacientes e construir protocolo de acompanhamento do paciente com PICC. O primeiro PICC, neste hospital, foi passado na pediatria em 05/10/2000. Foi utilizado um cateter de silicone ponta aberta nº 3 french Em 2002, três enfermeiras, com apoio da administração do hospital, participaram de um Curso de Habilitação na Inserção de PICC na cidade de Curitiba. Em 2004 estas enfermeiras integraram o Grupo de Protocolo de Cateter Venoso Central da instituição para colaborarem nas questões pediátricas e neonatais do PICC. Em 2005, foi finalizado esse protocolo e instituída a Comissão de Cateter Venoso Central (COMCAT) com a participação destas enfermeiras. Em 2006, foi elaborado um Projeto de Desenvolvimento e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição aprovado com o parecer nº 06.584 4 , com o objetivo de ampliar o uso do PICC e monitorar sua utilização nas unidades pediátricas e neonatal. Com o tempo, houve maior demanda e frente a esse novo cenário, surgiu à necessidade de habilitar mais enfermeiros para a inserção do PICC. Foi realizada consulta com o Conselho Regional de Enfermagem do RS (COREN-RS), e após iniciou-se, em abril de 2006, o primeiro Curso de Extensão para habilitação dos enfermeiros, em parceria com o Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS. O curso foi composto de 40 horas de aulas teóricas e práticas supervisionadas para enfermeiros da neonatologia e da Pediatria, habilitando 14 enfermeiros. Foram concluídos seis cursos, habilitando 94 enfermeiros, agora ampliado à área de assistência ao adulto. Está em andamento o sétimo curso, com 19 enfermeiros. Durante os cursos, a supervisão das inserções do PICC foi realizada por enfermeiros já habilitados. O diferencial

assistencial do PICC veio em 2008, com o uso do cateter valvulado. Este modelo apresenta menor risco de obstrução, possibilita coleta de sangue, infusão de hemoderivados, tratamento de longa duração, alta hospitalar com o cateter e manutenção ambulatorial. Assim, foi intensificada a utilização do PICC na unidade de onco-hematologia pediátrica, como importante recurso para o tratamento hemato-oncológico, aumentando o tempo de permanência do cateter. Os cateteres com maior tempo de permanência, foram entre 735 e 944 dias , em cateteres inseridos em 2008 e 2010. Os modelos mais utilizados são os ponta aberta de 1,9 ou 2 french, mono lúmen, e 2 french, duplo lúmen para RN e lactentes com vasos menos calibrosos. Para crianças maiores, os valvulados 3 e 4 french. O uso cotidiano deste cateter requer atenção da equipe de enfermagem devido à incidência de eventos adversos e complicações que podem advir de cuidados inadequados. É de extrema importância a educação permanente da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do dispositivo, promovendo estratégias para qualificar a assistência, com consequente diminuição da remoção precipitada do cateter e das complicações relacionadas ao uso. Conclusões: RN e crianças de diferentes patologias têm se beneficiado com o uso do PICC. As grandes vantagens do cateter é preservar os pacientes de múltiplas punções diminuindo o sofrimento da criança e sua família. Com essa prática vem se observando diminuição significativa da realização de flebotomias na Instituição, bem como a redução dos índices de infecções relacionadas aos Cateteres Venosos Centrais. O uso do PICC valvulado na onco-hematologia proporcionou aumento no tempo de permanência do cateter e a possibilidade de alta hospitalar com o dispositivo, dando continuidade da administração da quimioterapia em nível ambulatorial e internações subsequentes ao longo do tratamento. Contribuições/Implicações para enfermagem: O aprimoramento da técnica do PICC tem trazido visibilidade ao enfermeiro por ser o agente principal deste processo. Sabe-se que o uso prolongado do cateter está diretamente relacionado à qualidade da assistência de enfermagem e o seu uso vem melhorando a aderência do paciente e família ao tratamento. Também se vislumbra ampliação da técnica, a partir do domínio na inserção apoiada pelo uso de Ultrasom e a implantação de um Grupo de Insertadores de PICC, investindo na expertise de profissionais, como referencia na instituição para a instalação, acompanhamento e assessoria sobre o PICC. Descritores: cateter venoso central, enfermagem pediátrica, cuidado de enfermagem Referências 1. Baiocco, GG, organizadora. O cateter de inserção periférica- CCIP na prática de enfermagem. 1ºed. Porto Alegre(RS): Moriá, 2013. 2. Martim LGR, Segre CAM, editoras. Manual básico de acessos vasculares. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. 3. COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Reconhece a implantação do PICC como competência do enfermeiro. Resolução nº 258, de 12 de julho de 2001. 4. Ribeiro, NRR et all. Implantação do PICC em RNs, crianças e adolescente internados no HCPA [projeto de pesquisa]. HCPA, Porto Alegre, 2006. Aprovado no Comitê de ética do HCPA nº 06.584.

13864

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

DANIELE DE SOUZA VIEIRA

ANÁLISE DOS REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA A NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Vieira, DS; Costa, DKG; Santos, NCCB; Reichert, APS;

INTRODUÇÃO: Os dois primeiros anos de vida são acompanhados por rápido desenvolvimento das habilidades psicomotoras. Por isso, carências nutricionais ou práticas alimentares inadequadas nessa fase podem interferir no crescimento e desenvolvimento e aumentar os riscos de morbimortalidade infantil1,2. Pensando nisso, o Ministério da Saúde elaborou alguns programas visando reduzir as carências nutricionais, proporcionando as crianças, suplementações de alguns micronutrientes, como forma de prevenir patologias recorrentes na infância. Esses programas de suplementações são principalmente de Ferro e Vitamina A, pois a deficiência desses micronutrientes em crianças a partir dos seis meses de vida é mais prevalente, devido à interrupção da amamentação, sendo consideradas problema de saúde pública. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A busca reduzir e controlar a deficiência nutricional desta vitamina em crianças de 6 a 59 meses de idade, nas áreas consideradas de risco, como o Nordeste, onde as crianças apresentam maior vulnerabilidade a hipovitaminose3. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro é uma estratégia voltada para o controle e redução da anemia por deficiência de ferro nos grupos populacionais vulneráveis, e são fornecidas a crianças na faixa etária de 6 a 18 meses4. O instrumento mais utilizado atualmente nos serviços de saúde para registrar o fornecimento das suplementações é a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), na qual é possível verificar a data e a dose administrada. A CSC é um instrumento essencial para a vigilância integral da saúde da criança até os dez anos de idade, que deve ser levada nas visitas a qualquer serviço de saúde e em todos os níveis assistenciais. Contudo, observa-se que algumas equipes de saúde não estão registrando adequadamente as informações na CSC, comprometendo o acompanhamento de saúde por todos os envolvidos no cuidado à criança. Na CSC existe uma página destinada à informação aos cuidadores sobre a importância das suplementações de ferro e vitamina A e outras destinada apenas aos registros dessas suplementações, diferente da caderneta antiga, em que o local do registro era junto ao registro das vacinas, o que favorecia o registro da suplementação. O registro das suplementações na CSC é tão importante quanto o registro das vacinas aplicadas, sendo imprescindível também registrar a data do retorno para a próxima dose, assim como orientar os responsáveis sobre seus benefícios para a saúde da criança. OBJETIVO: analisar o registro da suplementação de ferro e vitamina A presentes na CSC em crianças usuárias da Estratégia da Saúde da Família no município de João Pessoa- PB. METOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em 15 Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III do município de João Pessoa-PB. A amostra foi constituída de maneira aleatória simples por 176 mães de crianças menores de dois anos, cadastradas nas Unidades Isoladas de Saúde da Família. Os Critérios de inclusão: ser mãe/acompanhante de crianças menores de dois anos de idade; estar cadastrada na USF Isolada do Distrito Sanitário III; portar a Caderneta de Saúde da Criança no momento da entrevista; mães e/ou acompanhantes ter condições para ser o respondente da entrevista, tais como capacidade de entendimento, expressão e compreensão dos documentos apresentados (TCLE). Os dados foram coletados nos período de dezembro de 2012 a março de 2013, na medida em que as mães compareciam à USF com as crianças, para a consulta de enfermagem ou para vacinação, portando a Caderneta de Saúde da Criança. A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil sob o número do CAAE:

02584212.3.0000.5188 e aprovado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CEP/CCS sob protocolo n° 0096/12. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que as mães assinassem sua anuência, no caso de aceite em participar da investigação. RESULTADO: Das 176 Cadernetas de Saúde da Criança analisadas, cerca de 50% das crianças eram do sexo masculino, com faixa etária predominante entre 0 a 6 meses (40%), seguida da idade entre 13 a 24 meses (34%). As mães apresentavam, na sua maioria, faixa etária entre 21 e 30 anos (48%) e o grau de instrução com maior frequência foi ensino fundamental incompleto (36%). Ao observar os registros dos dados referentes à suplementação de ferro e vitamina A, constatou-se uma variedade de anotações, desde situações em que não havia nenhuma anotação sobre o uso desses nutrientes, mesmo a criança apresentando a faixa etária recomendada, cerca de 15%; apenas anotação da suplementação de Vitamina A (44%); apenas anotações de suplementação de Ferro (1,1%) e poucas apresentavam registros das duas suplementações, aproximadamente 8%. Vale ressaltar que em algumas CSC os registros de Vitamina A não se encontravam no local indicado, sendo registrado no calendário básico de vacinação. O pouco registro encontrado da suplementação de ferro geralmente não apresentava o quantitativo da última administração. Todavia, observaram-se os aprazamentos das suplementações em todas CSC de acordo com a idade. CONCLUSÃO: Considerando a relevância do uso do suplemento de ferro e vitamina A e a necessidade dos registros adequados na CSC, o presente estudo permitiu inferir o déficit de registro envolvendo a administração ou distribuição, principalmente da distribuição do Sulfato ferroso, já que há uma maior proporção de registro da suplementação de vitamina A. Acredita-se que as crianças estão fazendo uso das suplementações, apesar de não haver registro informando, pois as mães relataram que seus filhos fizeram essa suplementação. Esses achados são preocupantes, pois a falta de registro na caderneta compromete a vigilância em saúde da criança pelos profissionais em e descaracteriza a CSC como instrumento capaz de proporcionar o acompanhamento longitudinal das crianças. Por isso, recomenda-se que os profissionais que assistem a criança uma maior atenção e comprometimento nos registros na caderneta da criança, a fim de proporcionar um acompanhamento efetivo do crescimento e desenvolvimento infantil e das condutas realizadas no encontro terapêutico com a criança e sua família. Descritores: Suplementos dietéticos; Criança; Saúde da criança REFERENCIA: 1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança. Serie A. Manual de normas técnicas. Manual para utilização da caderneta e saúde da criança. Brasília; 2005. 2. Garcia MT, Granado, FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011. [acesso em 12 Jul. 2013]. 27 (2). Disponível em: . 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vitamina A Mais - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 5. Lima DB, Fujimori E, Borges ALV, Silva MMS. Prática alimentar nos dois primeiros anos de vida. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo, 2011 dez. [acesso em 12 Jul. 2013]. 45 (esp.2). Disponível em: .

14344

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

EDMARA BAZONI SOARES MAIA

O BRINCAR DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: BUSCANDO COMPREENDER SUA VIVÊNCIA

Pereira, AK; Maia, EBS; Ohara, CVS; Borba, RIH; Ribeiro, CA;

INTRODUÇÃO: Brincar é o trabalho da criança, é uma atividade essencial ao seu bem-estar mental, emocional e social, por meio do qual ela pode expressar emoções e liberar impulsos inaceitáveis socialmente de uma forma aceitável1. Neste contexto, o brinquedo vem sendo utilizado na assistência de enfermagem às crianças não só como uma forma de satisfazer a necessidade recreacional e propiciar seu desenvolvimento, mas também como um recurso facilitador de comunicação e de intervenção de enfermagem na forma de Brinquedo Terapêutico (BT)2. Este é um brinquedo estruturado que vem sendo empregado como meio de comunicação entre enfermeiro e criança tanto no ambiente hospitalar como na atenção primária. O Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD), um dos três tipos de BT3, auxilia este profissional a adentrar no mundo da criança e receber informações desta sobre o significado das situações vividas, podendo servir como um meio diagnóstico identificando suas preocupações e propiciando o alívio das tensões geradas por experiências consideradas atípicas para a idade2. Assim, o BTD torna-se um instrumento essencial na comunicação do escolar com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com o enfermeiro, visto que ter esse transtorno é uma condição atípica e geradora de diversos conflitos para a criança e sua família.Considerado como uma doença crônica, o TDAH é um distúrbio neurobiológico, que aparece na infância, que em geral é diagnosticado na idade escolar e envolve dificuldade da atenção e/ou hiperatividade/impulsividade4. No Brasil a prevalência do TDAH é de 3,6 a 5% entre a população escolar e evidências epidemiológicas de fora do país estimam um valor entre 2 e 10%, sendo predominantemente no sexo masculino em uma proporção de 9:15. O TDAH possui um forte impacto funcional e social na criança, além de interferir no ambiente escolar e familiar4. Embora as características da criança com TDAH sejam conhecidas, bem como suas consequências para a família, percebe-se ainda uma carência relacionada ao significado do que é ser uma criança com TDAH, na sua própria visão. OBJETIVO: Compreender a vivência da criança com TDAH expressa na sessão de BTD. METODOLOGIA: Estudo descritivo de natureza qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP sob nº0989/11, atendendo aos princípios da resolução 196/96, assim como o assentimento da criança. Foi desenvolvido no Núcleo de Atendimento Neuropsicológico Infantil (NANI) e na Escola Paulistinha de Educação Infantil da UNIFESP. Participaram do estudo seis crianças do sexo masculino,com oito anos de idade e diagnóstico clínico confirmado de TDAH há aproximadamente um ano. Os dados foram coletados entre junho/2011 a dezembro/2012 por meio de duas sessões individuais de BTD, exceto para duas crianças, Marcelo e Bob Esponja, que por motivos de término do acompanhamento psicológico, realizaram apenas uma sessão. A escolha do termo utilizado na pergunta norteadora dependeu do conhecimento que a criança tinha do seu transtorno, relatado pela mãe antes do início da sessão de BTD. Baseada na resposta, a criança era convidada a brincar a partir de uma das seguintes perguntas norteadoras: "Vamos brincar de uma criança que faz acompanhamento aqui no NANI?" ou "Vamos brincar de uma criança agitada/distraída/hiperativa?" ou "Vamos brincar de uma criança que toma remédio para ficar mais calma?". Segundo os profissionais do NANI, as próprias crianças costumam denominar-se de "agitadas" ou "distraídas", não sendo comum utilizarem a palavra "hiperativa". As sessões de BTD seguiram a técnica preconizada na literatura, assim como o material utilizado. Realizou-se ainda uma conversa informal com as mães para obter dados de caracterização e para que pudessem esclarecer alguns aspectos de sua

brincadeira. Com o mesmo propósito, foi consultado o prontuário das crianças, coletando-se nele informações pertinentes ao estudo. RESULTADOS: O brincar da criança com TDAH revelou, simbolicamente, o quanto é difícil para ela vivenciar esse transtorno. Ela tem dificuldade de manter a atenção e reconhece que é distraída, levando-a a perceber-se diferente das outras crianças. Essa questão gera conflitos entre ela e os amigos da escola ou dela com seus familiares, e a faz negar o TDAH. Toda essa situação gera, na criança, uma baixa auto-estima, um sentimento de incapacidade e até a superestimação dos problemas com os quais se depara, por julgar que não será capaz de enfrentá-los. Ao mesmo tempo, ela faz um movimento em direção à superação dessas dificuldades, pedindo ajuda e tentando mostrar sua necessidade de pertencer e ser aceita em um grupo, do qual se percebe excluída, por "ser diferente". Por fim, ela demonstra o quanto deseja ser forte e tenta vencer os obstáculos impostos em seu cotidiano. Essa vivência encontra-se descrita em seis categorias temáticas: Tendo dificuldade em manter a atenção; Percebendo-se diferente; Vivenciando conflitos: a briga como parte do seu cotidiano; Negando ter TDAH; Percebendo-se incapaz; Desejando ser forte e Tentando superar as adversidades. CONCLUSÃO: O TDAH é um transtorno que afeta o equilíbrio emocional da criança e atinge a família e sua identificação deve ser realizada precocemente em nível de atenção primária, por meio da avaliação do comportamento da criança, em casa e na escola, e da dinâmica familiar. A utilização do BTD como instrumento de comunicação, possibilitou o conhecimento dessa vivência do ponto de vista de quem a experiencia, favoreceu a catarse, e foi fundamental para dar voz à criança com TDAH, proporcionando-lhe alívio de tensão, oportunidade de compreender e ressignificar sua vivência, oferecendo subsídios para seu cuidado. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O enfermeiro é peça fundamental no tratamento multiprofissional da criança com TDAH. É um profissional capacitado para realizar uma primeira identificação e encaminhamento para um especialista e trabalhar com a família, suas potencialidades e dificuldades no manejo dessa criança. Para tanto, é imprescindível que conheça o significado dessa vivência para a criança e que o cuidado à mesma contemple o uso do BT, tanto no âmbito ambulatorial como hospitalar. Recomenda-se, que o BT seja incluído como instrumento de cuidado a essa população e que se realizem estudos relacionados ao efeito desta intervenção nas situações de vida da criança. REFERENCIAS 1. Hockenberry MJ. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8 ed. Gomes LT, tradutor. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. 1320p. 2. Ribeiro CA, Borba RIH, Rezende MA. O brinquedo na assistência à saúde da criança. In: Fugimori E, Ohara CVS, organizadoras. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Sao Paulo: Manole; 2009. P.287-327. 3. Vessey JA, Mahon MM. Therapeutic play and the hospitalizedchildren. J. PediatNurs. 1990; 5(5): 1563-68. 4. Benczik EB. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. Capitulo 1, Características do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; p.25-30. 5. Psiqweb [home page]. Sao Paulo, SP: [atualizado em 2011; acessado em 07 mar. 2011]. Disponivel em http://www.psiqweb.med.br/ DESCRITORES: Jogos e brinquedos. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Enfermagem Pediátrica

13983

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

FLAVIANA ANSELMO DANTAS

SAÚDE DA CRIANÇA E INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Damasceno, SS; Reichert, APS; Dantas, FA; Medeiros, SG; Toso, BRGO; Collet, N;

Introdução: O termo integralidade pode ser encontrado designando várias dimensões e sentidos, ora como eixo integrador de serviços, auxiliando a sua organização, ora como visão holística do sujeito do cuidado, ou como ações de atendimento integral de demandas e necessidades1. A saúde da criança deve dirigir-se para o contexto da integralidade do cuidado e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem ação fundamental na vigilância da saúde infantil, apresentando-se como possibilidade para o enfrentamento dos problemas de morbidade, mortalidade e qualidade de vida da população2. Dentre os aspectos relevantes para a avaliação da integralidade está a prática dos profissionais de saúde no âmbito dos serviços prestados à população. Objetivo: avaliar a integralidade na atenção à saúde da criança no âmbito dos serviços prestados em unidades de saúde da família em João Pessoa-PB. Método: estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF's) localizadas no Distrito Sanitário III do município de João Pessoa - PB. A população do estudo foi composta de familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores de crianças com idade até nove anos, onze meses e 29 dias. O número de atendimentos identificados para a faixa etária até 10 anos no período de seis meses anteriores a coleta foi de 21.486 distribuídos nas 53 equipes de saúde. A partir desse dado, a amostra foi definida por amostragem probabilística casual simples estratificada, a saber, 343 crianças, considerando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. A seleção dos participantes se deu por amostragem sistemática simples, com o acompanhante da criança na fila de espera para consulta médica ou de enfermagem. Assim, iniciou-se convidando o último familiar da fila de espera para entrevista e, caso esse não aceitasse, o imediatamente anterior e assim sucessivamente, até completar a cota amostral estabelecida para a referida unidade. O cuidador respondente deveria conhecer a unidade que iria avaliar, assim, foi incluído aquele que levou a criança para atendimento naquela determinada unidade por, pelo menos, duas vezes, além daquela que estava aguardando atendimento. A coleta de dados foi realizada utilizando o instrumento validado no Brasil, PCATool-Brasil versão criança, no qual a integralidade é contemplada no âmbito dos serviços disponíveis e prestados. Ressalta-se que há no início do instrumento três questões que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde, podendo o respondente afiliar-se ao profissional "enfermeiro", "médico", ao próprio serviço, "USF" ou responder "outro". Ao selecionar um profissional ou serviço, o respondente dava seguimento à entrevista avaliando aquele profissional ou serviço mencionado pelo entrevistado. As respostas do instrumento são do tipo Likert, com quatro possibilidades de respostas: "com certeza sim", "provavelmente sim", "provavelmente não", "com certeza não" e "não sei / não lembro". Para este trabalho foram considerados apenas os resultados obtidos no item serviços prestados. A entrevista foi realizada nas salas de espera das USFs após apresentação do estudo ao familiar da criança e assinatura do TCLE. A pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os preceitos éticos. O estudo tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste do Paraná - UNIOESTE (Parecer 044/2012). Resultados: Para o item H1, orientações para uma vida saudável, constatou-se que 74,4% (n=256) dos pais ou cuidadores afirmaram com certeza receber tais orientações, ressalta-se que dentre esses, 50% (n=172) afiliaram-se ao profissional enfermeiro e 20,1% (n=69) ao profissional médico. Quanto ao item H2, segurança no lar, 48,5% (n=167) dos entrevistados confirmaram receber essas orientações, desses 33,1% (n=114) indicaram o enfermeiro como profissional responsável pelas mesmas e somente 11,9% (n=41) vincularam ao médico. No item H3, orientações quanto ao crescimento e desenvolvimento da criança, 52,9% (n=182) dos

respondentes afirmaram haver recebido tais orientações, sendo 39,5% (n=136) provenientes do enfermeiro e 10,5% (n=36) do médico. No que diz respeito a informações quanto a maneiras de lidar com os problemas de comportamento da criança, item H4, 61,3% (n=211) dos participantes afirmaram não receber nenhuma orientação. As orientações para manutenção da criança em segurança, avaliadas no item H5, também não foram recebidas pela maioria dos entrevistados 51,7% (n=178), e dos que afirmaram receber tais orientações 41,6% (n=143), a maior parte 30,2% (n=104) foram fornecidas pelo profissional enfermeiro. A frequência absoluta e percentual médio para o item H mostra que, do total de entrevistados, somente 24,7% (n=85) receberam as orientações avaliadas neste item, dos quais 19,2% (n=66) as receberam do profissional enfermeiro e apenas 4,7% (n=16) do médico. Esses resultados indicam que a oferta de um cuidado integral à criança no contexto da ESF apresenta fragilidades significativas, pois dos itens avaliados apenas o H1 que trata de orientações básicas para manutenção de uma vida saudável foi ofertado à parcela significativa de pais participantes da pesquisa. Os itens H2 e H3 que tratam de importantes aspectos para a promoção da saúde, como segurança no lar para evitar acidentes domésticos e crescimento e desenvolvimento da criança, apresentaram valores muito baixos, indicando que há necessidade qualificar o atendimento em relação aos cuidados no manejo das orientações para promoção da saúde infantil. Os resultados dos itens H4 e H5 mostram que mais da metade dos entrevistados nunca receberam orientações relativas a problemas comportamentais da criança e cuidados para mantê-las em segurança, revelando certo desinteresse do profissional por aspectos relativos ao meio social da criança. Esse achado é preocupante, pois estudo3 mostrou que o atendimento à criança deve envolver a compreensão de que seu desenvolvimento sofre influências dos fatores biológicos, do meio social e familiar, necessitando assim, de uma visão integral da criança. Também é relevante a consideração de que em todos os itens avaliados o enfermeiro foi apontado como o profissional que mais ofertou as ações de caráter integral, mesmo diante de um contexto onde a integralidade do cuidado se apresenta com fragilidades. Ações desse tipo não devem ficar a cargo de somente um profissional da equipe, pois, para que a integralidade do cuidado à criança se efetive, é preciso cooperação, complementaridade e articulação das ações dos profissionais. Conclusão: Os resultados mostraram uma situação preocupante no que diz respeito à integralidade na atenção à criança na Estratégia de Saúde da Família, pois o resultado da maioria dos itens avaliados indica a necessidade de mudança nas práticas dos profissionais que atendem à criança, modo a produzir o cuidado com qualidade a esse grupo. Implicações para Enfermagem: é necessário que o enfermeiro e demais profissionais valorizem a escuta, o diálogo, trabalhem aspectos da educação para à saúde e busquem articulação e interação com as famílias no sentido de garantir a integralidade da atenção. Descritores: Integralidade; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança. Referências 1. Pinho IC, Siqueira, JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. Rev. Elet. Enf. [Internet] 2006 [acesso em 2012 abril25]; 8(1): 42-51. Disponível em:http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm 2. Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. Mundo Saúde. 2009 dez; 33(2):150-60 3. Monteiro AI, Lima YN, Santos ADB, Teixeira GB, Macêdo IP. Humanização no atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais. Rev. Rene. 2012 jul-dez; 13(4):724-33.

14087

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE SOUSA

TRAJETÓRIAS EMPREENDIDAS NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRIANÇAS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA: RELATOS DE FAMILIARES CUIDADORES

Sousa, FGM; Araujo, SFC;

Introdução: Apesar de protocolos e fluxogramas formais de atendimentos bem estabelecidos pela rede assistencial e pelos órgãos gestores, os indivíduos desenham suas escolhas permeadas por necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais próprios. Essa condição define caminhos singulares e diferentes modos de busca por cuidados, que se inicia por um problema de saúde. Os indivíduos encontram modos particulares de interpretar seus problemas de saúde, assim como também possuem diferentes modos de enfrentar e agir diante de tais processos que geralmente envolvem não só aspectos biológicos, mas também fatores sociais, culturais, políticos e econômicos1,2. Assim, as tomadas de decisão e as escolhas relacionadas à busca pela resolução dos problemas de saúde estão enraizadas culturalmente com particularidades peculiares a cada indivíduo e a seu contexto. Acrescenta-se que os processos de escolha e a procura por cuidados se dá em função de uma demanda e de uma oferta de cuidados. Com estas assertivas foi delimitado o problema de pesquisa: Como se configura o itinerário terapêutico da criança com cardiopatia a partir do relato do cuidador familiar? Metodologia: estudo qualitativo descritivo desenvolvido no ambulatório de cardiologia pediátrica do Hospital Universitário da UFMA tendo como sujeitos de pesquisa 32 cuidadores familiares de crianças cardiopatas. A entrevista foi realizada com apoio de uma questão aberta para dar oportunidade aos entrevistados exporem livremente suas experiências e observações. O itinerário terapêutico, enquanto fluxo em busca de cuidados foi analisado utilizando a construção de diagrama para compreender o movimento dos cuidadores com seus filhos em busca de cuidados. O diagrama é uma representação esquemática de um processo apresentando uma sequência do desenvolvimento desse processo. Cada entrevista foi compilada segundo suas semelhanças e particularidades quanto à busca por cuidados gerando o diagrama. Resultado: O itinerário terapêutico dessas crianças foi revelado pela irregularidade nas trajetórias em busca de atenção em saúde, fato que se atribui a diferentes contextos por onde permearam múltiplos fatores que diz respeito à organização, ao acesso e à acessibilidade aos serviços de saúde, às decisões, às experiências de luto, negação e enfrentamento vivenciadas no percurso entre o diagnóstico, o tratamento e a busca da cura. Soma-se a essa realidade as características fisiopatológicas da cardiopatia congênita apresentando-se em níveis variados de gravidade e comprometimento que vai de casos assintomáticos a graves. Da mesma forma, a demanda de cuidados é diversificada e parece estar relacionada à sintomatologia apresentada pela criança que desperta nos cuidadores e profissionais menor ou maior atenção. O itinerário terapêutico de crianças com cardiopatia parece ter sido definido a partir do local de nascimento e da compreensão das alterações observadas na criança pela família ou pelas pessoas com algum tipo de convivência com a mesma. Nascer em uma unidade de saúde do nível terciário, determinou para as crianças a segurança do diagnóstico precoce e a continuidade da assistência. Entretanto, nascer em unidades de saúde de outros municípios que não São Luís ou em maternidades de baixa complexidade embora localizadas na capital do Estado do Maranhão, significou diagnóstico tardio e um itinerário terapêutico longo, caracterizado por dificuldades no acesso e na acessibilidade no SUS e a debilidade do sistema de referência e contrarreferência revelando a não articulação entre os subsistemas. A acessibilidade organizacional do SUS foi notadamente o que marcou o itinerário terapêutico dessas crianças. Mediante essas condições, cuidadores buscaram, por meios próprios, alternativas no sentido de ultrapassar as barreiras relacionadas ao acesso formal aos

serviços. E como estratégia surgiu na fala dos cuidadores as figuras mediadoras ou facilitadoras para o acesso informal, caracterizadas por familiares, políticos ou profissionais da saúde que diminuíram a espera e possibilitaram a utilização desses serviços. Essa condição revela que a capacidade resolutiva dos níveis de atenção relaciona-se diretamente com a eficiência do primeiro nível, sendo o profissional, em especial o médico, o principal vetor dessas ações. Os profissionais da Atenção Primária estão inseridos com maior proximidade do contexto dos usuários e suas famílias, portanto, configuram-se como aqueles que são, ou ao menos deveriam ser, o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde. Considerando a importância da atenção primária como meio para atingir a saúde da população, esta é questionada quanto às formas de estruturá-la no que diz respeito, por exemplo, à ausência do médico pediatra nas unidades de Saúde da Família. Considera-se que para a população infantil e de adolescentes, o médico generalista do Saúde da Família teria conhecimentos limitados para atender essa demanda, estando assim vulneráveis a atendimentos superficiais e pouco resolutivos3,4. É possível compreender que nem todos os municípios sejam capazes de estruturar e manter os diversos níveis de atenção dentro de seus limites territoriais, principalmente os níveis terciários com maior densidade tecnológica, como, por exemplo, os ambulatórios de especialidades, atenção hospitalar, sistemas de apoio diagnóstico, terapias e cirurgias de alto custo, como é o caso das cardiológicas, entretanto, esse fato deveria exigir um sistema de referência e contrarreferência ágil, eficaz e de qualidade. A saúde suplementar (rede privada/planos de saúde) se configura como um dos marcos do itinerário terapêutico das crianças com cardiopatias, tendo em vista as alegações dos cuidadores relativas às dificuldades de acesso ao serviço público e o curso demorado para os atendimentos, seja para consultas com especialistas ou de apoio diagnóstico (exames laboratoriais e de imagem). Paralelo ao itinerário terapêutico, as crises ou as fases de agudização da doença fizeram gerar fluxos diferenciados e desintegrados em busca de atenção nos serviços ambulatoriais e urgências. A hospitalização em decorrência de complicações, principalmente pela pneumonia, definiram também o itinerário terapêutico. Em alguns casos, a suspeita e a confirmação diagnóstica se deram nessa oportunidade e, em outras, mais tardiamente. Esse fato gerou nos familiares cuidadores algumas alegações de insatisfação no tocante ao manejo inadequado da criança pelos profissionais, em especial às condutas médicas que não possibilitaram o diagnóstico ou nem mesmo a suspeita da cardiopatia. Na ausência de rede de serviços municipais para apoiar o diagnóstico e terapia foi necessário o Tratamento Fora do Domicílio. Esse processo ocorreu do município residente para o serviço terciário na capital do Estado e também deste para outros Estados. Conclusões: o itinerário terapêutico de crianças com cardiopatia vai além dos fluxos apresentados, uma vez que emergiram particularidades impossibilitando ser compreendido como um processo padrão, linear e uniforme. Outros fatores, condições e contextos influenciaram o itinerário terapêutico dessas crianças, entretanto, a organização da rede de serviços de saúde se destacou. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: os enfermeiros são os profissionais que sustentam e estruturam a atenção em saúde no nível primário, por isso deverão estar habilitados para identificar e reconhecer os sinais gerais que permita classificar uma criança com risco de portadora de cardiopatia. Essa condição permitirá melhor condução terapêutica e intervenção precoce com repercussões para a qualidade de vida das mesmas. 1.Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006; 22(11): 2449-2463. 2. Leite SN, Vasconcelos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, 2006; 13(1): 113-28. 3. Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. Rev Latino-am Enfermagem, 2007; 15(6). 4. Almeida PVB, Zanolli ML. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). Cienc Saúde Coletiva, 2011; 16(Supl. 1):1479-1488.

13854

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

JÉSSICA ALVES SACRAMENTO DE MORAES

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS E RIBEIRINHAS

Moraes, JAS; Dantas, AL; Lopes, TFS; Martins, LA; Alves, ES; Felzemburgh, RDM;

Introdução. A educação é considerada um instrumento transformador da sociedade onde toda ação educativa que proporcione a reavaliação e consequente formulação de novos hábitos em qualquer âmbito também esta inserido nesse processo1. Considerando o conceito de Saúde, conforme a Organização Mundial de Saúde, a qual traz uma visão de saúde voltada para todas as potencialidades do indivíduo (alimentação, lazer, religião, contexto social, educação,entre outros). Neste direcionamento as ações de saúde necessitam ser centradas na promoção da saúde e prevenção de fatores de risco e agravos para o desenvolvimento de doenças. Assim ao relacionar educação e saúde, tem-se que ambas são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, onde é possível encontrar uma interseção entre esses dois campos, tanto nos níveis da atenção à saúde quanto na aquisição continua de conhecimentos pelos profissionais de saúde1. Corroborando com este pensar o Grupo de Estudo Sobre a Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER), vinculado a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), vem buscando desenvolver atividades ensino, extensão e pesquisa voltados à saúde de crianças e adolescentes de comunidades tradicionais e vulneráveis. Dentre as atividades foi desenvolvido este trabalho de educação em saúde a crianças e adolescentes quilombolas e ribeirinhas, acerca de práticas preventivas de saúde. Visto que as condições de saúde de comunidades quilombolas e ribeirinhas encontram-se em condições precárias. Segundo Cabral-Miranda, Dattoli e Dias-Lima2 as condições de higiene pessoal, dos domicílios, o cuidado com a água e com os alimentos vem favorecendo as altas taxas de prevalência dos enteroparasitos e comensais, nestas comunidades, indicam a necessidade de programas específicos de tratamento, saneamento e educação, tanto domiciliares como peridomiciliares e nos arredores das escolas, que garantam melhorias da qualidade de vida das crianças e adolescentes. Vale salientar que estudos trazem que enquanto a mortalidade infantil vem diminuindo no país, nas comunidades quilombolas, esses valores são bastante expressivos e superam a média nacional, regional e estadual, classificando-se como alta, conforme critérios definidos pelo Ministério da Saúde3. Objetivo. Analisar a repercussão de práticas de educação em saúde para crianças e adolescentes de comunidades quilombolas e ribeirinhas, como também disseminar e proporcionar o conhecimento científico a partir da promoção da saúde. Metodologia. Versa em uma pesquisa descritiva, de abordagem quanti-qualitativa. Realizada em uma comunidade quilombola e uma comunidade ribeirinha do interior da Bahia, localizada a aproximadamente 292 km da Capital Baiana. No período de agosto de 2012 à julho de 2013. Tendo como participantes da pesquisa 38 crianças e adolescentes na faixa etária de 05 a 12 anos. Essa pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. No primeiro momento foram realizadas atividades educativas pautadas no modelo da problematização sugerido por Paulo Freire4, iniciando com atividades lúdicas para apreender o conhecimento de praticas e hábitos de saúde (cuidados higiênicos com o corpo, cuidados com os alimentos, entre outros), onde foi construído um painel de figuras, posteriormente foram expostos vídeos, realizados palestras acerca da temática e disponibilizado cartilhas educativas apropriadas para crianças e suas demandas locais de higiene e saúde. No segundo momento, após seis meses, foi realizado uma entrevista guiada por um formulário semi-estruturado contendo questões para avaliação de práticas e hábitos de saúde. A analise dos resultados quantitativos foram tabulados e utilizados o software SPSS versão 21.0, já para os dados qualitativos foi utilizado a Técnica Análise de Conteúdo Temática proposta

por Bardin5. Foram respeitados os aspectos éticos em todas as etapas da pesquisa conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Resultados. Dentre os participantes 53% eram do sexo feminino e 47% do sexo masculino, 45% se auto declaram negros, 24% trabalham, 100% freqüentam a escola. No que diz respeito as condições de hábitos de higiene: 13% não tem o habito de lavar as mãos, 61% tomam banho de 1-2 vezes ao dia, 71% costumam andar descalço. Com o recorte das falas emergiram três categorias, assim denominadas: "cuidando da higiene corporal", "cuidados para prevenção de doenças" e "um novo olhar para os cuidados com a saúde". Dentre os cuidados higiênicos as crianças dialogam sobre a importância do cuidado com as unhas para que estas estejam sempre limpas e bonitas, bem como a importância de escovar os dentes para não ficar com "mau-hálito". As crianças verbalizam acerca da importância de manter os pés calçados para que estes estejam sempre limpos e protegidos, no entanto não é um habito cotidiano como visto no percentil de 71% dos mesmos que andam descalço. A cerca dos cuidados para prevenção de doenças as crianças relatam a importância dos cuidados com o corpo como forma de eliminar/prevenir micróbios, bactérias e "bichinhos", pois estes são os causadores das doenças. Na categoria de novo olhar para os cuidados com a saúde o discurso das crianças relevam que as praticas desenvolvidas repercutiram num maior cuidado com a higiene, trazendo mudanças de hábitos cotidianos, tendo em vista que eles passaram a lavar mais as mãos, escovar os dentes e tomar banho, pois adquiriram conhecimentos da importância destas ações para a saúde. Conclusões. Ao entender a educação como um potencial transformador da sociedade, entendemos que ao compartilhar o conhecimento estávamos despertando as crianças, adolescentes e toda a comunidade para as suas potencialidades de melhoria das condições de hábitos e praticas de saúde. Sendo assim as ações continuadas de educação em saúde revelaram-se indispensáveis não só para compartilhar o entendimento de saúde bem como para acompanhamento e desenvolvimento de todos os eixos da comunidade. Implicações para a enfermagem. Durante o processo formativo o enfermeiro necessita ser capacitado com um olhar generalista na perspectiva de ter condições de atuar nos diversos campos e cenários de práticas de atenção a saúde. Nessa perspectiva, a EEUFBA através do grupo de estudos CRESCER vem buscando com esse trabalho traduzir uma real integração do tripé universitário de ensino, extensão e pesquisa na formação dos profissionais da enfermagem, buscando ultrapassas as muralhas da universidade e levar os conhecimentos adquiridos as comunidades mais carentes e vulneráveis, como também formar os enfermeiros com uma visão das peculiaridades de cada contexto de práticas de saúde, adequando sua linguagem e práticas numa perspectiva transcultural para adequá-los as particularidades de cada população. Concomitantemente, buscamos fazer com que os futuros profissionais de enfermagem desenvolvendo suas ações de educação em saúde mostram-se fundamentais como forma de prevenção e promoção da saúde bem como instrumento fortalecedor do vinculo do usuário com o serviço, principalmente nas comunidades vulneráveis que carecem de atenção, a despeito da comunidade quilombola e ribeirinha do estudo em questão.

REFERÊNCIAS 1. Kruschewsky JE. Experiências Pedagógicas de Educação Popular em Saúde: A Pedagogia tradicional versus a problematizadora. Rev Saúde.com, 2008; 4(2) XXX-160. 2. Cabral-Miranda G, Dattoli VCC, Dias-Lima A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. Revista De Patologia Tropical. 2010; 39(1): 48-55. 3. Guerrero AFH et al. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Munícipio de Santarém - Pará, Brasil. Saude soc. 2007, 16 (2): 103-110. 4. Freire P. Pedagogia do oprimido. 43ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 5. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4. Ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

Descritores: Criança. Adolescente. Educação em saúde. Enfermagem

13883

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

JOEL KUYAVA

QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Kuyava, J; Pedro, ENR;

QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS Kuyava, Joel Pedro, Eva Neri Rubim Introdução: A situação da vulnerabilidade a que estão expostas as crianças que vivem com aids, leva a refletir como e qual a melhor forma de tentar compreender como são abordadas as questões relativas ao seu modo de viver. Conversar com as crianças afetadas, ouvindo-as, torna-se fundamental para a compreensão da situação de doença e também como percebem a sua qualidade de vida. A epidemia de HIV/aids configura-se um dos mais sérios problemas contemporâneos de saúde pública, apresentando alto grau de morbimortalidade e perspectivas de um contínuo crescimento e propagação em todos os continentes. As possibilidades de controle dessa pandemia ainda parecem remotas, apesar do desenvolvimento de novas terapias e do esforço mundial na busca de uma vacina eficaz contra a infecção(1). A infecção pelo HIV revela questões singulares para pacientes, cuidadores e equipe de profissionais que as assistem, as quais se sobrepõem às encontradas em outras doenças crônicas. Essas particularidades dizem respeito às fantasias (e realidades) relacionadas à discriminação, preconceito, abandono e rejeição(2). Muitas vezes eles são considerados tendo algo que deve ser excluído da sociedade forçando-os a conviver com este fardo imposto pelos outros. Essa situação de algo proibido, que não pode ser revelado para ninguém demonstra o temor de ser identificado com algo que é inaceitável, e por isso, ser estigmatizado, excluído do grupo e ser visto como um diferente(3). A qualidade de vida em crianças e adolescentes tem merecido nos últimos anos uma crescente atenção. A progressão desta área de estudo, apesar de rápida, foi marcada por dificuldades de natureza teórica e de operacionalização. Os principais desafios se encontram na conceitualização e criação de instrumentos para verificação da qualidade de vida nessa faixa etária. Objetivo: Compreender o que é qualidade de vida para a criança que vive com HIV/aids, a partir da descrição do seu cotidiano e as implicações no seu modo de vida. Metodologia: Para tanto se desenvolveu um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no período entre novembro de 2012 e março de 2013 e contou com a participação de cinco crianças com HIV/aids, com idades entre nove e onze anos. Foi desenvolvido na Organização Não-Governamental (ONG) Mais Criança no município de Porto Alegre/RS. As informações foram coletadas por meio de uma entrevista semi estruturada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS. Resultados: O material resultante das entrevistas foi submetido a análise temática de conteúdo que evidenciou as seguintes categorias: Temores: a tristeza inconstante e Experiências: o conhecimento vivido. Na nossa sociedade as pessoas que vivem com HIV/aids buscam este ocultamento para manter em segredo o fato de ter uma doença ainda não aceitada. Em nossa cultura a pessoa vivendo com HIV/aids é tida com quem tem, algo tão terrível que é obrigado a manter segredo sobre si(4). A concepção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/aids contribui para acabar com o estigma e preconceito, podendo desmistificar a questão de que bem estar e qualidade de vida são estados contraditórios e incongruentes com a vida dessas pessoas. Isso vai ao encontro de as crianças terem disposição e superação em buscar um futuro mais promissor, em que cada uma possa desenvolver um projeto de vida com perspectivas futuras, como qualquer outro cidadão. A situação de viver com HIV/aids é de extrema adversidade, principalmente para os adultos, porem no caso específico de crianças, pode ser interpretada como fonte potencial para mudança e para novas oportunidades diante da vida(5).Evidenciou-se que em relação ao seu cotidiano elas relatam que não tem uma vida diferente das demais crianças. Elas não deixam de fazer suas atividades diárias em virtude de ter

que conviver com o HIV/aids ou ter que tomar as medicações, por mais que essa questão apareceu como uma implicação no seu modo de vida, além de manifestarem expectativas positivas no futuro. A interrupção ou mesmo a necessidade de adiar uma atividade em função de ter que tomar as medicações antirretrovirais, já está introjetada no seu viver, demonstrado pelo relato de um convívio de forma tranquila. Considerações Finais: A aproximação com essas crianças que vivem uma situação complexa e permeada de conflitos sérios, como seus medos, temores, esperanças, possibilitou conhecer as implicações na qualidade de seu viver cotidiano e ressaltar a importância de se apostar em um vínculo harmônico entre elas, a equipe e sua família para a manutenção de sua qualidade de vida. Considera-se importante o papel do profissional da saúde, e principalmente o enfermeiro, no que se refere buscar compreender, auxiliar e principalmente dar voz a essas crianças. Aprender a desenvolver uma boa relação com as crianças que buscam atendimento em um serviço para seu tratamento é fundamental, assim como a criação de um vínculo. O enfermeiro, muitas vezes é a referência para essas crianças, tanto pelo tipo de aproximação que faz com eles e seus familiares, como pela disponibilidade demonstrada em ouvir, ajudar, e principalmente não criticar ou julgar a situação que está sendo vivenciada. Ao profissional de saúde cabe também, saber trabalhar em equipe, pois é por meio de uma equipe multidisciplinar que pode se aprender a ver as diferenças com olhares semelhantes, e quem sabe, descobrir maneiras de agir e como agir para melhorar a qualidade de vida das crianças que vivem com HIV/aids. DESCRITORES: Criança. Qualidade de Vida. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. REFERÊNCIAS 1: Ceccato MGB, Acurcio FA, Bonolo PF, Rocha GM, GMDC. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5): 1388-1397. 2: Santos SV. Qualidade de vida em crianças e adolescentes com problemas de saúde: conceptualização, medida e intervenção. Rev. Psicologia, Saúde & Doenças. 2006; 7(1): 89-94. 3: Kuyava J, Pedro ENR, Botene DZA. Crianças que vivem com AIDS e suas experiências com o uso de antirretrovirais. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(3): 58-64. 4: Cruz EF. Infâncias, adolescências e AIDS. Educ. rev. 2007; 46. 5: Carvalho FT, Morais NA, Koller SH, Piccinini CA. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. Cadernos de saúde. 2007; 23 (9): 2023-2033.

14349

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

LINDSAY MENNA PEREIRA

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pereira, LMP; Toso, BRGO; Viera, CSV; Ross, CR; Obregón, PLO;

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA Lindsay Menna Pereira(1) Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso(2) Claudia Silveira Viera(3) Cláudia Ross(4) Phallcha Luízar Obregón(5) (1) Discente do 4º ano de Enfermagem na Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Bolsista PIPIC/CNPQ/UNIOESTE. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno Infantil (GPEMI), Cascavel/PR. Rua Maranhão 2925. Tel. 99536043. lindsaymenna@hotmail.com. (2) Enfermeira. Doutora em Ciências pelo programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, Professora Adjunta do Colegiado do Curso de Enfermagem e do mestrado Biociências e Saúde da Unioeste. (3) Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Adjunta do Colegiado do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Unioeste. (4) Enfermeira. Doutora em Microbiologia, Professora Adjunta do Colegiado do Curso de Enfermagem da Unioeste. (5) Médica, doutora em Saúde Pública, Docente do Colegiado de Medicina da Unioeste. Introdução: A atenção primária à saúde (APS) vem se estabelecendo como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) um meio para fortalecê-la. Dentre seus atributos principais, destaca-se o acesso, uso do serviço independente da situação de saúde do usuário. Entretanto, no Brasil, relata-se na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência(1), pois é vulnerável em sua efetividade. Objetivo: Elucidar como está ocorrendo o acesso de crianças menores de cinco anos e suas famílias nos serviços de APS, especificamente nas USF, para avaliar os serviços de atenção primária do município de Cascavel-PR, no que tange a um de seus atributos, o acesso de primeiro contato. Metodologia: Pesquisa desenvolvida em projeto multicêntrico, intitulado Avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança, aprovado pelo Edital universal CNPq 14/2011, sob nº 474743/2011-0. Estudo quantitativo de avaliação dos modelos de atenção em saúde realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e unidades de saúde da família urbanas do município de Cascavel, PR, por meio do instrumento de Avaliação da Atenção Primária denominado PCATool (Primary Care Assessment Tool) Brasil, versão criança. A amostra foi do tipo probabilística casual simples estratificada, dentre os usuários que estiveram presentes na unidade no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013. O total de sujeitos foi de 548. Nesse trabalho apresentamos os dados relativos apenas às equipes de saúde da família. Os formulários foram aplicados aos familiares de crianças na fila de espera da unidade de saúde. Os critérios de inclusão foram: conhecer a unidade de saúde, morar na área urbana, ter condições de ser o respondente do formulário. Os dados foram analisados quantitativamente por meio de estatística simples de distribuição de frequências absolutas e relativas, médias e medianas, sendo organizados em tabelas para posterior comparação com a literatura disponível acerca da temática em questão. Para todos os sujeitos participantes da pesquisa foi apresentado e solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Unioeste. Resultados e Discussão: A qualidade do acesso de primeiro contato é essencial para consolidação da APS, pela probabilidade de o serviço ser prestado em estágios iniciais(2). Entretanto, com barreiras neste acesso, não obtém-se atenção adequada, como os dados revelaram que a mortalidade infantil ocorre em 75% por causas evitáveis, assim como há aumento das hospitalizações por doenças de possível resolução na APS(3) e gastos adicionais para o Estado(2). O entendimento destes processos poderia levar a uma melhor utilização dos serviços e atender uma parcela da população que precisa de cuidado em saúde, porém não faz uso dele(4). Frente ao questionamento sobre a existência de

uma fragilidade na operacionalização do acesso de primeiro contato, analisou-se o princípio com base nos componentes utilização do serviço e acessibilidade, por meio dos quais, verificou-se que a maior parte da população entrevistada (94,1%), procura ou provavelmente iria à USF para atendimentos de rotina, afirmando ainda, com 53% das respostas, que o atendimento é ou provavelmente seria realizado no mesmo dia quando a criança está doente. Por outro lado, ressalta-se que 52,9%, consideram difícil marcar hora para a realização de uma consulta rotineira. Com relação ao atendimento médico, 58,8%, afirmaram que provavelmente ou com certeza não teriam dificuldade para consegui-lo. No que se refere à busca da unidade frente a um novo (incomum) problema de saúde, a maioria dos familiares (64,7%), afirmaram procurar outro serviço de saúde quando deparam-se com esta situação, o que sugere falta de confiança no serviço. No que tange à espera para realização da consulta, 64,7% afirmaram ser este tempo maior que 30 minutos, demonstrando ser essa uma falha no processo de trabalho nas áreas estudadas. Por fim, para aconselhamentos rápidos por telefone, houve o maior número de indivíduos que não sabiam responder (17,6%). Tais dados reunidos sugerem, portanto, uma fragilidade na operacionalização do atributo acesso de primeiro contato, pois para a autora do método de avaliação, apenas atributos com mais de 66,6% de respostas positivas podem ser considerados atributos efetivos na APS. Conclusão: Com o principio de um acesso efetivo, dentro da APS, há uma maior resolução dos problemas de saúde das famílias, em seus diversos contextos. Entretanto, apesar do acesso se concretizar em alguns pontos, os resultados sugerem algumas barreiras em sua efetividade, comprometendo a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema, caracterizado por baixa resolutividade dos problemas; dificuldade de manejo à demanda espontânea e em marcar hora para consultas de rotina; descrédito da população com relação à capacidade de resolução da USF, frente a um novo problema de saúde e ainda, a demora no atendimento. Constata-se, portanto, um agir em saúde fragmentando, impondo como necessário, ações específicas para o seu fortalecimento. Contribuições/implicações para a enfermagem: Conhecer como está ocorrendo o acesso de primeiro contato dentro da saúde da família, possibilita uma avaliação da eficácia específica desde atributo nas unidades de saúde. Desta forma, a enfermagem, como parte da equipe ativa dentro da estratégia saúde da família e com conhecimento das fragilidades existentes, pode agir no sentido de aprimorar e corrigir suas deficiências, para que os indivíduos utilizem o serviço, independente de sua situação de saúde. Ainda, avaliar o serviço faz parte da dinâmica de trabalho que possibilita rever práticas de cuidado e políticas de saúde para tornar o serviço mais efetivo para a população. Referências: 1) Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 29]; 17(11):2903-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001100007&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100007. 2) Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS; 2002. 3) Collet N, Oliveira BRG, Vieira CS. Manual de Enfermagem em Pediatria. Goiânia: AB; 2010. 4) Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Shehadeh I, Chitolina J, Rangel L. et al. Utilização de serviços de saúde por menores de cinco anos no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2002 [cited 2013 Aug 29]; 18(1):299-305. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000100030&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100030. Descritores: Saúde da criança; atenção primária à saúde; acesso aos serviços de saúde. Eixo: Cuidado a Saúde da Criança.

14419

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

LUCIANA PALACIO FERNANDES CABEÇA

IDENTIFICAÇÃO DA DOENÇA NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRIANÇAS COM CARDIOPATIA

Cabeça, LPF; Sousa, FGM; Araújo, SFC;

Introdução: As cardiopatias estão entre os problemas de saúde que geralmente evoluem para condições crônicas e como tal são caracterizadas por seu curso demorado e progressivo, necessidade de tratamentos prolongados e pelo seu impacto na capacidade funcional do indivíduo1. Estas características dão ao itinerário terapêutico significados, ações, condutas e desfechos muito particulares, requerem assistência e seguimento por profissionais de saúde, causam repercussões no cotidiano da criança e de todos os membros da família2. Estas evidências contribuíram para a construção do questionamento da pesquisa: Como se configura o itinerário terapêutico da criança com cardiopatia a partir da experiência do cuidador familiar? Objetivo: compreender o itinerário terapêutico de crianças com cardiopatia. Metodologia: como apoio para análise e interpretação dos dados subjetivos utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que consiste essencialmente em analisar o material verbal coletado, extraindo-se de cada um dos depoimentos as Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave. A partir dessas figuras metodológicas é possível compor um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo3. Para apreender os dados utilizou-se a entrevista aberta e individual. A entrevista foi conduzida pela indagação: fale tudo o que aconteceu desde quando desconfiaram da doença ou foi observado algo com o(a) seu(sua) filho(a) até hoje. Foram utilizadas perguntas circulares para aprofundar a compreensão do objeto de investigação. Participaram da pesquisa 32 cuidadores de crianças com alguma cardiopatia entendendo como cuidador familiar os familiares (mãe, pai, avô, avó, tio, tia, entre outros) ou outra pessoa de confiança da família que proporcione algum cuidado ao indivíduo4. A pesquisa foi realizada no ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. As tramitações éticas da pesquisa estão vinculadas ao projeto O Cuidado Materno e Profissional à Criança Portadora de Condição Crônica, submetido à Comissão Científica e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-UFMA, sendo aprovado conforme o protocolo nº 001798/2010-90 e parecer nº 192/10. Resultados: da investigação será apresentado um dos temas - A identificação da doença - que emergiram do processo analítico apoiado pelo Discurso do Sujeito Coletivo. Esse tema foi nomeado construído a partir de duas ideais centrais: Percebendo as alterações no filho e tomada de decisão para o início do Itinerário Terapêutico e O saber profissional no diagnóstico da cardiopatia. O tema e as ideias centrais revelaram que o ponto de partida para o início do Itinerário Terapêutico de crianças com cardiopatia se deu a partir da identificação de sinais relacionados a alguma alteração na criança por mães, familiares, vizinhos ou pessoas próximas à mesma. Portanto, a iniciativa para a primeira atitude em busca de cuidados ocorreu por meio do reconhecimento de que "algo não vai bem". Nesse sentido mães e familiares desenvolvem naturalmente, ou por experiência, a capacidade de reconhecer esses sinais de que "algo não vai bem". Entretanto, as cardiopatias podem cursar com sinais e sintomas inespecíficos, podendo indicar diferentes hipóteses diagnósticas, sendo esta condição um dos desafios enfrentados pelas famílias, cuidadores e profissionais. Portanto, é condicional que os profissionais de saúde se empenhem para identificação de possíveis anormalidades no recém-nascido, requerendo para isso competências que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes que viabilizem a suspeita e a definição diagnóstica. Nesse estudo, as crianças que nasceram em serviços terciários, houve o início precoce e satisfatório da investigação clínica, assim como o estabelecimento de intervenções por meio da realização de exames, cirurgia ou encaminhamento para ambulatório de especialidades para seguimento após alta hospitalar. Aquelas cujo

nascimento ocorreu em maternidades ou serviços dos níveis primário e secundário de saúde tiveram o diagnóstico de cardiopatia retardado tornando o itinerário terapêutico mais longo, difícil e com repercussões para a criança, para a família e para os serviços de saúde. Conclusão: o local do nascimento da criança definiu o itinerário terapêutico das mesmas sob duas perspectivas: um caminho curto, ágil e resolutivo e o outro capaz de revelar as dificuldades de acesso, a ineficácia do sistema de referência e a centralidade da atenção na queixa-conduta. As doenças cardiológicas, pela sua complexidade, inclusive na esfera terapêutica e no acesso às tecnologias, influenciaram o itinerário terapêutico das crianças nos sistemas de atenção e cuidado em saúde. A identificação dos primeiros sinais da doença ou de que algo não vai bem para a criança caracterizou-se como o início do itinerário terapêutico das crianças com cardiopatia. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: as verbalizações dos sujeitos de pesquisa orientaram para algumas reflexões, tais como a atenção ao recém-nascido na sala de parto e na primeira semana de vida estendido para as crianças até cinco anos de idade como faixas etárias prioritárias definidas pela Organização Mundial de Saúde e absorvidas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Várias estratégias como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a criação da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal, a Rede Cegonha, a Rede Amamenta Brasil e a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) foram definidas pelo Ministério da Saúde e pactuadas pelos municípios brasileiros para redução da mortalidade infantil por meio de práticas e da organização dos serviços que visam a identificação do risco ao nascer e de doenças graves. A Enfermagem possui conhecimentos, ações e práticas que norteiam a atenção ao recém-nascido e à criança com importantes estratégias de inserção do cuidado. Portanto, é uma categoria profissional que se destaca na identificação precoce dos agravos, na continuidade do cuidado e no apoio familiar e comunitário para o autocuidado. Descritores: Enfermagem; Saúde da Criança; Itinerário Terapêutico Referências 1. CASTRO, E.K.; PICCININI, A.C. Implicações da doença orgânica na infância para as relaçãoes familiares: algumas questões teóricas. Rev. Psicologia, Reflexão e Crítica, Porto Alegre, 2002; 15(3): 625-35. 2. NASCIMENTO, L.C. Crianças com câncer: a vida de suas famílias em constante reconstrução. 2003. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto, 2003 3. LÈFEVRE, F.; LÈFEVRE, A. M. C. Depoimentos e Discursos - uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília - DF: Liber Livro, 2005 4. BORN, T. (org). Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos / Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos - Ministério da Saúde, 2008. 5. CAVICCHIOLI, A.C.; MENOSSI, M.J.; LIMA, R.A.G. CÂNCER INFANTIL: o itinerário diagnóstico. Rev Latino-am Enfermagem 2007 set-out; 15(5).

14156

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

MARILEISE ROBERTA ANTONELI FONSECA

O MUNDO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO REVELADO PELA CRIANÇA POR MEIO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO DRAMÁTICO

Fonseca, MRA; Melo, LL;

No Brasil, o câncer tem se destacado como um problema de saúde pública e, como a segunda causa de morte em crianças e adolescentes entre um e 19 anos. Anualmente são identificados 12 mil novos casos de câncer em crianças menores de 14 anos de idade. O câncer infantil é uma doença crônica que demanda um tratamento longo, desgastante, invasivo e doloroso e implica alterações nos hábitos de vida da criança e da família. O tratamento se dá em ambiente hospitalar e a depender do estado clínico da criança, pode-se indicar o tratamento ambulatorial, uma vez que este visa minimizar a ação de agentes geradores de estresse, comuns na hospitalização, bem como evita a exposição desnecessária aos patógenos hospitalares, diminuindo os riscos de infecção. Contudo, os serviços especializados estão localizados nos grandes centros urbanos, fazendo com que criança e família fiquem distante do lar, tendo como opção as casas de apoio que propiciam um ambiente mais próximo do domicílio, permitindo, assim, que a criança se desenvolva, assimile e participe do processo saúde-doença junto à família. Deste modo, é importante que a criança com câncer tenha uma qualidade de vida compatível com um crescimento e desenvolvimento saudáveis, diminuindo possíveis sequelas por meio de ações específicas que visem não apenas a restauração do bom funcionamento do corpo, mas também, proporcione relações sociais e afetivas. Assim, a promoção da brincadeira durante o tratamento oncológico permite à criança com câncer continuar a se desenvolver por meio da recreação, estimulação, socialização, dramatização de papéis e da catarse. A criança usa o brinquedo para interiorizar uma situação difícil, como os procedimentos a que é submetida, e se fortalecer para enfrentá-los, dominá-los, torná-los suportáveis e, ainda, para realmente conseguir compreendê-los. Logo, o brinquedo permite que a criança se aproxime da nova realidade que a cerca, bem como contribui para uma maior adaptação às limitações impostas pela doença, proporcionando-lhe autocontrole sobre as novas experiências aparentemente ameaçadoras. No Brasil, o uso do brinquedo como instrumento de intervenção de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada teve início no final da década de 1960 no ensino de enfermagem, por meio de atividades recreativas e a dramatização das experiências vividas pela criança no hospital utilizando bonecos, estratégia, então, nomeada como entrevista com brincadeira pela enfermeira e docente Esther Moraes. No entanto, em 1980, com o surgimento de novos conhecimentos sobre a temática, a denominação brinquedo terapêutico se firmou, sobretudo, à medida que foram fortalecidas suas bases teóricas e redefinidas as ações de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada. Assim, o brinquedo terapêutico é definido como uma brincadeira estruturada que possibilita à criança vivenciar situações geradoras de estresse, ao mesmo tempo em que visa alcançar domínio sobre essas situações, compensando, de algum modo, as pressões sofridas no cotidiano. Dentre as três modalidades - dramática, instrucional e capacitadora das funções fisiológicas - tem a primeira o objetivo de compreender às necessidades da criança, colaborando para que ela descarregue a tensão após vivenciá-la. O objetivo deste estudo foi compreender a criança pré-escolar em tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado na Fenomenologia - análise da estrutura do fenômeno situado - realizado na casa de apoio Ronald McDonald - Associação de Pais e Amigos da Criança com Câncer e Hemopatias - no município de Campinas/SP. Em consonância com a legislação vigente sobre Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 196/96, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da

Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, recebendo parecer favorável sob nº 2012/58949. Os participantes foram cinco crianças com câncer, com idade entre três e seis anos, que estavam em tratamento oncológico, clínico e/ou cirúrgico e que residiam provisoriamente na casa de apoio, no período de janeiro a maio de 2013. As cinco crianças foram convidadas individualmente, de acordo com um agendamento prévio, a participarem de sessões de brinquedo terapêutico dramático que se iniciou com a seguinte questão norteadora: "Vamos brincar de uma criança que está com câncer?" Os discursos das crianças, durante o brincar, foram gravados em fita cassete, transcritos na íntegra e analisados a partir do referencial da análise da estrutura do fenômeno situado, revelando-se em quatro categorias temáticas: Brincando que representa os modos como a criança interage na brincadeira espontânea, Reconhecendo materiais hospitalares que revela o conhecimento da criança pelos materiais hospitalares utilizados no tratamento, Falando do tratamento que apresenta a percepção e compreensão da criança sobre os procedimentos a que é submetida no hospital e Dramatizando situações hospitalares que representa a dimensão do comportamento da criança, expressando sua interação com os diversos procedimentos terapêuticos, evidenciando a forte presença do contexto hospitalar em seu cotidiano. Pode-se concluir que a doença e o tratamento afetam significativamente o comportamento das crianças e sinalizam a necessidade dos profissionais oferecerem uma escuta diferenciada, utilizando metodologias/estratégias que facilitem o relacionamento entre a criança e o profissional de saúde, como por exemplo a utilização do brinquedo terapêutico como recurso propulsor do desenvolvimento infantil e método efetivo de comunicação com este público especial. Assim, o brincar das crianças com câncer pode contribuir para novas reflexões acerca dos modos de cuidado cujo foco seja a criança, a fim de auxiliá-la no enfrentamento da doença e do tratamento. Referências 1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2013 [citado 2013 mai. 26]. Disponível em: http://iah.iec.pa.gov.br/iah/monografias/outros/inca/estimativa2012incidenciacancer.pdf 2. Pedro ICS, Nascimento LC, Poleti LC, Lima RAG, Mello DF, Luiz FMR. Playing in the waiting room of an infant outpatient clinic from the perspective of children and their companions. Rev Latino-am Enferm. 2007;15(2):290-97. 3. Ribeiro MO, Borba RIH, Rezende MA. O brinquedo na assistência à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.1 ed. Barueri: Manole; 2009. p. 287-327. 4. Conceição MC, Ribeiro CA, Borba RIH, Ohara CVS, Andrade PR. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa ambulatorial: percepção dos pais e acompanhantes. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011; 15(2):346-63. 5. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 2004. Descritores: enfermagem pediátrica, câncer, jogos e brinquedos.

13939

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

MARTA ROSA DE LACERDA SANTOS

ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA

Souza, IGS; Carmo, AFSC; Santos, MRLS; Menezes, TCM; Pedreira, LCP; Nunes, HPTN;

Introdução: Dentre tantas ocorrências que podem acontecer na rua ou no ambiente hospitalar e que necessitam de atuação rápida por parte dos profissionais da saúde, está a Parada Cardiorrespiratória (PCR) que se define como a cessação súbita e inesperada dos batimentos cardíacos em associação com a parada dos movimentos respiratórios.1 A PCR, pode também ser entendida como uma condição brusca e repentina de deficiência de oxigênio nos tecidos, seja por déficit circulatório ou por cessação da função respiratória.2 Até pouco tempo, a PCR era tida como sinônimo de morte, pelo fato de que somente cerca de 2% das pessoas sobreviviam a este evento. 3 No entanto, essa afirmativa sofreu modificações devido aos índices de sobrevida desses pacientes chegarem a alcançar uma média de 70% quando o socorro às vítimas é rápido e eficaz. 3 Diferente do que acontece com adultos, em pediatria a PCR dificilmente é um evento repentino e em grande parte dos casos, está associada a períodos prolongados de problemas circulatórios ou respiratórios sendo a bradicardia o ritmo terminal mais frequente com evolução para assistolia ou dissociação eletromecânica.4 Com o intuito de organizar o atendimento às urgências e emergências, incluindo-se a PCR, garantindo a universalidade, a equidade e a integralidade desse atendimento, o Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Atendimento às Urgências através da Portaria GM n° 1.863, de 29 de novembro de 2003.5 Assim, a Política estabeleceu os componentes fundamentais para a operacionalização da atenção integral às urgências, através da formação de redes loco-regionais, organizadas em: Componente Pré-Hospitalar Fixo; Componente Pré-Hospitalar Móvel; Componente Hospitalar e Componente Pós- Hospitalar. 5 Neste sentido, destaca-se a importância do componente pré-hospitalar móvel- Serviços da Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) , responsável pelo atendimento da maioria dos casos de PCR, inclusive na criança, uma vez que, a PCR ocorre, na maioria das vezes fora do ambiente hospitalar, sendo que 80 % ocorre nas residências e entre 15% a 20 % em locais públicos.5 Objetivo: Este estudo objetivou analisar a atuação das enfermeiras do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (192) em um município do interior do Estado da Bahia no atendimento à criança em PCR. Métodos: Tratou-se de um estudo qualitativo e descritivo desenvolvido em uma unidade do SAMU 192 de um município do estado da Bahia. O quadro de enfermeiras do serviço contava com sete profissionais assistenciais. Foram entrevistadas cinco destas enfermeiras, duas delas foram excluídas da amostra por estarem de férias no período da coleta de dados. Os dados foram obtidos através de entrevista semi estruturada guaiada por um roteiro previamente elaborado e com o auxílio de um gravador e posteriormente analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. O projeto do estudo foi aprovado por Comitê de Ética de sob o parecer nº 3481.0.000.441-10. Resultados: A análise dos dados obtidos fez emergir três categorias de análise: Categoria 1- Conhecimento e identificação da PCR em crianças; Categoria 2- Preparo para atuação na PCR em pediatria; Categoria 3- Condutas na Ressuscitação Cardiorrespiratória em pediatria. A maioria das enfermeiras afirmou sentir-se preparada para atender casos de PCR em crianças, contudo, mostrou-se confusa ao definir os principais sinais e modalidades de PCR. Quando perguntadas sobre que modalidades de PCR conheciam, as entrevistadas apresentaram dificuldades em elaborar resposta ao questionamento e a maioria respondeu erroneamente. O estudo denotou o pouco conhecimento das enfermeiras em relação aos sinais de PCR e suas modalidades, suscitando o questionamento sobre se estão sendo seguidas de fato as diretrizes de suporte básico e

avançado de vida em pediatria da American Hearth Associatin como afirmado nas entrevistas. Tal fato pode implicar em deficiência na execução das manobras de reanimação cardiopulmonar. Percebeu-se ainda, a necessidade da construção de protocolos de atendimento próprios do serviço para nortear as práticas frente à parada em crianças. As entrevistadas afirmaram que não existe protocolo específico do SAMU que subsidie a atuação das enfermeiras em casos de PCR em pediatria. O estudo revelou que as enfermeiras não adotavam uma mesma sequência de atendimento e apenas uma citou com detalhes os passos a serem seguidos nas manobras de reanimação e que ainda havia equívocos em relação à verificação do pulso, uma vez que em crianças menores a verificação do pulso deve ser no pulso braquial e não no pulso carotídeo. Nenhuma enfermeira respondeu claramente a relação entre compressões e respirações que devem ser empregadas em crianças. Isso remete à necessidade urgente de investimentos em desenvolvimento pessoal com vistas à elevação dos padrões de qualidade da assistência. O fato de não possuir um protocolo próprio e de não haver segurança quanto às diretrizes da American Hearth Association implica na não existência de uma padronização no atendimento que se evidenciou pela descrição de condutas distintas e algumas equivocadas, pelas entrevistadas. Em relação às necessidades para manterem-se atualizadas no que diz respeito à atuação na PCR em crianças, as enfermeiras mencionaram o treinamento e a educação continuada como necessários para atender tal demanda. Afirmaram ainda que não foram realizados treinamentos no SAMU (192) que enfatizassem a PCR em crianças, e apontaram a confecção de protocolos, assim como a oferta de treinamentos como medidas para o desenvolvimento da equipe no que se refere ao atendimento a PCR em pediatria. Além do preparo técnico, as enfermeiras mencionaram o preparo emocional como necessário, visto que a PCR é um acontecimento temido por alguns profissionais. Dessa maneira, a morte, que figura como uma experiência particular, inevitável e intransmissível passa a ser vista, quando acontece com uma criança, como uma injustiça atribuindo-se a ela especificidades emocionais particulares para as enfermeiras. Conclusão/ Implicações para a enfermagem: Os achados são preocupantes pelo fato de que o reconhecimento dos sinais de uma PCR e de suas modalidades vai implicar diretamente na qualidade do atendimento prestado às crianças vítimas desse agravo. Os resultados apontam para a necessidade de ações de educação permanente para as enfermeiras desse serviço assim como da padronização das condutas que devem ser tomadas pelas profissionais diante da parada cardiorrespiratória em crianças. Ademais, sugere a necessidade de reflexões acerca do apoio emocional aos profissionais considerando-se esta dimensão distinta da abordagem habitual à PCR em crianças. 1. Barbosa FT, Barbosa LT, Silva AL, Silva KLG. Avaliação do diagnóstico e tratamento em parada cardiorrespiratória entre os médicos com mais de cinco anos de graduação. Rev. Bras. Ter. Intensiva [periódico on line] 2006 out/ dez [citado 02 abr 2010]; 18(4):374-379. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n4/09.pdf. 2. Cavalcante TMC, Lopes RS. O Atendimento à Parada Cardiorrespiratória em Unidade Coronariana Segundo o Protocolo Utstein. Acta Paul. Enferm. [periódico on line] 2006 [citado 15 mar 2010]; 19(1): 7-15. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a02v19n1.pdf 3. Knobel E. Condutas no paciente grave. 3ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 4. Melo MCBM, Vasconcelos MC, Tonelli HFA. Atendimento à Parada Cardiorrespiratória na Faixa Etária Pediátrica. Rev. Med. Minas Gerais [periódico on line] 2004 [citado 16 fev 2010];14(supl. 3): 96-105. Disponível em: http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/13278 5. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: Il. - (Série E. Legislação de Saúde). Descritores: enfermagem pediátrica; parada cardiorrespiratória; ressuscitação cardiopulmonar.

14260

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

NEUSA COLLET

ANÁLISE DE DISCURSO DE CRIANÇAS: MINIMIZANDO EXPERIÊNCIAS DESAGRADÁVEIS DURANTE O TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Sousa, MLXF; Reichert, APS; Sá, LD; Assolini, FEP; Collet, N;

Introdução: Vivenciar o tratamento oncológico para a criança significa submeter-se a procedimentos dolorosos, alteração em sua rotina, experimentar terapêutica que, além de alterar sua aparência física, suscita sentimentos diversos. Assim, ela desenvolve estratégias na tentativa de enfrentar esse processo. Objetivo: compreender como as crianças minimizam as experiências desagradáveis durante o tratamento oncológico. Metodologia: estudo qualitativo, realizado com oito crianças com câncer entre 6 e 12 anos de idade, acolhidas em um núcleo de apoio a crianças com câncer. A coleta procedeu-se entre janeiro-maio/2012, utilizando-se a técnica do desenho-estória(1) com tema. Analisou-se o material empírico conforme o referencial teórico-analítico da Análise de Discurso Francesa(2). Resultados: o enfrentamento da dor oncológica, da hospitalização e das vivências da doença podem envolver estratégias como brincadeiras, de modo a não perder o que é próprio da infância; é demonstrado nos discursos que a fé em Deus contribui para se conseguir a cura e o conforto para superar a dor vivenciada, além de medidas não farmacológicas, como massagens. Para as crianças, o cuidado à sua saúde deve ser voltado para sua singularidade. Conclusão: as crianças demonstram que as estratégias de enfrentamento as impulsionam a prosseguir e buscar a cura, elas se mostram grandes no desejo de superar a doença e continuam sonhando, mantendo-se vivas e querendo ser tratadas dessa forma. Implicações para a enfermagem: esse estudo possibilita (re)significar o cuidado à criança com câncer durante o tratamento oncológico por meio de ações direcionadas ao fortalecimento das estratégias de enfrentamento desenvolvidas por elas. DESCRITORES: Criança; Enfermagem Oncológica; Pediatria. REFERÊNCIAS 1. Trinca W. Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática. 3ª ed. São Paulo (SP): EPU; 2003. 2. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 8ª ed. Campinas (SP): Pontes; 2009.

14526

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

NICOLE MARTINS SOARES

TEMPO DE PERMANÊNCIA E CAUSAS DE REMOÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NA PEDIATRIA

Soares, NM; Rocha, ACM; Elias, AC; Issi, HB; Breigeiron, MK;

Introdução: o Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP) é um dispositivo intravenoso que foi incorporado à assistência de enfermagem como opção de acesso vascular no tratamento de pacientes, proporcionado um avanço significativo na área de terapia intravenosa. Considerando o paciente pediátrico, esta opção de acesso intravascular passou a contribuir de forma significativa na melhoria da qualidade de vida do mesmo, pois, além de reduzir as punções venosas excessivas que ocasionam estresse para o paciente, sua família e para a equipe de enfermagem, também minimizou as frequentes infiltrações, tromboflebites e eventuais necroses de tecidos ocasionadas pelo uso de dispositivos periféricos. Para tanto, o CCIP seguiu a evolução dos tempos, onde foram incorporados materiais de melhor qualidade e mais biocompatíveis, sendo atualmente considerado um cateter venoso central de longa permanência[1]. A Infusion Nurses Society - Brasil*, uma das mais respeitadas entidades de terapia infusional, orienta o tempo de permanência máximo do CCIP em até um ano. Comparado com outros cateteres venosos centrais, o CCIP é o que apresenta melhor relação custo-benefício, considerando o menor custo, risco de infecção e restrição da mobilidade, diminuição da dor e desconforto, preservação da rede venosa, possibilidade do procedimento de inserção ser realizado no leito do paciente, e a eficácia da resposta a tratamentos intravenosos com extremos de pH e osmolaridade[1]. A indicação do uso do CCIP é para pacientes que necessitam de acesso venoso prolongado, principal¬mente se este for submetido à nutrição parenteral total, infusão de drogas vesicantes contínuas, anti¬bioticoterapia e soluções hipertônicas, e que apresentem distúrbios de coagulação e necessidade de medidas de pressão venosa central (PVC)[2]. As principais veias de escolha são as cefálicas e as basílicas, por serem de melhor acesso e adequado calibre. Entre as principais complicações que comprometem o aproveitamento do tempo de permanência do CCIP e sua consequente remoção, destacam-se: infiltração, extravasamento, flebite, obstrução, infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter, infecção do sítio de inserção, embolia, migração da ponta, tração acidental, arritmias, tamponamento cardíaco, ruptura do cateter, trombose e edema de membros. Essas complicações limitam ou reduzem o tempo de permanência do CCIP, ocasionado interrupção da terapêutica intravenosa programada[3]. Objetivo: descrever o tempo de permanência e as causas de remoção de CCIP inseridos em pacientes internados em unidades clínicas pediátricas. Metodologia: trata-se de um estudo retrospectivo, de caráter quantitativo. A amostra foi constituída de CCIP de poliuretano inseridos em pacientes com idades entre 30 dias a 16 anos e predomínio para diagnóstico clínico relacionado aos sistemas hematológico, respiratório e digestório. Estes pacientes internaram em unidades pediátricas de um hospital universitário do município de Porto Alegre/RS, Brasil, entre os anos de 2008 a 2013, onde foram inseridos os CCIP. A coleta dos dados foi realizada por meio de instrumento elaborado por enfermeiras alocadas nas referidas unidades, que foram preenchidos após cada passagem do CCIP e arquivados junto aos prontuários dos pacientes. Estes instrumentos continham questões referentes à data de inserção e motivo da solicitação, diagnóstico de paciente, características do CCIP, aspectos do procedimento e complicações imediatas e mediatas. Quando retirado o CCIP, eram anotados no instrumento a data, motivo e as complicações da retirada. Com o registro das datas de inserção e retirada do CCIP foi possível calcular o tempo de permanência do cateter. Os dados foram registrados em um banco de dados, utilizando-se o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18.0. Na análise dos dados, foi utilizada

estatística descritiva, sendo os resultados expressos por média e desvio padrão da média (DP), mediana e intervalo interquartil (IQ) e frequência (%) absoluta e relativa. O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição responsável. Resultados: do total da amostra, 100% (n=290) dos cateteres foram inseridos por enfermeiras com treinamento especial para este procedimento. Quanto ao diâmetro interno dos CCIP, foram utilizados cateteres de 3.0 (70,7%; n=205) French, seguido por 1.9 (19,6%; n=57) French e 4.0 (9,7%; n=28) French. Para os motivos de passagem do CCIP foram registrados: realização de várias tentativas de punção venosa e terapia medicamentosa superior a sete dias. Os cateteres foram inseridos por técnica de punção, sendo 43,1% (n=125) em veias cefálica e jugular, com índice de sucesso em 98,9% (n=287) da amostra, e o insucesso devido a não progressão do mesmo, entre outros motivos. Do total da amostra, 76,6% (n=222) dos cateteres foram removidos, sendo os demais mantidos em uso. Dentre as causas de remoção do CCIP, destacaram-se: término da terapia (51,8%; n=115), suspeita de infecção (9,5%; n=21), retirada acidental (8,1%; n=18) e dano físico do cateter (6,8%; n=15), dentre outras. A mediana do tempo de permanência dos cateteres foi de 131,90 (IQ=2/947) dias, sendo que 37 (16,7%) cateteres apresentaram maior tempo de permanência (acima de 200 dias) e 38 (17,1%) cateteres apresentaram tempo de permanência menor ou igual a sete dias. Conclusão: os dados mostraram que as causas de remoção dos CCIP corroboram com a literatura, entretanto, torna-se preocupante que alguns cateteres apresentaram tempo de permanência menor ou igual a sete dias, o que aponta a necessidade de uma abordagem mais individualizada para os casos em questão. Para um melhor desempenho na manutenção do cateter é requerida a capacitação e a educação permanente dos profissionais, tanto dos enfermeiros que realizam o procedimento de inserção do CCIP quanto aos que prestam assistência direta, como estratégia de qualificação da assistência, com consequente minimização da remoção antecipada dos cateteres. Contribuições para a Enfermagem: as orientações do enfermeiro durante a internação da criança são de suma importância, visto que a conscientização da família quanto aos cuidados domiciliares adequados e o acompanhamento ambulatorial para a revisão das condições do cateter são decisivos e fundamentais para mantê-lo por mais tempo, sem que ocorram complicações. O acompanhamento ambulatorial de qualidade pode interferir diretamente no tempo de permanência dos cateteres, podendo ultrapassar o período de um ano, tempo recomendado pela Infusion Nurses Society - Brasil, tais como foram registrados para alguns cateteres deste estudo. Porém, para que isso ocorra, é necessário um comprometimento da equipe de enfermagem desde a internação, fornecendo as devidas orientações, até a assistência ambulatorial, dando continuidade ao cuidado. *Infusion Nurses Society - Brasil: Sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, cuja missão é o aprimoramento de conhecimento científico e prático dos procedimentos relacionados à terapia intravenosa junto à comunidade de profissionais da saúde. Disponível em . Acessado em 14 de set. 2013. Referências: 1. Vendramim P, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Cateteres centrais de inserção periférica em crianças de hospitais do município de São Paulo. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007; 28(3):331-9. 2. Bittencourt A, Lamblet LCR, Silva GML. Cateter venoso central de inserção periférica. In: Knobel E. Terapia intensiva enfermagem. 1 ed. São Paulo: Atheneu; 2006. Cap.21 3. Baiocco GG; Vizcaychipi, CC; Junior GF; Sanches, MO. Cateter Central de Inserção Periférica: na prática de enfermagem. 1 ed. Porto Alegre: Moriá; 2013. Descritores: Enfermagem pediátrica. Cateterismo periférico. Cateterismo venoso central.

14584

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

VERA LUCIA ALVES DOS SANTOS

A SESSÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO: CONTRIBUIÇÕES PARA SUA UTILIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Santos, VLA; Almeida, FA; Borba, RIH; Ribeiro, CA;

A SESSÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO: CONTRIBUIÇÕES PARA SUA UTILIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM Introdução: O Brinquedo Terapêutico (BT) é uma das mais importantes intervenções na assistência de enfermagem à criança. Por meio dele, o enfermeiro presta cuidado de modo atraumático, proporcionando condições para que ela entenda e alivie a ansiedade provocada por experiências desconfortáveis, ameaçadoras ou dolorosas, atípicas para esta fase da vida, que exigem mais que recreação para serem amenizadas1, frequentes em situações de doença e hospitalização. Os benefícios proporcionados pelo BT se estendem aos familiares e ao enfermeiro que, conhecendo melhor as manifestações infantis, poderá atendê-las melhor, o que promoverá no profissional um sentimento de prazer e gratificação2. No entanto, seu uso nas unidades pediátricas é bastante incipiente e uma importante causa é a falta de preparo dos enfermeiros na condução da sessão do BT, bem como para interpretar as manifestações da criança e compreender suas necessidades, a fim de traçar metas e ações de cuidado. Objetivos: compreender como transcorre a sessão de BT utilizada pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada; conhecer as situações imaginárias dramatizadas durante a sessão; compreender as mudanças que ocorrem nas diferentes sessões de BT realizadas com uma mesma criança. Metodologia: O referencial metodológico adotado foi o Estudo de Casos Múltiplos com abordagem qualitativa3 e como referenciais teóricos, o Interacionismo Simbólico4 e a teoria de Vygotsky sobre a brincadeira simbólica da criança5. O cenário foi a unidade de pediatria de um hospital estadual de ensino, situado no município de Santos-SP. Participaram seis crianças com idades que entre três a 10 anos, em estado geral não grave, contatuando com o meio, que concordaram em brincar e cujos responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando sua participação. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob Protocolo nº0837/09. Os dados foram coletados com as crianças, durante a realização de 20 sessões de BT Dramático, considerando também seu entorno, ou seja, o conjunto de elementos ao redor da criança: a família e suas relações com o serviço e profissionais de saúde que a atendem, que exercem alguma influência sobre ela. A coleta ocorreu de setembro de 2009 a abril de 2011. As sessões foram filmadas e transcritas na íntegra, com atenção especial à como transcorreu e evoluiu cada uma delas, A análise dos dados iniciou-se concomitante à fase de coleta dos mesmos, completando-se após a coleta, considerando também dados coletados por meio de análise documental dos prontuários hospitalares das crianças. Resultados: revelaram que a sessão de BT é um processo composto por quatro etapas interdependentes e complementares: "Estabelecendo Vínculo"; "Explorando"; "Dramatizando"; e "Parando de Brincar". A etapa "Estabelecendo Vínculo" desenvolve-se gradualmente desde que o enfermeiro e a criança se conhecem, e continua durante toda a sessão, enquanto eles vão interagindo e ela internaliza o conceito de que o enfermeiro é um adulto em que pode confiar para expor seus pensamentos, sentimentos, temores e emoções. Esta etapa pode estar invisível ao enfermeiro, ficando mais evidentes as ações que caracterizam outras etapas como "Explorando" e "Dramatizando". Assim, é imprescindível que o enfermeiro fique atento às observações feitas pela criança e às interações com ela, para que o vínculo ofereça segurança para a criança brincar. Na etapa "Explorando", a criança examina, analisa, experimenta, descobre as possibilidades que a sessão de BT oferece e gesta a situação imaginária que irá dramatizar. A etapa "Dramatizando" possibilita à criança representar

circunstâncias reais que a afligem, atemorizam, angustiam, impressionam ou que gostaria que acontecessem; nesta etapa, as situações imaginárias são mais evidentes e ocorre a catarse. Na etapa "Parando de Brincar" a criança, gradualmente, prepara-se para dar desfecho às situações imaginárias, quando aceita a solicitação para encerrar a brincadeira ou, ainda, quando ela mesma pede para parar de brincar. A etapa apresenta área de intersecção e interdependência com todas as outras etapas, e não se refere exclusivamente momento em que o enfermeiro informa sobre o final da sessão, mas também ao momento em que a criança para de criar situações imaginárias. Caso a criança não tenha conseguido elaborar as situações que a estão impressionando, é preciso a realização de novas sessões. O estudo também evidenciou a importância de ações que antecedem e sucedem a sessão, como: conhecer a história clínica e de vida da criança, pois elas contribuem para a compreensão de suas manifestações durante a sessão; verificar possíveis locais para sua realização e atenção à higiene e normas de segurança dos brinquedos. Outro aspecto importante referente à sessão de BT é o seu registro oficial nos documentos pertinentes às anotações de enfermagem. O registro deve conter: data e hora da realização; tipo de BT; local em que foi realizado; presença ou não da mãe ou acompanhante, interferências significativas; manifestações da criança e condições de finalização da sessão. Conclusão: Este estudo evidenciou a sessão como um processo em que cada etapa é caracterizada por uma ou mais atividades preponderantes e evidentes. O fim de uma etapa pode se sobrepor ao início da seguinte, de modo que há momentos de intersecção entre as etapas, momentos em que são feitos elos que garantem a continuidade da sessão e a interdependência das etapas. Esta interdependência tem significado especial desde a primeira etapa - "Estabelecendo vínculo" -, pois, todas as outras etapas estão apoiadas na construção consistente e gradual de um vínculo de confiança entre a criança e o enfermeiro. Implicações para a Enfermagem Este trabalho abre importantes perspectivas não apenas para a prática do BT, mas também para realização de novas pesquisas que encaminhem à evolução e aperfeiçoamento deste importante procedimento de enfermagem. Contribui para que, na prática, o enfermeiro saiba ao que ficar atento enquanto realiza a sessão, em qual fase a sessão se encontra, o que lhe oferece maior segurança. O conhecimento das etapas contribui para que o enfermeiro não desanime, por exemplo, diante do silêncio da criança, ou de sua aparente apatia, pois ele saberá que crianças diferentes necessitam de espaços de tempo diferentes para observar e elaborar internamento seus temores e ansiedades. Outra perspectiva significativa aberta por este estudo é o uso do BT para conhecer melhor as manifestações da criança em cada grupo etário, sabendo reconhecer as características do momento de desenvolvimento em que a criança se encontra e sua individualidade respeitando-as. A evolução de uma sessão contribui para a evolução do entendimento da criança a respeito de si mesma e do significado da doença e hospitalização. Conhecer as etapas da sessão e o processo que as envolve permite ao enfermeiro planejar as sessões, incluindo-as em seu cotidiano profissional. Descritores: Jogos e brinquedos; cuidados de enfermagem; enfermagem pediátrica Referências 1. Steele S. Child health and the family. New York: Massom; 1981. p.710-38 2. Maia EBS. Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e família. Rev. Gaúcha Enferm. 2008 mar; 29(1):39-46 3. Yin RK. Estudo de Caso. Planejamento e métodos. 4ªed. Porto Alegre: Bookman; 2010 4. Charon JM. Simbolic interacionism. An introduction, an interpretation, an integration. 10ª ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2010. 5. Vygotsky LS. A formação social da mente. 6ªed. São Paulo: Livraria Martins Fontes; 2003.

14252

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

VIVIANE MARTEN MILBRATH

CRIANÇA/ADOLESCENTE COM PARALISIA CEREBRAL: PERCEBENDO SEU MODO DE SER NO MUNDO

Milbrath, VM; Motta, MGC;

Introdução: A criança é um ser-no-mundo em processo de construção, tanto nos aspectos biológicos quanto existenciais, porque necessita de amor e cuidado para se manifestar-se plenamente. O amor e o cuidado dos pais oferecem condições para a criança desenvolver o seu potencial humano e manifestar sua própria maneira de ser1. A construção da corporeidade da criança ocorre por meio de um processo que inicia na sua concepção, prolonga-se durante seu crescimento e desenvolvimento e termina na finitude. A criança vai constituindo-se e conhecendo-se por intermédio das relações que estabelece e mantém. Heidegger2 designa essa riqueza de relações como a existência. O ser, como presença, vai percebendo-se, compreendendo-se a partir de sua existência. São as escolhas que a pessoa faz que vão constituindo o seu eu2. Objetivo: Compreender como a criança/adolescente com paralisia cerebral percebe sua forma de ser-no-mundo. Metodologia: Trata-se de um estudo - qualitativo, com abordagem fenomenológica - hermenêutica - foi realizado na cidade de Pelotas no estado do Rio Grande do Sul, do qual participaram onze crianças/adolescentes com paralisia cerebral e suas famílias, representadas pelas mães. Os critérios de inclusão foram ter diagnóstico de paralisia cerebral, com comunicação verbal compreensível, idade de sete até dezenove anos, e que frequentavam as instituições analisadas neste estudo que são o Centro de Apoio, Pesquisas e Tecnologias para Aprendizagem, Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais, Projeto Carinho, o Segundo Tempo do Núcleo de Estudos em Atividades Física Adaptada da Universidade Federal de Pelotas. O estudo foi aprovado sob o número 329/2011 pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. As informações foram obtidas no período de outubro de 2011 a Junho de 2012, cuja coleta ocorreu a partir da observação participante, o diário de campo e a entrevista fenomenológica. As informações foram interpretadas por meio da abordagem hermenêutica. Resultados: Com base na premissa de que o ser se constitui (constrói seu eu), guiado por suas escolhas e influenciado pelas relações que mantém. Percebe-se que as crianças/adolescentes compreendem-se como pessoas felizes. A felicidade é única/singular para cada indivíduo, é construída com base nas experiências vividas pelo ser3. A busca ou preservação da felicidade é fundamental para o homem, pois todo o individuo busca atingir determinado fim objetivado, que é a sensação/estado de felicidade4. A existência do ser humano está agregada a uma série de experiências e a existência agrega-se às experiências de vida. Cada um vive de uma forma, em decorrência das suas possibilidades existenciárias, de suas relações. Todo o indivíduo singular concretiza-se como um ser-no-mundo a partir de sua presença, presença expressa como corpo. A criança/adolescente, existindo como presença, percebe-se um ser feliz, embasa-se no seu vivido. Existe como alguém que possui uma história de vida marcada por uma facticidade existencial que lhe conferiu determinada condição existencial, mas que não a impede de viver e de sentir-se feliz. Acredita-se ser difícil aceitar que uma criança/adolescente com paralisia cerebral perceba-se um ser feliz, pois a sociedade, regida por regras, por padrões de normalidade, talvez não consiga perceber feliz alguém que não se encaixa nessas normas. No entanto, essas situações pontuais talvez não sejam tão importantes, a ponto de "impedir" a felicidade, considerando-se que cada ser existente compreende de modo particular a felicidade. O fato de essas crianças/adolescentes com paralisia cerebral perceberem-se pessoas felizes pode significar que se compreendem seres humanos. Isso significa perceber-se um ser finito e suscetível a facticidades

existenciais, lançando-se no próprio desvelamento de seu ser, adotando uma atitude autêntica. As crianças/adolescentes, diante das possibilidades de escolhas em suas vidas, optaram por serem felizes. O fato de perceber-se feliz deve-se a sua história de vida, das relações que mantém, do cuidado recebido da sua família, que tem influência direta na maneira com que a criança/adolescente se percebe como ser-no-mundo. A corporeidade da criança/adolescente revela-se na relação existencial do que denomina-se "ser". O existir como um ser humano denota ter relações, pois o viver é um movimento de relações em que a interdependência do ser é explicitada1. O corpo é a presença no mundo. É por meio dele que o ser se comunica, se relaciona e interage com os outros seres no mundo, porque ser-no-mundo é ser-com-os-outros. O ser humano se constrói ao longo do seu ciclo vital por meio de suas relações, de suas experiências, de suas ocupações. É através dessas relações que ele vai se constituindo e se percebendo como um ser-no-mundo. Sob essa ótica, o que a pessoa é está ligada às relações que o indivíduo mantém. O homem é um ser social e como um ser social influencia e é influenciado pelo meio no qual está inserido5. As crianças/adolescentes também disseram se autoperceber pessoas amigas. As crianças/adolescentes revelam-se como um ser-no-mundo com uma imagem corporal que lhes proporciona prazer, com valores morais e éticos. Acredita-se que as famílias são responsáveis pela formação dessa autoimagem, considerando-se que elas os visualizam como uma possibilidade de vir-a-ser. Conclusão: O fato das crianças/adolescentes perceberem-se como pessoas felizes e saudáveis demonstra a compreensão de suas famílias do seu modo de ser-no-mundo. As crianças/adolescentes são cuidadas e educadas de um modo que se percebem como seres humanos completos, singulares, apresentando determinada condição existencial. Por isso lançam-se em um projeto autêntico em modos inéditos de ser-no-mundo. Contribuições/implicações para enfermagem: O cuidado de enfermagem precisa utilizar toda a tecnologia existente para auxiliá-las no seu vir-a-ser, estimulando o seu ser-capaz-de-fazer, em relação aos projetos de felicidade de cada criança/adolescente e de cada família. Observa-se a necessidade de voltar o cuidado à saúde, o qual deve ser prestado para além do ponto de vista biológico, agregando a perspectiva hermenêutica que, além de se valorizar as questões biológicas, considera os seres humanos como pessoas que vivenciam uma experiência subjetiva. Descritores: Criança com deficiência; Adolescente; Paralisia Cerebral Referências: 1 Motta, MGC. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: Elsen, I.; Marcon, SS.; Silva, MRS. (Org.) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem. 2004. p.153-167. 2 Heidegger, M. Ser e tempo. 13aed. Parte 1. Petrópolis: Vozes. 2005. 3 Ayres, JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva., 2007. 17(3): 43-62. 4 Gadamer, HG. Verdade e Método II: complementos e índices. 4.ed. Petrópolis:Vozes, 2009. 5 Heidegger, M. Seminários de Zollinkon. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2009.

13884

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

CLAUDIANA RIBEIRO DA SILVA

PROMOVENDO A EDUCAÇÃO DE ADOLESCENTES MASCULINOS: CARACTERIZAÇÃO DE ADOLESCENTES QUE VIVENCIARAM A PATERNIDADE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE ILHA DE MARÉ.

Silva, CR; Santos, MRL; Viana, TBP; Oliveira, MS; Dantas, AL; Couto, TM;

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, marcada pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social. Pode ser percebida através das mudanças corporais, concretização do crescimento, além da busca pela independência econômica e interação em seu grupo social1. Essa fase contém na sua expressão, a síntese das conquistas e vicissitudes da infância e as reformulações de caráter impostas por uma completa e radical transformação corporal, que impõe ao individuo a condição de adulto. Entre os milhões de adolescentes que vivem no Brasil, ressaltam-se as vulnerabilidades que afetam de maneira desigual os adolescentes. Os negros e os indígenas constituem os grupos que são mais estão expostos a fatores como: violência, pobreza e baixa escolaridade, que os tornam mais vulneráveis do que outros grupos2. Os vários estudos relacionados a essa fase de vida, enfocam a reprodução, que afeta diretamente o adolescente tanto emocionalmente como socialmente. A precocidade da atividade sexual coligada a diversos fatores pode resultar na gravidez precoce, em um momento da vida onde valores e maturidade ainda não estão solidificados. O argumento da gravidez na adolescência como "problema social" vem sido enfatizado com destaque na área social e na área da saúde sendo esta última sob a perspectiva dos riscos para a saúde das mães e das crianças oriundos de gestação em mulheres muito novas e por representar um desafio aos profissionais de saúde3. A carência de publicações que abordem a paternidade na adolescência é visível, a rede de saúde está mais focada para a gravidez na adolescência feminina, o planejamento familiar é dedicado para a adolescente, e o pai geralmente é separado deste processo4. As intervenções focadas para a gravidez na adolescência deve avaliar o fato de que parte dos parceiros são adolescentes também. O envolvimento dos jovens nesta situação precoce terá repercussão psíquica e comportamental, uma vez que terão de desempenhar novos papéis sociais: ser adolescente e ser pai. Para compreender o papel do pai adolescente, é necessário rever a sua situação no âmbito familiar e sociocultural, e os profissionais de saúde precisam adentrar na realidade do cotidiano do pai adolescente, compreendendo-o em sua singularidade4. Compete também aos profissionais da saúde o reconhecimento social da paternidade com a inserção do pai adolescente nos serviços de saúde, cooperando para que este jovem possa assumir o projeto de uma nova família5. Nesse contexto buscou-se caracterizar socioeconomicamente os adolescentes e compreender a vivência da paternidade por adolescentes remanescentes de quilombola em Ilha de Maré, na comunidade de Praia Grande. Esse resumo é resultado de um estudo do projeto de pesquisa PIBIC, financiado pelo CNPq, e está inserido no projeto guarda-chuva intitulado Raça e Saúde, desenvolvido pelo grupo CRESCER (Grupo de Estudos sobre a Saúde da Criança e do Adolescente) junto a Escola de Enfermagem da UFBA (Universidade Federal da Bahia). Para caracterização socioeconômica e descrever as vivencias expressas pelos adolescentes no processo de paternidade foi aplicado um questionário contendo variáveis socioeconômicas e reprodutivas, na Escola Municipal Marcilio Dias na cidade de Salvador-Ba, que atende adolescentes quilombolas provenientes de Ilha de Maré. O segundo instrumento de coleta dos dados foi entrevista semiestruturada, as entrevistas foram realizadas na comunidade de Praia Grande-Ilha de Maré, através de busca ativa. Participaram das entrevistas homens e adolescentes que vivenciaram a paternidade na adolescência. A entrevista abordou como temas principais: o recebimento da notícia de gravidez da

parceira (sentimento experienciados); mudanças ocorridas a partir da gravidez (consideradas positivas e negativas); apoio por parte das famílias; o conhecimento e uso de métodos contraceptivos e o significado de ser pai. A situação de vulnerabilidade econômica foi identificada na maioria dos alunos que responderam ao questionário, no que diz respeito ao conhecimento e experiências sexuais, grande parte dos alunos que afirmaram ter recebido orientação sexual alguma vez, e que afirmam serem sexualmente ativos, poucos mencionaram o uso da camisinha para proteção de doenças sexualmente transmissíveis. Esse resultado se mostrou preocupante, pois demostra a ineficácia ou a negligência das ações de saúde voltadas a essa população que por ser remanescentes quilombolas já é considerada vulnerável a outros fatores sociais como violência, baixa escolaridade etc. A partir da analise dos relatos dos participantes das entrevistas, foi possível identificar os principais sentimentos em relação à experiência da paternidade na adolescência. Os primeiros sentimentos relatados pela descoberta da gravidez foram o medo, desespero, a surpresa e a negação. O medo e desespero estão quase sempre relacionados ao futuro, ao posicionamento da família em relação a noticia e principalmente ao sustento da criança. O sentimento de surpresa é justificado pela cresça nos métodos contraceptivos empíricos como: tomar água com açúcar, tomar banho após o ato sexual, etc. Outro fato evidenciado na fala dos participantes foi o abandono escolar em consequência da necessidade de trabalhar, foi expresso como um sentimento de incapacidade diante da sociedade, o medo de não conseguir um emprego, e assim sobreviver apenas da pesca e do artesanato, ou até mesmo não realizar seus sonhos. O trabalho se mostrou como uma ferramenta principal para o cumprimento das responsabilidades paterna. Esse compromisso em prover sustento para uma nova família foi relatado na maioria das entrevistas. Outro fato relevante é que o adolescente não se preocupa apenas com sustento do filho, mas também como da companheira, reforçando o discurso patriarcal antigo, de que o homem é o provedor do sustento da família. O apoio da família no presente estudo foi o que motivou o adolescente no enfrentamento do novo desafio de assumir a paternidade, o que reforça a importância do papel familiar frente à tomada de decisão do pai adolescente. Os resultados obtidos no estudo revelou que estudar a paternidade não resume sua importância apenas no sentido reprodutivo, mas também implicações sociais, culturais e ideológicas que a compreensão desse fenômeno pode desvelar, indicando a importância da educação em saúde sexual para adolescentes como também a inserção do mesmo no planejamento familiar. Acredita-se serem relevantes os estudos que envolva a saúde dos adolescentes masculinos quilombolas, para que desperte cada vez mais interesse dos profissionais de saúde, como também chame a atenção dos órgãos governamentais a fim de discutir e desenvolver ações voltadas para a realidade no qual eles se inserem. Referências: 1. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. Rev. Adolescência & Saúde. 2005 abr-jun; 2(2): 6-7; 2. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar Desigualdades. Fundo das Nações Unidas para a Infância. - Brasília, DF: UNICEF, 2011; 3. Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006 jul; 22(7):1447-58; 4. Barreto ACM, Almeida IS, Ribeiro IB, Tavares KFA. Paternidade na adolescência: tendências da produção científica. Rev. Adolescência & Saúde. 2010 abr-jun; 7(2): 54-59; 5. Luz AMH, Berni NIO. Processo da paternidade na adolescência. Rev. Bras. Enferm.2010 nov; 63(1):43-50. Descritores: Paternidade; Adolescência; Enfermagem.

13793

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

ELOINA SANTANA SANTOS

PROMOVENDO A SAÚDE DO ADOLESCENTE NO ESPAÇO ESCOLAR

Alves, ES; Dantas, AL; Moraes, JAS; Lopes, TFS; Jesus, VS; Camargo, CL;

A adolescência é uma etapa peculiar ao ser humano, devido às mudanças no ciclo vital de sua existência, em que ocorrem as transformações biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais1. Nessa fase a sexualidade está aflorada. Pode-se dizer que a adolescência é um momento de (re) descoberta, por que acreditamos que a sexualidade é construída ao longo da vida, da história pessoal de cada indivíduo, desde sua infância, na teia de relações interpessoais que se estabelecem entre o indivíduo e o ambiente no qual vive, sendo permeado por ideologias e visões de mundo diferenciadas. Neste sentido, a sexualidade se constrói não apenas no biológico, mas principalmente no imaginário: a sexualidade se coloca não apenas no palpável, mas sim no discurso que sustenta o palpável, na ideologia subjacente aos padrões de "normalidade" impostas na convivência social2. Assim, adolescência é vista como uma construção social de acordo com a perspectiva sócio-histórica, que vai depender das relações sociais estabelecidas durante a socialização, incluindo os fatores econômicos, sociais (coletivos) educacionais, políticos e culturais3. A concepção vigente entre os profissionais de saúde e a própria sociedade é a de que essa fase de transição é caracterizada por conflitos e crises existenciais, psicológicas e sociais. Com base nas autoras4 os desejos e as ações dos jovens são imprevisíveis, o que é bom hoje, pode ser horrível manhã, e vice versa. Em meio a esta ambiguidade, que muitas vezes é vista erroneamente como patológica, o jovem vai criando sua própria identidade e seu mundo interno. Podemos afirmar que a formação da identidade tem suas raízes em uma dimensão histórico-social. Fundamentada nas ações do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) do Ministério da Saúde5 elaboramos esse projeto de extensão inserido no projeto de Pesquisa "Raça e Saúde: Promovendo a Educação de Adolescentes", financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia - FAPESB, Edital de Pesquisa nº 926/2011 em parceria com o Grupo de Pesquisa Estudos sobre a Saúde da Criança e do Adolescente - CRESCER/UFBA. Este projeto tem como objetivo atender às necessidades do adolescente quanto ao processo de crescimento e desenvolvimento e incentivar a aplicação de medidas de prevenção e controle das situações de riscos e agravos sociais: violência, drogas, acidentes entre outros no meio social em que vive. Para o desenvolvimento consideramos que a Escola é o local ideal para contribuir com o desenvolvimento psico-social do adolescente e, em parceria com escolas da rede estadual e municipal, foram propostos à realização de práticas educativas relacionadas à saúde para os adolescentes matriculados nestas instituições. O projeto vem sendo desenvolvido com adolescentes entre 10 a 17 anos, abrangendo os anos 6º ao 9º, desde 2011 sob a orientação da coordenadora e participação de discentes da Universidade Federal da Bahia dos cursos de enfermagem, odontologia, psicologia, nutrição entre outros devidamente matriculados, com vistas ao atendimento da interdisciplinaridade. Como metodologia utilizamos a problematização para trabalharmos os seguintes temas: Meu corpo se desenvolvendo: Crescimento e desenvolvimento; alimentação, lazer e trabalho, relações familiares; Sexualidade e responsabilidade: desenvolvimento da sexualidade, planejamento familiar e saúde reprodutiva; Problemas que posso evitar: violência, drogas e acidentes. Para alcance dos objetivos propostos e implementação do projeto foram realizados quatro passos: Sensibilização: Contato preliminar com a direção da escola onde foi apresentado o Projeto de Atenção à Saúde do Adolescente priorizando o aspecto preventivo; Diagnóstico: Levantamento das necessidades por meio de aplicação de um formulário; Planejamento e implementação das atividades; Avaliação. Após, iniciamos as atividades com as turmas de adolescentes dos anos previamente definidos através de

dinâmicas: Atividade 1 - dinâmica de apresentação em sala pelos graduandos para conhecimento e aproximação com os adolescentes. Nessa atividade busca-se posteriormente levantar os temas de interesse dessa turma no que concerne aos temas listados no projeto. È oferecido a cada adolescente um pedaço de papel em que eles devem escrever em forma de pergunta sobre qualquer assunto de seu interesse. Um dos temas de maior interesse nessa faixa etária é sobre sexualidade, muito embora há turmas em que o tema principal é futebol por parte dos meninos e moda por parte das meninas. Atividade 2 - Discussão dos temas sugeridos por parte dos graduandos utilizando-se de dinâmicas em pequenos grupos com recursos audiovisuais. Essa atividade visa interagir os graduandos com os adolescentes envolvendo na construção do seu saber. Atividade 3 - Avaliação das atividades realizadas através de jogos e brincadeiras competitivas como passa-repassa, falso ou verdadeiro, alternativas de respostas, varal de bexigas, escolha um nº, entre outras. Nessa atividade, formam-se duas equipes que recebem nomes dados pelos próprios adolescentes. A cada acerto das equipes as mesmas vão recebendo pontuação até se chegar à equipe vencedora. Ao final, cada equipe é premiada de forma uniforme, pois nessa fase eles não conseguem lidar de forma madura as perdas. Atividade 4 - Avaliação dos adolescentes em relação às atividades desenvolvidas. Essa atividade é realizada pedindo a cada adolescente que avalie as atividades realizadas pelos graduandos com uma única palavra. As palavras mais evidenciadas foram: legal, divertida, aprendizado, muito bom, ótimo, interessante, importante. Outros iam mais além e expressavam: "Ajudou no meu crescimento", "tirou todas as minhas dúvidas", "aprendi coisas que não sabia", "serviu para eu falar para outras pessoas", "aprendi como cuidar da saúde" entre outras expressões. Nessa mesma atividade, a coordenadora solicitava aos alunos que em uma palavra avaliassem o referido grupo. As palavras mais evidenciadas foram: inteligente, paciente, carinhoso, educado, estudioso e indo mais além expressavam: "tem muito conhecimento", "sabe passar as coisas", "sabe ensinar". Concluímos a cada ano que é de suma importância a continuidade desse projeto nas escolas públicas uma vez que na fase da adolescência, esse grupo etário raramente adoece estando mais expostos aos riscos à saúde física e mental através das drogas, violência, acidentes e DSTs por conta de relação sexual precoce e desprotegida. Soma-se a essa conclusão o fato de a família não dialogar com os adolescentes sobre os temas sugeridos por questões de pudor e, em algumas escolas por não trabalharem os temas evidenciados no currículo educacional, principalmente, no ensino fundamental. Acreditamos que o desenvolvimento desse projeto nas escolas tem contribuído para melhorar o nível de informação que os adolescentes possuem em relação à sua sexualidade e os aspectos que a envolve. Referências: 1 - BRASIL, Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 2 - Foucault M. Vigiar e punir: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes; 1987. 3 - Ozella S, Aguiar WMJ. Desmistificando a concepção de adolescência. Cad. Pesquisa, São Paulo, v. 38, n. 133, abr. 2008. 4- Rangel AP, Torman R, Focesi LV. Adolescência: construindo uma identidade. Rev. Conhecimento Online (4) v.1, mar 2012. 5 - BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Saúde do Adolescente. Brasília, 1996. Descritores: adolescente, saúde, escolar

14255

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

JULIANA YUKARI TAKAHASHI ONISHI

O SIGNIFICADO DA PRÁTICA DO TAEKWONDO PARA O ADOLESCENTE.

Boas, TPV; Banca, ROL; Onishi, JYT; Ohara, CVS; Ribeiro, CA; Borba, RIH;

INTRODUÇÃO: O Taekwondo é uma arte marcial de origem coreana que surgiu há, aproximadamente, dois mil anos. Em coreano, a palavra Taekwondo significa "caminhos dos pés e das mãos através da mente". Apesar de ser luta, possui, assim como quase todas as artes marciais, uma filosofia que consiste na valorização da perseverança, integridade, autocontrole, cortesia, respeito e lealdade. A filosofia do Taekwondo tem como base o respeito à tradição, a piedade filial, onde o tema é "Não faça aos outros o que não queres que façam a ti"1. Estudos demonstram que a atividade esportiva é uma das melhores atividades educacionais, já que mantém a mente tão ocupada quanto o corpo. O praticante dá a si mesmo limites a serem quebrados, criando uma cadeia infinita de objetivos. O aluno encontra no Taekwondo circunstâncias similares à vida real, ou seja, alegrias, desafios, auto-satisfação, entre outras2. O estudo está vinculado ao Grupo de Estudo em Puericultura. OBJETIVO: Conhecer o significado que os adolescentes atribuem à prática do Taekwondo. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa3 aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo sob nº1903/11, atendendo os princípios da Resolução 196/96 e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos responsáveis concordando em participar do estudo e autorizando a gravação da entrevista em áudio, assim como assentimento do adolescente. Foi desenvolvida na Escola Estadual Álvaro de Souza Lima, na Zona Sul de São Paulo, em uma região onde o tráfico de drogas e a violência são bastante importantes, contribuindo, assim, para aumento da vulnerabilidade social. Participaram do estudo três adolescentes do sexo feminino que frequentam o Projeto Taekwondo e Cidadania, identificadas com nomes fictícios escolhidos por elas: Bruna I, Bruna II e Flávia de 12, 14 e 17 anos de idade respectivamente. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, iniciadas com a questão norteadora: "Conte-me o que significa para você praticar o Taekwondo" e outras questões foram formuladas no sentido de aprofundar a compreensão do que estava sendo expresso pela adolescente. Foi realizada a análise qualitativa do conteúdo das sessões, seguindo-se os passos, de transcrição, codificação e categorização4. RESULTADOS: Os dados revelaram de que o Taekwondo ajuda demasiadamente na construção do caráter de seus praticantes, gerando uma mudança de comportamento. Para isso, são trabalhados alguns temas, destacados enfaticamente pela adolescente, como o respeito, a disciplina e a cidadania. Ao aprender tais temas, respeita os seus limites e reconhece o limite dos outros. Além disso, promove um desenvolvimento pessoal, pois ela muda algumas características, como deixar de ser tímida e ser mais sociável e tranquila. Isso se dá também pela promoção da socialização através de rodas de conversas e excursões, onde têm a oportunidade de interagir uns com os outros. Apesar de o esporte ser uma luta, algo muito forte trazido pela adolescente é que prefere o caminho pacífico à agressão, o que também é ensinado pelo Taekwondo. A jovem aprende que pode lutar apenas nos ambientes em que praticam Taekwondo, e, jamais, bater nas pessoas na rua. No início, relata que é difícil separar o ambiente intra do extra, ficando confusa, mas após algum tempo de prática, segue pelo caminho pacífico e buscam alternativas para descontar o estresse, sem ser a agressão física e verbal. Outro aspecto bastante interessante trazido pela adolescente foi que, perante todas as mudanças comportamentais, o relacionamento com a família torna-se mais pacífico e feliz, favorecendo a união familiar e o interesse em que continue praticando o esporte. Ainda tem a oportunidade de ensinar Taekwondo, seja por ausência de algum professor ou porque se tornaram faixa preta. Em ambos os casos, considera essa atividade difícil, pois fica tímida e não sabe explicar exatamente como o mestre,

porém, ao perceber que se tornou uma pessoa melhor, capaz de promover união familiar, ter reconhecimento e respeito enquanto professora de Taekwondo, passa a sentir-se alguém útil e considera incrível ser considerada como professora, o que a faz sentir-se uma pessoa maior. Enquanto professora, precisa saber lidar com as diferenças pessoais e a individualidade de cada aluno e o resultado gratificante vem, quando percebe que os alunos estão reconhecendo-a como tal, respeitando-a e seguindo seus ensinamentos. Isso cria perspectivas de desenvolvimento quanto ao ensinar e se inspira de um dia ser mestre. No Taekwondo a adolescente precisa superar desafios com bastante frequência, entre os quais se destacam as dificuldades da própria prática, que contém exercícios difíceis, os campeonatos e as provas para troca de faixa. Essas atividades a deixa muito ansiosa, com medo e sentimentos negativos, por pensarem na possibilidade de derrota ou não conseguirem a trocar da faixa. A família e os amigos mostraram-se como importante fonte de força e apoio, determinantes para a permanência da adolescente no esporte. Ela refere que prefere a pessoa que se tornou, se sente feliz pela mudança não só no físico, mas também no seu estado de humor após começar a praticar Taekwondo, tonando mais tranquila por aprender a lidar com seu estresse e fazendo com que seu relacionamento com as pessoas fora da academia seja mais pacífico. Por fim, percebe a possibilidade de ampliar o seu mundo, ao saberem que o Projeto Taekwondo e Cidadania permite que conheça outros países, o que a deixa entusiasmada. CONCLUSÃO: O Taekwondo influencia significativamente a vida de seus praticantes. Assim sendo, o significado atribuído pela adolescente a esse esporte é muito gratificante. Apesar das dificuldades e dos momentos de dúvida, decidem sempre continuar com o Taekwondo e reconhece que isso é o melhor para ela. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Sendo o Taekwondo um importante elemento na construção do adolescente enquanto cidadão e na promoção da saúde e desenvolvimento, abre-se uma perspectiva de atuação de enfermagem nos diferentes contextos de saúde, tanto hospitalar, quanto ambulatorial, Unidade Básica de Saúde, Programa de Saúde da Família e nas escolas. Ainda, este estudo possibilitou constatar a necessidade de mais estudos relativos a adolescentes praticantes de artes marciais, tanto no sentido de mudanças comportamentais quanto físicas e sociais. Entre as possibilidades de temas para o estudo temos: o significado para a família ter um adolescente praticante de Taekwondo; o significado da troca de faixa para o adolescente; o significado para o adolescente participar dos campeonatos. REFERÊNCIAS 1. Cidério BJ. A importância do Taekwondo para o desenvolvimento motor da criança na fase escolar de 6 a 12 anos. [TCC]. Rio de Janeiro: Centro Universitário Augusto Motta; 2007. 2. Solbrilhando. Benefícios do Taekwondo. [sítio na Internet]. Brasil. [citado 2011 Maio 5]. Disponível em http://www.solbrilhando.com.br/Esportes/Taekwondo/Beneficios.html 3. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008. p.21. 4. Mayan MJ. An introduction to qualitative methods: a training for students and professionals. Edmontan, Canadá: International Istitue for qualitative methodogy. University of Alberta; 2001 DESCRITORES: Artes Marciais. Comportamento do Adolescente. Enfermagem Pediátrica.

14305

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

LUCYANA CONCEIÇÃO LEMES JUSTINO

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES E AS NOTIFICAÇÕES

Justino, LCL; Ferreira, SRP; Nunes, CB; Barbosa, MAM; Gerk, MAS; Freitas, SLF;

A violência sexual é um sério problema social que causa agravos à saúde, tornando-se reconhecida como grave problema de saúde pública, exigindo preparo tanto dos profissionais, quanto das instituições de saúde, para atuarem com a população infanto-juvenil1. Em decorrência de seu aspecto contextual e relacional, é necessário que os profissionais de saúde, na abordagem dos casos, levem em consideração que a violência é um processo do qual fazem parte os familiares, bem como os cenários em que os atos violentos se manifestam.Todos os casos suspeitos e/ou confirmados de violência sexual devem ser notificados, isto pode ser definido como uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover proteção à pessoa em situação de violência. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes violentas do autor. Para os serviços de saúde, o registro tem ainda a finalidade de fornecer um perfil das pessoas em situação de violência e dos autores e, assim, subsidiar o planejamento adequado de atenção às vítimas nas unidades básicas e no sistema como um todo2. Estudos relacionados a este fenômeno justificam-se por contribuir para que se esclareça a ocorrência deste evento na população infanto-juvenil e subsidie a formulação de políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra esta clientela. A violência sexual contra adolescentes é uma das prioridades da agenda nacional de pesquisa em saúde, bem como a avaliação de sistemas de informações epidemiológicas, notificação dos casos e responsabilização dos autores. Diante da dimensão deste problema, objetivou-se verificar nos Conselhos Tutelares Norte e Sul do município de Campo Grande, MS, a ocorrência de notificações de violência sexual contra adolescentes no período de 2007 a 2008; caracterizar os adolescentes em situação de violência quanto ao sexo e a idade e, o autor da violência sexual em termos de sexo e grau de proximidade. Para tanto, realizou-se uma pesquisa descritiva retrospectiva de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em janeiro e fevereiro de 2009 nos arquivos de notificações de violência sexual contra adolescentes de 10 a 18 anos, dos Conselhos Tutelares Norte e Sul de Campo Grande. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (protocolo 1300/2008). Evidenciou-se que dos 361 casos levantados no período de estudo, 170 foram notificados ao Conselho Tutelar Norte e 191 ao Conselho Tutelar Sul. Constatou-se aumento das notificações em 2008, sendo 189 (52%) em 2008 e 172 (48%) em 2007. A maioria dos adolescentes em situação de violência era do sexo feminino, talvez pela sua fragilidade física, que reforça a discriminação e a exploração que as meninas sofrem em relação aos meninos3. Houve prevalência da faixa etária de 10 a 14 anos, para ambos os sexos. Quanto menor a idade, maiores são as consequências do abuso sexual à vítima. Dessa maneira, torna-se relevante a condução de estudos diagnósticos e epidemiológicos que possam contribuir para a prevenção desse tipo de violência4. Predominaram autores da violência do sexo masculino, independente do sexo do adolescente. A maior parte dos atos de violência sexual notificados ocorreu em ambiente doméstico, praticados principalmente pelo pai ou padrasto. Poucos foram os episódios infligidos por pessoas desconhecidas. O fato dos autores da violência geralmente conviverem com a vítima faz com que a situação aconteça repetidas vezes, com ameaças e seduções. Tal situação somada à falta de evidências físicas dificulta a comprovação dos casos e possibilita a subnotificação do fenômeno5. Os profissionais devem se preparar para esta situação. Apesar de surgir um desejo de afastar-se do ocorrido, o compromisso legal e ético é a notificação de casos suspeitos e confirmados de violência contra a criança e ao adolescente2. Para tanto, requer-se um

atendimento acolhedor, que assegure a privacidade necessária para que o adolescente possa expressar os fatos e manifestar seus sentimentos. O profissional deve estar preparado para ouvir apenas uma vez, pois após o relato a pessoa em situação de violência poderá silenciar. Um elemento importante para auxiliar a prevenção desse tipo de violência é o preenchimento completo e correto dos dados que compõe a ficha de atendimento dos conselhos tutelares, pois as falhas de registro não só dificultam a assistência a ser prestada, mas prejudicam a identificação de fatores de risco para violência intrafamiliar e sua possível prevenção. Observou-se que algumas das fichas pesquisadas apresentavam campos incompletos, ou mesmo nenhuma informação além da identificação do adolescente em situação de violência. Tais fatos comprometeram a análise de algumas variáveis, particularmente as referentes ao autor da violência. A criação de um protocolo abrangendo itens de interesse para programas voltados à prevenção, com informações completas sobre a pessoa em situação de violência, o autor da violência e a família, seria altamente oportuna. Cabe ao enfermeiro e aos demais profissionais de saúde identificarem as famílias com risco potencial para comportamentos abusivos, bem como a existência de crises situacionais decorrentes de algum tipo de violência e, proporem soluções alternativas, incluindo orientação e encaminhamento para tratamento especializado. Além disso, compete ao enfermeiro realizar visitas domiciliares para prover cuidados específicos, acompanhamento e educação em saúde aos grupos vulneráveis, além de atuar na prevenção terciária para tratamento, reabilitação e prevenção da recorrência de violência sexual. Descritores: Violência sexual. Saúde do adolescente. Enfermagem pediátrica. REFERÊNCIAS 1. Bittar DB, Nakano AMS. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. Texto Contexto Enferm. 2011;20(1):17-24. 2. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. Acta Paul Enferm. 2009;22(n esp):903-8. 3. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Cad Saúde Pública. 2010;26(2):347-57. 4. Oliveira MPC. Abuso sexual de meninos: estudo das consequencias psicossexuais na adolescência [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 5. Jesus FB, Lima FCA, Martins CBG, Matos KF, Souza SPS. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. Rev. Gaúcha Enferm. 2011;32(2):359-67.

13895

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

MARTINA MICHAELIS BERGMANN

TROCA DE SABERES: DISCUTINDO SOBRE DROGAS COM ADOLESCENTES

Bergmann, MM; Portela, DL; Almondes, FME; Rosso, LH; Lubini, VT; Willrich, JQ;

Introdução: A adolescência é o período do desenvolvimento humano que se caracteriza por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, sendo um momento marcado por aprendizados, descobertas, além de questionamentos dos valores familiares e sociais, que acompanha o jovem até a idade adulta. É nessa fase que os conceitos de interação grupal tornam-se mais perceptíveis e os adolescentes buscam fazer parte de um grupo com o qual se identificam. Neste período, também iniciam os conflitos e crises familiares, que podem contribuir para que o adolescente se exponha a situação de risco devido a instabilidade emocional, sendo que as drogas entram nesse contexto como uma resposta possível para amenizá-la1,2. O uso de drogas nessa fase da vida pode estar relacionado à desinformação, curiosidade, pressão social do grupo e fácil acesso, levando à atitudes agressivas[3]. Nesta perspectiva, as atividades de educação em saúde à essa faixa etária, frequentemente realizadas nas escolas, oportuniza a criação de espaços para discussão desse assunto, a fim de esclarecer dúvidas dos adolescentes e ouvir suas percepções acerca dessa problemática. Sendo assim, o projeto Educação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - UFPel realiza ações de educação em saúde em um bairro vizinho ao Campus Porto dessa universidade. Dentre as atividades realizadas incluem-se visitas domiciliárias, oficinas em um grupo de mulheres e três escolas municipais, onde é possível abordar a temática supracitada. Objetivo: Apresentar a realização de três oficinas sobre drogas na adolescência, as quais pretendiam instigar os alunos acerca de suas percepções sobre os motivos que levam uma pessoa a iniciar o uso de drogas e proporcionar uma roda de conversas acerca da temática. Metodologia: As oficinas foram realizadas em duas escolas municipais por acadêmicos de enfermagem integrantes do projeto. Em uma das escolas, a oficina foi desenvolvida em turmas do 6º ao 9º ano e na outra contou com a participação de alunos do 9º ano, atingindo na totalidade um público de 96 pessoas, de faixa etária entre 12 e 18 anos. Com o intuito de promover uma discussão sobre o tema Drogas na Adolescência e compreender o entendimento dos alunos acerca dos motivos que levam uma pessoa a iniciar o uso de drogas, no início da oficina foram disponibilizadas folhas de ofício para que eles expusessem suas percepções a respeito das causas do uso de drogas. Para o desenvolvimento da atividade, utilizou-se uma metodologia horizontal de ensino, em que os participantes estavam dispostos em um círculo e foram incentivados a participar da discussão. Em seguida, realizou-se um bate-papo sobre as respostas apresentadas na dinâmica inicial e oportunizou-se um espaço livre para o compartilhamento de experiências (familiares e pessoais). Após as discussões, os acadêmicos apresentaram conteúdo sobre as drogas (lícitas, ilícitas) mais conhecidas em material audiovisual. Resultados: A extensão universitária por ter uma proposta educativa que articula o ensino e a pesquisa, possibilita que os projetos de extensão realizem uma aproximação da universidade e sociedade. Uma das atividades que geram essa articulação é a Educação em Saúde, e por meio dessa, a realização de oficinas que são definidas como uma proposta de aprendizagem compartilhada, onde se aplica atividades grupais, objetivando a construção coletiva dos conhecimentos4. Anteriormente ao início das oficinas, os alunos foram questionados a partir de uma pergunta aberta e de ampla liberdade sobre os motivos que induzem os jovens a iniciarem o uso de drogas. Todavia, no momento em que foi realizada a análise dos dados obtidos identificou-se que os alunos expressaram mais de uma resposta. Participaram da oficina um total de 96 alunos, destes, dois não responderam ao questionamento. Diversas respostas foram apresentadas, 44 alunos relataram que a

curiosidade é um dos motivos que induzem o uso a drogas, 27 por problemas familiares, 39 acreditaram ser a instabilidade emocional, 10 por diversão, 8 devido a falta de conhecimento, 5 pela popularidade e 2 ao fácil acesso. De acordo com as respostas, o principal fator contribuinte para o início do uso das drogas foi a influência de amigos, relatado por 67 alunos, entretanto, um aluno respondeu que por experiência própria não concorda com esse motivo, pois a grande maioria tem o conhecimento dos malefícios que as mesmas causam, e assim experimentam por vontade própria. Observamos a importância da identificação dos fatores de risco que desencadeiam o envolvimento dos adolescentes com o uso de drogas, analisando o contexto em que o sujeito vive e sua percepção sobre a inserção de substâncias psicoativas como uma maneira facilitadora de vida que proporcionam medidas prazerosas, integração pelos grupos, por meio de influências de amigos, e também como alívio para as modificações físicas e psicológicas inerentes a esta fase da vida[2]. É essencial ajudar os jovens durante o processo de transição da adolescência para a vida adulta, valorizando-os como protagonistas de sua própria história, ressaltando que a família e a escola são espaços primordiais para a formação de opiniões dos sujeitos. Destaca-se a importância da realização de educação em saúde nesses ambientes para a transformação social, além da promoção de saúde e prevenção do uso de drogas[1]. Conclusão: Compreendemos que a dinâmica elaborada permitiu uma interação de saberes entre educando e educador, reflexão e esclarecimentos de dúvidas foram aspectos contemplados no decorrer da discussão, havendo uma grande participação por parte de todos os alunos, o que corrobora a ideia de que educação em saúde consiste em uma troca de conhecimentos caracterizada por momentos teórico-práticos que elucidem temas de fundamental relevância. Ao realizar as oficinas o nosso desafio residiu em desenvolver atividades educativas e de conscientização, que readquiram, principalmente, a valorização do sentido da vida por esses adolescentes. Contribuições / Implicações para a Enfermagem: Para desenvolver atividades como a apresentada nesse trabalho é importante valorizar o conhecimento advindo da vivência pessoal ou familiar, assim como a percepção dos indivíduos acerca de temas propostos. Nessa perspectiva, o educador não pode basear-se na transferência de conhecimentos, e sim na troca dos saberes5. Estudar sobre o comportamento dos adolescentes ante as drogas é imprescindível para os profissionais de enfermagem, visto que é nossa função orientar acerca das medidas preventivas desde a família até os grupos escolares[1]. Descritores: Educação em Saúde, Adolescente, Enfermagem.

Referências: 1 - Cavalcante MBPT, Alves MDS, Barroso MGT. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12 (3):555-59. 2 - Canavez MF, Alves AR, Canavez, LS. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. Cadernos UniFOA. 2010; ed 14. 3 - Soccol KLS, Souto VT, Terra MG. Educação em saúde nas escolas: uso de drogas e adolescência. XVI Jornada Nacional da Educação. Educação: Território de Saberes; 2012 ago 20-23. Santa Maria/RS. Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, 2012. 4 - Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. Ciência e Saúde Coletiva. 2003; 8 (2): 611-20. 5 - Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

13936

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

MICHELE ALCÂNTARA DOS SANTOS

PROMOVENDO A SAÚDE DO ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES EXTENSIONISTAS DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIGRANRIO EM UMA ESCOLA DA BAIXADA FLUMINENSE.

Santos, MAD; Machado, ACC; Alves, RB; Alves, ACS;

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, descreve o período etário da adolescência como os indivíduos na faixa etária de 12 a 18 anos de idade, e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, onde o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade. Para o Ministério da Saúde os adolescentes encontram-se na faixa etária entre 10 e 19 anos. (ECA 13/07/1990) (2) . A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, onde ocorre uma rápida maturação física, cognitiva, social e emocional. Este momento é comumente visto como se iniciando com o aparecimento gradativo dos caracteres sexuais em torno de 09 anos a 12 anos e terminando com a cessação do crescimento corporal,dos 18 aos 20 anos (3) . Há três anos os acadêmicos de enfermagem da UNIGRANRIO vêm participando do projeto de extensão intitulado "Promovendo a saúde do adolescente na escola uma proposta do cuidar da saúde pelos acadêmicos de enfermagem da UNIGRANRIO", realizado em uma escola privada do município de Duque de Caxias, que possui o segundo segmento do ensino fundamental e o ensino médio. Este projeto tem como um dos seus objetivos despertar, nos acadêmicos de enfermagem o interesse no cuidar dos adolescentes, as atividades desenvolvidas seguem as premissas do Programa de Saúde do Adolescente e do Programa da Saúde do Escolar com vista a promoção da saúde do adolescente e prevenção de agravos característicos desta faixa etária. O presente estudo trata-se de um relato de experiência que tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas ao longo dos últimos três anos do projeto, Promovendo a saúde do adolescente na escola uma proposta do cuidar da saúde pelos acadêmicos de enfermagem da UNIGRANRIO. Os alunos participantes do projeto eram aqueles que encontravam matriculados a partir do quinto período da graduação, sendo selecionados através de prova teórica e entrevista com o professor tutor do projeto. As atividades eram desenvolvidas em um dia da semana e eram complementadas também, com pesquisas e leituras de artigos e desenvolvimentos de trabalhos, sendo no total de carga horária de 10 horas semanais, o período de permanência era de seis meses prorrogado por mais seis meses. Dos trezentos adolescentes matriculados, foram avaliados cento e sessenta e dois adolescentes nos atendimentos individuais. A maioria encontrava-se na faixa etária entre 10 e 16 anos, eram do sexo feminino (61%) e cursavam entre o sétimo e oitavo ano. Relacionado aos hábitos diários dos adolescentes, a maior parte deles não praticava esporte (58%) sendo em maior número, os do sexo feminino. Todos faziam uso de internet acima de seis horas diárias. Os adolescentes relataram que dormiam entre 7 à 8 horas por dia e realizavam diariamente uma média de 5 refeições. Das adolescentes avaliadas, (28%) apresentaram a menarca entre 10 e 13 anos. Quase totalidade dos adolescentes (99%) não apresentava vida sexualmente ativa. A avaliação ponderal nos mostrou que 58% deles encontravam-se com o Índice de Massa Corpórea (IMC) dentro dos padrões de normalidade, os que apresentavam alterações, esta se caracterizava como risco para obesidade (26%) e obesidade (17%). Dos problemas identificados durante a avaliação dos adolescentes constatamos como os principais agravos de saúde as: doenças alérgicas e os problemas visuais. Um item de difícil avaliação foi a constatação da condição vacinal, pois os adolescentes não traziam a caderneta de vacinação, impossibilitando a computação deste dado. Quanto ao uso de drogas lícitas e ilícitas não foi mencionado nenhum caso de uso dos mesmos. A avaliação dos adolescentes propiciou intervenções individuais, e orientações, para a melhoria das

condições de saúde como a alimentação saudável, controle do peso e planejamento das atividades diárias, com vistas aumentarem o número de práticas desportivas e controle do tempo na internet. Os problemas citados como de maior prevalência: as alergias e problemas oftalmológicos, já estavam controlados, já que estes possuíam facilidade de acesso ao serviço de saúde, através dos convênios de saúde. Ao longo dos três anos, além das atividades de atendimento individual, também foi promovido paras os adolescentes ações educativas em grupo, que possibilitou a integração dos acadêmicos, monitores do projeto e discentes do curso de graduação da faculdade de enfermagem, que também desenvolviam atividades neste cenário da escola, como requisito, de algumas disciplinas. Nos tempos vagos dos alunos aproveitávamos também para ações educativas com a utilização de metodologias ativas. No mês de outubro de 2012 foi organizado pelos acadêmicos um evento intitulado: "I Integração em Saúde do Adolescente", que contou com a participação de acadêmicos e discentes dos cursos de enfermagem, odontologia, nutrição, estética e moda. As atividades desenvolvidas além de promover a integração dos cursos da faculdade, propiciaram aos adolescentes, conhecer aspectos importantes da manutenção de uma vida saudável. Alguns entraves ocorreram ao longo deste período, os quais impossibilitaram o atendimento de um maior número de adolescentes como: as entregas do termo de consentimento para participarem do atendimento individual, onde muitos dos adolescentes se esqueciam de entregar aos pais o termo; a dificuldade de conciliar o horário dos monitores do projeto com o calendário acadêmico destes e dos adolescentes foi outro aspecto de destaque. Consideramos que Projeto de Extensão vem ao longo destes três anos cumprindo os objetivos propostos, contribuindo na formação discente dos graduandos de enfermagem, e promovendo a saúde da população de adolescentes reforçando assim a responsabilidade social da Universidade. DESCRITORES: SAÚDE, ADOLESCÊNCIA, ENFERMAGEM Referência bibliográfica: 1. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília (DF): Gráfica do Senado, 1990. 2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 1a Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1989. 3. WONG, Donna L.; HOCKENBERRY, Marily J. Wong fundamentos de enfermagem pediátrica., 8a edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 4. Brasil. Cadernos de Atenção Básica ; n. 24. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

13960

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

TATIANA BARRETO PEREIRA VIANA

PRÁTICAS EDUCATIVAS: VIVÊNCIA COM ADOLESCENTES DO PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL.

Santos, EB; Santos, MRL; Silva, CR; Viana, TBP; Marques, GCM; Camargo, CL;

INTRODUÇÃO O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) compreende como adolescente a pessoa com idade entre 12 a 18 anos1, porém a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como adolescência a etapa da vida entre 10 e 19 anos, caracterizada pelo desenvolvimento biopsicossocial que inicia com as mudanças corporais e termina com inserção social, profissional e econômica.2 Pesquisadores constatam que os adolescentes convivem com uma série de questionamentos que estão ocorrendo consigo, e necessitam ser abordados, tanto individualmente como no âmbito coletivo.3 Portanto, partilhar saberes no intuito de prevenir, promover e recuperar a saúde através de ações educativas dá base à Educação em Saúde tornando-a uma prática educativa porque é construída com a comunidade e não para ela, instrumentalizando-a e fomentando a percepção dos motivos e soluções para os problemas de saúde de maneira crítica.4 Sendo assim, a educação em saúde pode atuar como um potencializador do cuidado da enfermeira, neste caso ao público adolescente, pois é capaz de gerar mudanças, o aprender mútuo e a construção de relações humanas simétricas4. OBJETIVO Este estudo objetiva descrever a experiência de um projeto de extensão, desenvolvido por acadêmicos e docentes do curso de enfermagem com um grupo de adolescentes moradores de uma comunidade de baixa renda que frequentavam o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). DESCRIÇÃO METODOLÓGICA O Projeto Interdisciplinar em Atenção Integral a Saúde do Adolescente desenvolveu no mês de novembro/2012 atividades educativas articulando a parceria de docentes e discentes da Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Bahia - UNEB e Escola de Enfermagem - UFBA com o PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL - PETI, no município localizado na microrregião do Sudoeste da Bahia. O PETI é um programa do Governo Federal que tem como objetivo retirar crianças e adolescentes de 7 a 15 anos e 11 meses de idade do trabalho considerado perigoso, penoso, insalubre ou degradante, ou seja, que coloca em risco sua saúde e seu desenvolvimento.5 O método de trabalho utilizado no projeto de extensão se baseavam em atividades educativas semanais, por meio das quais eram desenvolvidas oficinas, rodas de conversa, leitura, discussão de textos, dinâmicas grupais e filmes comentados. Os recursos didáticos adotados em cada atividade eram selecionados segundo o critério da adequação ao conteúdo a ser trabalhado no dia. RESULTADOS Durante a execução das atividades educativas os adolescentes tiveram a oportunidade de sanar suas dúvidas e de conhecer temas como: cidadania, autoestima, exclusão social e o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). As ações educativas foram bastante interessantes, visto que os adolescentes conseguiram relatar diversas situações de sua realidade, como pode ser constatado nas seguintes falas: "...tinha um colega assim, que vendia balas na rua pra ajudar em casa." "... eu também ajudava meu pai, mas não precisei sair da escola." Discutir o Estatuto da Criança e do Adolescente é de fundamental importância para que os adolescentes pudessem reconhecer seus deveres e seus direitos, principalmente no que tange à garantia de acesso aos serviços e condições de saúde, alimentação, educação, lazer, cultura, esportes, profissionalização, dignidade, respeito e dignidade social, conforme pode ser visualizado no artigo 4º, Título I das Disposições Preliminares do ECA1. No desenvolvimento observamos que existiu um grande interesse por parte deste público em obter novos conhecimentos, para colocar em prática o aprendizado adquirido e compartilhar seus saberes e a prática diária de qualidade de vida entre as pessoas de seu convívio social e familiar. CONCLUSÃO O projeto vem lentamente contribuindo para ampliar o

conhecimento cientifico e instrumentalizar o planejamento de intervenções dos docentes e discentes em relação a saúde do adolescente constituindo-se em ferramenta para o desenvolvimento de ações na prevenção de riscos e promoção da saúde, deste público no Município de Guanambi. A experiência permitiu conhecer a cada dia as peculiaridades do grupo e planejar orientações compreensíveis e significativas aos adolescentes. Realizar intervenções no PETI foi muito enriquecedor e os adolescentes se mostraram muito motivados com as intervenções. Além disso, a receptividade com que eles acolheram o projeto foi comovente e estar com este grupo de adolescentes nos proporcionou obter uma visão mais critica sobre como abordar este público na promoção da saúde. Além disso, é uma experiência inovadora para o crescimento acadêmico e profissional, pois traz a possibilidade de ter uma postura diferente na abordagem de temas devido à vulnerabilidade em que tal grupo se encontra. CONTRIBUIÇÕES /IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM As práticas educativas tem sido de extrema relevância para os adolescentes do PETI envolvidos nas atividades. Esta realidade ressalta a crescente necessidade dos enfermeiros inseridos nos espaços onde se encontram esses jovens, conhecendo, intervindo e promovendo saúde, atuando como um agente de transformação. O Projeto Interdisciplinar em Atenção Integral a Saúde do Adolescente apresenta-se desenvolvendo atividades de promoção a saúde dos adolescentes de modo que a prática do enfermeiro possa ir além do cuidado biomédico, através da obtenção de subsídios para promoção de uma reflexão crítica acerca do atual contexto em que as atividades de educação em saúde se inserem. Portanto o cuidado da enfermagem ao adolescente deve ser ético, pressupondo habilidades técnicas, conhecimento, sensibilidade e experiências. Este cuidado deve ser orientado por ações que assiste, oferece suporte e facilita ou melhora a vida de quem é atendido em suas necessidades. Descritores: Educação em Saúde, Adolescente, Enfermagem em Saúde Comunitária REFERÊNCIA 1. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília-DF: Diário oficial da União, 1990. 2. Amorim, V L, Vieira, N F C, Monteiro, E M L M, Sherlock, M S M, Barroso, M G T. Práticas Educativas Desenvolvidas por Enfermeiros na Promoção a Saúde do Adolescente. Revista Brasileira em Promoção as Saúde, ano/vol., nº 004. Universidade Fortaleza. Fortaleza. Pp. 240-246. 2006. 3. Hoga, L.A.K.; Abe, C.T. Relato de experiência sobre o processo educativo para a promoção da saúde de adolescentes. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n.4, p. 407-12, dez. 2000. 4. Progianti, JM, Costa, RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 257-63. 5. Alberto, M F, Borges, R S, Pessoa, M C B, Sousa, J M L, Araújo, P F M, Vaz, R O F, et al. Programa de Erradicação do Trabalho Infantil: Ações Extensionistas e Protagonismo. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO. 2012, 32 2), 516-531.

14646

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

ANA PAULA AMÂNCIO NEVES

ATENDIMENTO AO BINÔMIO MÃE-BEBÊ EM UM AMBULATÓRIO DE PUERPÉRIO: DEMANDAS E APOIO RECEBIDO PELA REDE SOCIAL

Neves, APA; Souza, SNDH; Matsubara, M;

Introdução: O período pós-parto é um momento em que ocorrem mudanças e adaptações fisiológicas, psicológicas e sociais tanto na vida da puérpera e seu bebê, quanto no contexto familiar em que estão inseridos. Diante deste cenário a mulher encontra-se vulnerável, sendo de grande importância o apoio de seus familiares e uma assistência profissional adequada para a prevenção e tratamento de possíveis complicações que possam ocorrer ao binômio mãe-bebê. A preocupação com a saúde da mulher e da criança é de caráter mundial, sendo incluídas entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, pela Organização das Nações Unidas no ano 20001. Relatório recente da United Nations Children's Fund (UNICEF) demonstrou um importante avanço na redução da mortalidade em crianças menores de 5 anos, de 87, em 1990 para 51 mortes por mil nascidos vivos, em 2011. Essa redução de 41% na mortalidade demonstra um avanço na direção dos objetivos propostos.2 No Brasil, as estratégias propostas para a redução da mortalidade infantil, atualmente compõem a Rede Cegonha, estabelecida pela Portaria nº 1459 em junho de 2011, que propõe no Art. 1° que deve ser instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. O Art. 6° refere que a Rede Cegonha é organizada partir de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e por fim, sistema logístico: transporte sanitário e regulação.3 Diante do exposto, questionam-se quais têm sido as dificuldades enfrentadas pela puérpera em uma Maternidade de baixo risco da cidade de Londrina em relação à sua saúde e a de seu bebê, detectados em consulta realizada no ambulatório de puerpério dessa instituição, e qual o apoio social recebido frente às dificuldades. Objetivo: identificar intercorrências, condutas e encaminhamentos à mãe e bebê, através da consulta de enfermagem em um ambulatório de puerpério imediato e compreender a rede de apoio familiar e profissional oferecida à puérpera segundo sua própria percepção. Metodologia: estudo descritivo, transversal de abordagem quali-quantitativa realizado em uma maternidade de baixo risco na cidade de Londrina-PR, no período de agosto a dezembro de 2011. Foram analisadas 855 fichas de atendimentos ambulatorial ao puerpério e relizado entrevista semi-estruturada com 18 puérperas, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Foram registradas 490 intercorrências em relação à mulher, sendo os problemas relacionados à amamentação os de maior incidência com 36,5%, seguido por lóquio fétido (34,9%).As fissuras, edemas, bolhas, são também denominados traumas mamilares. Estes são extremamente dolorosos e com frequência são a porta de entrada para as bactérias. Por isso uma vez instalada é importante a intervenções para alivio da dor e cicatrização.4 Entre as queixas ao bebê destacam-se flatulência (44,1%) e cólicas (31,6%). As entrevistas permitiram desvelar importantes aspectos relacionados às vivências do período pós-parto e as necessidades advindas dessa fase de vida. As falas foram categorizadas em três temas: sentimentos relacionados à chegada do filho, dificuldade vivenciadas com o nascimento e amamentação e apoio presente ou ausente. Através destas entrevistas nota-se que é um período de sentimentos ambíguos relacionados à felicidade, novas responsabilidades, ansiedades e frustrações, é preciso apoio para adaptação e instrumentalização para que essa mulher desenvolva o papel da maternidade.5 ¨Ai está sendo, não vou falar que está sendo difícil porque ela é muito boazinha. [...] mais a cabeça está bem o psicológico

está bem afetado [...] depois que cheguei em casa que eu parei para pensar, dai eu vi como vai mudar tudo, não vai ter tempo mais para nada, todo tempo que tiver é para ela[...]não é um arrependimento, mais você vê que perdeu bastante coisa então você fica meio abalada.¨ As maiores dificuldades relatadas foram o excesso de atividades domésticas a serem realizadas, além de cuidar do bebê, a falta de alguém para auxiliar nos cuidados com o bebê, aumento das despesas e abdicação de atividades que realizavam anteriormenete. A maior rede de apoio citada é a família e muitas falas relatam a falta de apoio e orientações dos profissionais da saúde. "O posto nunca me visitou, nem me orientaram sobre a amamentação. Eu fui lá semana passada eles disseram que precisava de um documento para eu ser atendida, ficaram de ir em casa para buscar o documento mais ainda não foram. Mais nesse dia que eu fui eles disseram que o posto está sem pediatra".Sendo a enfermagem, a equipe que está ao lado do paciente a maior parte do tempo, é primordial que o vínculo entre o cuidador e a puerpera seja iniciado ainda na gestação e fortalecido após o parto, para que ocorra uma assistência de enfermagem efetiva durante o puerpério. Conclusão: O acompanhamento e assistência ao binômio mãe-bebê após o nascimento é de total relevância, devido às grandes mudanças ocorridas nesse período e surgimento de complicações que possam dificultar o enfrentamento desta mulher. Cabe ao profissional da saúde oferecer apoio e orientações à essa família, para que a fase de adaptação ocorra de maneira menos traumática, favorecendo a saúde da mulher e da criança. Espera-se que a presente pesquisa traga subsídios para a assistência do binômio mãe-bebê e sua família, contribuindo para o alcance das metas para diminuição da mortalidade materna e neonatal. Descritores: Período pós-parto, recém-nascido, cuidados de enfermagem. Referências: IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório de acompanhamento do milênio. Brasília: Ipea, 2004. UNICEF. Division of Policy and Strategy. Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2012. Sept., 2012. Disponível em:< http://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/APR_Progress_Report_2012_final.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012. BRASIL. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde: a rede cegonha. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br /bvs/ audelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 20 maio 2012. GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S147-S154. 2004. Suplemento. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a06.pdf >. Acesso em: 20 maio 2012. SOUZA, S. N. D. H. O aleitamento materno na perspectiva de vulnerabilidade programática. 2010. 301 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2010

14486

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

FLAVIA SIMPHRONIO BALBINO

PERSPECTIVA DOS PAIS SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NAS TOMADAS DE DECISÕES RELATIVAS AOS CUIDADOS DO RECÉM - NASCIDO NA UNIDADE NEONATAL

Balbino, FS; Moura, AB; Balieiro, MMFG; Mandetta, MA;

Introdução: a filosofia do Cuidado Centrado no Paciente e Família, tem sido cada vez mais enfatizada como importante e necessária para promover a assistência aos pais e sua participação nos cuidados do filho na unidade neonatal. Objetivo compreender como os pais percebem sua participação nas tomadas de decisão relativas aos cuidados do RN na unidade neonatal. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, que teve como referencial teórico os princípios do Cuidado Centrado no Paciente e Família. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, com seis mães de RN hospitalizados na unidade neonatal, de um Hospital Universitário, no município de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o processo 16220. Os dados foram lidos na íntegra, codificados e agrupados em subcategorias por similaridades e divergências, sendo ao final agrupados em categorias analíticas, conforme semelhança de significados analisados de acordo com a Análise Qualitativa de Conteúdo. Resultado: O tema central emergido: "à margem do cuidado do filho" representa a maneira como a família se percebe na experiência de hospitalização: como expectadora da sua própria história, não se sentindo participante junto com os profissionais das tomadas de decisão. Considerações Finais: para garantir à família uma participação mais efetiva é preciso que haja flexibilização de normas e rotinas da unidade, facilitando o acesso da família ampliada e oferecendo informações de maneira gradativa e com abertura para diálogo, em que a família possa conversar, discutir e participar do cuidado do RN, de acordo com sua disponibilidade e condição emocional. Descritores: recém-nascido, família, tomadas de decisão, enfermagem neonatal

14280

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

KARIANE GOMES CEZARIO

PAIS CEGOS E A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE SEUS FILHOS LACTENTES: VIVÊNCIAS DE CUIDADO

Cezario, KG; Pagliuca, LMF;

Introdução: A alimentação complementar é compreendida como a oferta de alimentos à criança, em complemento ao leite materno, a partir dos seis meses de vida1. Por constituírem família e ter filhos, os pais cegos podem vivenciar desafios no cuidado da alimentação complementar de seus lactentes, uma vez que a ausência de visão demanda o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para o cuidado autônomo e seguro de seus filhos. Torna-se relevante, deste modo, conhecer a experiência destes pais para o desenvolvimento de intervenções acessíveis que auxiliem os pais cegos a cuidarem de seus filhos. Objetivo: Objetivou-se descrever a experiência de mães e pais cegos em relação à amamentação de seus filhos. Método: Pesquisa qualitativa, realizada em fevereiro de 2012. Participaram mulheres e homens cegos com filhos com idade entre zero e 10 anos. Realizaram-se entrevistas nos domicílios dos participantes, que falaram sobre a experiência de alimentar seus filhos pequenos diante da realidade da deficiência. Os dados obtidos foram categorizados através da técnica de análise de conteúdo. As entrevistas foram gravadas, conforme autorização prévia dos participantes, e os aspectos éticos foram respeitados, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Resultados: Participaram do estudo cinco mulheres e cinco homens, com idade que variou entre 21 e 40 anos e prevalência de estado civil casado/união estável, ensino médio enquanto escolaridade e renda familiar entre 800 e 3.700 reais. Os depoimentos foram agrupados em três categorias: Amamentação e alimentação complementar entre mães cegas, na qual as mulheres relataram as suas principais dificuldades em ofertar alimentos a seus filhos; Pais cegos e a alimentação de seus filhos, onde descreveram como ajudaram a facilitar este processo; e, finalmente, Estratégias de enfrentamento, na qual relataram as alternativas desenvolvidas para alimentar seus filhos de maneira autônoma. Na primeira categoria, as mulheres relataram como dificuldades: pega incorreta da mama, ingurgitamento mamário e a dificuldade de realizar na prática as orientações recebidas durante a gravidez. Além disso, afirmaram que a idade de introdução dos alimentos complementares se situou em torno dos três meses de idade e o preparo dos mesmos muitas vezes se dava através do liquidificador. Por sua vez, na segunda categoria, os homens afirmaran que deram suporte ao aleitamento materno de seus filhos através do apoio psicológico e estímulo, ajudando no posicionamento correto da criança, e também orientando quanto à massagem mamária para estimular a produção de leite. Em acréscimo, relataram as experiências de auxiliar no preparo e oferta dos alimentos de seus filhos. Finalmente, na terceira categoria, os pais relataram estratégias de cuidado face à própria deficiência: segurar o queixo da criança com uma das mãos e ofertar o alimento, através de colher, com a outra mão; posicionar a criança entre suas pernas na hora de oferecer os alimentos; tocar na face da criança para identificar o processo mastigatório e a deglutição, entre outras estratégias. O desenvolvimento de estudo que investigava as características dos cuidados de mães cegas em relação aos seus filhos, permitiu constatar que essas mulheres, em sua maioria, tinham dificuldades na realização dos cuidados relacionados à alimentação, à higiene e à prevenção de acidentes de suas crianças, pois, devido à sua limitação sensorial, a realização destes cuidados de maneira adequada e segura se tornava muito precária. Além disso, as mesmas utilizavam a rede social de apoio como fonte maior de orientação e auxílio em situações que demandavam o uso da visão, como a identificação se o filho está doente e a administração de medicamentos2. Entretanto, verifica-se que muitas vezes os constituintes da rede social de apoio,

representados por pais, irmãos, vizinhos e profissionais de saúde, tem dificuldades em fornecer informações sobre o cuidado em saúde da criança, seja pela falta de experiência em transmitir orientações para uma pessoa com deficiência, seja pelo fato de as informações prestadas não considerarem características da pessoa cega que são necessárias ao desempenho das suas atividades adequadamente, tais como o estímulo ao uso do tato e do olfato e a necessidade de uma orientação espacial dos objetos adequada. Além disso, tanto os programas de orientação e cuidado em saúde da criança como os profissionais de saúde que atuam nesta área, utilizam-se predominantemente de materiais com ilustrações, mídia impressa e/ou imagens televisivas. Deste modo, limitam profundamente o acesso da clientela cega à informação. Basicamente a comunicação com o cego se processa mediante a utilização de seus sentidos remanescentes, ou seja, a audição e o tato. Por conseguinte, as tecnologias preparadas e adaptadas para estas pessoas devem incorporar estas características (CEZARIO, 2009). Deste modo, os cuidados de enfermagem à criança, no âmbito do Sistema Único de Saúde, devem contemplar diversificadas práticas, tais como: vigilância em saúde, organização do processo de trabalho, estímulo a cuidados que fortaleçam os laços entre família e criança, priorizando a promoção da saúde. E este aspecto se reforça quando se trata de pais com algum tipo de deficiência, pois são variadas as possibilidades de fornecer subsídio para que possam cuidar da melhor maneira de seus filhos pequenos. Conclusão: Constatou-se que as dificuldades vivenciadas por mães e pais cegos são as mesmas de pais videntes: desmame precoce, problemas na mama, introdução incorreta e preparo inadequado dos alimentos complementares. Além disso, através dos relatos das mães e pais cegos, pode-se refletir que são necessárias orientações acessíveis à limitação sensorial destas mães e pais durante o pré-natal, puerpério e puericultura por parte dos profissionais de saúde. Contribuições/implicações para a Enfermagem: Ao refletir sobre as características da prática assistencial em enfermagem, verifica-se que o(a) enfermeiro(a) é capacitado para atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, tanto dos indivíduos, como da família e/ou comunidade, devendo considerar estas características ao prestar o cuidado de enfermagem a esta clientela. Esta perspectiva corrobora as demandas e aptidões necessárias aos profissionais de saúde que atuam com pessoas com deficiência, especificamente a visual. Deste modo, os resultados identificados evidenciam a necessidade de desenvolvimento de estratégias e tecnologias de cuidado de enfermagem para que pais cegos possam cuidar de seus filhos de maneira eficaz e independente. Descritores: Nutrição do lactente; Cegueira; Enfermagem familiar. REFERÊNCIAS 1 - Fujimori E, Rezende MA. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo; Manole, 2009. 2 - Pagliuca LMF, Uchoa RS, Machado MMT. Pais cegos: experiências sobre o cuidado do seus filhos. Rev. Latino-Americ de Enferm. 2009; 17(2): [04 telas]. 3 - Rebouças CBA, Cezario KG, Oliveira PMP, Pagliuca LMF. Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1): 80-6.

14451

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

LARISSA GUANAES DOS SANTOS

MEU FILHO TEM LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA E AGORA? UM MATERIAL INFORMATIVO PARA A FAMÍLIA.

Santos, LGS; Duarte, AMD; Mandetta, MAM;

Introdução: O diagnóstico de Leucemia Linfoide Aguda em uma criança provoca sofrimento em todos os membros da família que passam a ter de conviver com situações difíceis para as quais não estão preparados. O compartilhamento das informações com a família oferece suporte e promove seu fortalecimento. Objetivo: Elaborar um material didático-educativo para família de criança com leucemia linfoide aguda. Método: estudo realizado em três etapas: na primeira, realizou-se uma revisão integrativa da literatura em bases de dados indexadas para responder a pergunta: quais as necessidades de informação da família da criança com câncer? Foram selecionados artigos de pesquisa, teses e/ou dissertações, publicados a partir de 2007, em língua portuguesa, inglesa e espanhola com as palavras chave: criança, adolescente, mães, necessidades, família, informação e excluídos artigos de revisão da literatura. Após, foram lidos na integra e submetidas à análise de conteúdo. Na segunda etapa realizou-se estudo teórico a fim de subsidiar as respostas às necessidades evidenciadas. Na terceira etapa foi elaborado o material didático educativo. Resultados: a partir da revisão da literatura emergiram categorias analíticas das necessidades de informação da família relacionadas ao diagnóstico, tratamento e cuidados, prognóstico e direitos da criança e família. Na segunda etapa foram elaboradas perguntas e respectivas respostas com base no conhecimento teórico, em leis e recomendações. Na terceira etapa foi elaborado o livreto ilustrado contendo as informações e um espaço para a família anotar suas duvidas e acompanhar a evolução da criança. Conclusão: o material didático educativo produzido oferece informação à família que vivencia uma experiência de sofrimento provocada pela condição de doença e tratamento do filho, com potencial para ser adotado por instituições de tratamento oncológico pediátrico. Descritores: Criança; Família; Educação em saúde.

13863

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

NAIARA BARROS POLITA

CONVIVÊNCIA DA FAMÍLIA COM A PARALISIA CEREBRAL: ENFOQUE CULTURAL

Polita, NB; Tacla, MTGM;

A paralisia cerebral é considerada a causa mais comum de deficiência na infância. Possui alta incidência e demanda necessidades especiais como acompanhamento multiprofissional contínuo, cuidados e educação especial, além de frequentes intervenções médicas e cirúrgicas[1]. Essa condição crônica, também influencia a família, alterando sua rotina e estrutura, levando à tensão, sobrecarga e sofrimento[2]. Em seu processo de viver, a família constrói um mundo de símbolos e significados que são em parte originados de sua família de origem e do seu contexto sociocultural e, em parte, oriundos de suas experiências e interações cotidianas intra e extrafamiliares. Esse universo de símbolos e significados consiste na cultura, que orienta e dá sentido às práticas e aos comportamentos dos indivíduos[3]. Dessa maneira, a interpretação dos símbolos e significados construídos pelas famílias permite a compreensão de sua experiência, possibilitando ao enfermeiro elaborar novas abordagens e ações específicas, visando à família em sua totalidade, com respeito às suas crenças e valores. Portanto, a perspectiva cultural é relevante para o planejamento da assistência à saúde da família. Desse modo, este trabalho tem como objetivo analisar as experiências das famílias no convívio com a criança com paralisia cerebral, sob a perspectiva cultural. Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa, realizada em um hospital universitário em Londrina-PR, com dez famílias de crianças de dois a 12 anos portadoras de paralisia cerebral, sendo dez mães e dois pais, no período de outubro de 2011 a março de 2012. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e diário de campo, em domicilio dos participantes e na Unidade Pediátrica do hospital conforme disponibilidade das famílias até serem suficientes para a apreensão do fenômeno neste contexto. Os instrumentos foram aplicados ao cuidador principal da criança. Entretanto, quando houve mais de um membro da família disponível, este também participou. Para análise dos dados foi utilizado o Método de Interpretação dos Sentidos4. Assim, na trajetória analítico-interpretativa foram percorridas as seguintes etapas: a) leitura compreensiva do material com a elaboração das categorias; b) exploração do material, na qual, primeiramente foram identificadas e problematizadas as ideias e, em seguida, buscaram-se os sentidos mais amplos subjacentes a elas; c) elaboração da síntese interpretativa por meio da articulação dos dados com o referencial teórico e o objetivo do estudo4. Como referencial teórico utilizou-se a Antropologia Interpretativa de Clifford Geertz5, por buscar a compreensão da experiência humana a partir da análise cultural. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), protocolo n° 195/2011. A partir da análise dos dados foram elaboradas duas categorias: Assimilação das repercussões do diagnóstico e Convivência com a criança com paralisia cerebral. Na primeira categoria destacaram-se os significados atribuídos à doença no momento após o diagnóstico. Devido à falta de clareza das informações recebidas e a não familiaridade com a patologia, surgiram explicações religiosas, sobrenaturais e até biológicas, porém sem fundamento científico. A enfermidade adquiriu significado de castigo divino por algo que os pais fizeram no passado. O preconceito também foi ressaltado pelas famílias. O momento do diagnóstico foi descrito como período de crise, que exigiu aceitação, adaptação e reestruturação familiar. Ocorreu o choque e a quebra das expectativas construídas com base nos padrões de normalidade e crenças da sociedade em que vivem. Diante da notícia, as famílias se viram despreparadas para lidar com todas essas alterações advindas da doença, e surgiu o medo do desconhecido. Essa crise foi amenizada quando as famílias receberam apoio dos familiares e profissionais de saúde. Esse apoio também foi importante para o enfrentamento das

dificuldades que se seguiram. A primeira foi a mudança de rotina familiar devido à necessidade de cuidado integral e internações recorrentes. As mães e um pai abdicaram de suas atividades laborais e de lazer para se dedicarem aos filhos. Isso gerou perda da identidade social e mudança do significado do "eu": a mulher independente financeiramente, ou integrante de um grupo de amigos, ou o pai responsável pelo sustento da casa, adquirem um novo papel na sociedade e uma nova identidade: a de pais cuidadores dos filhos com paralisia cerebral. Essa modificação repentina gerou, em alguns casos, depressão e, associada com a sobrecarga física, outros problemas de saúde. Também, alguns cuidados específicos como sondagem vesical, administração de dieta por sonda nasoenteral, aspiração de traqueostomia e higiene de colostomia, foram considerados complexos por não fazerem parte de seus costumes. Além disso, relataram dificuldades financeiras e materiais. O acesso aos serviços de educação e saúde também foi considerado fator dificultador. Além da falta de vagas na rede pública, há também poucas instituições especializadas no atendimento desta demanda. Na maioria dos casos, a solução encontrada pelas famílias foi buscar esses serviços em outras cidades e na rede privada. Já a segunda categoria remete ao presente. Destaca-se que os familiares possuem informação científica correta e suficiente em relação à doença e incorporaram saberes e práticas dos profissionais de saúde em sua cultura. Entretanto, ainda procuram um culpado para o acontecimento, associando a doença a erros médicos, falta de recursos e orientação. A maioria das dificuldades foi vencida, porém as famílias ainda enfrentam problemas relacionados à falta de recursos financeiros e ao preconceito. As famílias se mostram fortalecidas, com novas concepções e padrões culturais que guiam suas ações. Porém, elas estão em constante adaptação, pois com a evolução da paralisia cerebral, surgem novos eventos e circunstâncias que exigem novas atitudes. Apesar das dificuldades enfrentadas, todas possuem expectativas futuras positivas em relação à criança. Essa esperança é sustentada pela fé/espiritualidade. O acolhimento e apoio social dos profissionais de saúde se mostraram importantes para a construção de significados pelas famílias e determinante para a aceitação e compreensão das situações vivenciadas. O encontro da visão de mundo das famílias com a visão dos profissionais de saúde contribuiu para o surgimento de novas concepções e padrões culturais que cooperaram para a adaptação. Assim, cabe ao enfermeiro auxiliar as famílias a identificarem e reunirem forças na busca de estratégias para controlar a doença, contribuindo para que tenham uma experiência com melhor qualidade de vida. Esta pesquisa não esgota o problema, porém levanta reflexões acerca do apoio fornecido pelos profissionais de saúde e as verdadeiras necessidades dessas famílias. Referências: 1 Zanine G, Cemin NF, Peralles SN. Paralisia cerebral: causas e prevalência. Fisioter Mov. Jul/Set 2009; 22(3): 375-81 2 Kempinski EMBC. Percepção das famílias de crianças com paralisia cerebral: a fisioterapia e o processo de reabilitação contínua [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2009. 3 Elsen I. Cuidado familial: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002. p.11-24. 4 Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silvia CFR. Organização, processamento, análise e interpretação dos dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005. p. 185-221. 5 Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro (RJ): Livros Técnicos e Científicos; 1989. Descritores: Paralisia Cerebral; Enfermagem familiar; Cuidado da criança

13690

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

PAMELA CAROLINE DOS SANTOS

PERSPECTIVA DA FAMÍLIA FRENTE À UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA ADMISSÃO HOSPITALAR DA CRIANÇA

Santos, PC; Cunha, MLR;

Introdução: A admissão da criança no contexto hospitalar pode ser considerada um evento traumático na vida da criança e da família, que se se conduzida de modo inadequado ou sem planejamento da enfermeira, pode ter impacto na adaptação da criança ao novo ambiente, complicar o processo de hospitalização e afetar também toda a família. Para facilitar esse processo é possível utilizar algumas estratégias, como o uso do brinquedo terapêutico. O brinquedo terapêutico possibilita a liberação do estresse e da ansiedade da criança, gerados por experiências atípicas a sua idade, como por exemplo, a necessidade de ficar em um hospital. Por meio do brincar, a enfermagem cria um vínculo entre enfermeiro-familia-criança, sendo possível gerar um sentimento de confiança, amizade e empatia entre ambos e ainda reduzir sentimentos negativos expressados durante a admissão. Entender como a família observa este processo pode estimular o enfermeiro no uso de estratégias promotoras de adaptação da criança a esta situação. Objetivo: Conhecer a percepção da família em relação ao uso do brinquedo terapêutico (BT) durante o preparo de crianças pré-escolares e escolares para a admissão hospitalar. Método: Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo sete famílias de crianças com idade entre três e 10 anos, recém-admitidas na unidade de internação. O estudo foi realizado em um hospital geral, da rede particular, situado na cidade de São Paulo. A coleta de dados ocorreu no mês de Agosto de 2012, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 03870012.2.0000.0071), obedeceu aos preceitos éticos e legais exigidos pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Como parte do processo de admissão na unidade de pediatria, a primeira autora convidou a criança a participar da sessão do BT e, por meio dele, realizou o exame físico na criança, além de fornecer as orientações pertinentes às rotinas diárias da unidade, de acordo com o grau de compreensão da criança e de forma lúdica. Em um segundo momento, após a finalização da sessão do BT foi agendado com o familiar, que acompanhou a sessão, um horário em que ele estivesse disponível para a entrevista, partindo da questão norteadora. Os dados foram analisados qualitativamente por meio da análise de conteúdo de Bardin e apresentados na forma de categorias temáticas. Resultados: A percepção dos familiares em relação ao uso do BT na admissão da criança possibilitou a elaboração de três categorias temáticas que são: Sentindo a criança ser acolhida de modo especial com o uso do Brinquedo Terapêutico, revelando que na concepção destas famílias, por meio da brincadeira, a criança foi recepcionada no hospital de maneira diferenciada, permitindo que ela se sentisse mais segura, tranquila e capaz de compreender a necessidade de seus cuidados. Isto facilitou os cuidados a serem prestados, fortaleceu a interação com a enfermeira e minimizou as suas reações negativas; Acreditando que o Brinquedo Terapêutico ajuda a criança a entender melhor a necessidade de admissão no hospital, onde aponta para a doença como algo que interfere na saúde emocional da criança quando a coloca em contato com procedimentos dolorosos ou assustadores, além de, muitas vezes expor a criança a uma condição física desfavorável (febre, dor, fadiga), muito diferente da disposição de uma criança saudável. Neste sentido, a família percebe que a brincadeira é uma facilitadora no processo de admissão da criança no hospital, pois, estimula a sua compreensão ou percepção de uma situação muitas vezes inusitada, e que pode provocar uma memória desagradável. A última categoria é Percebendo que o Brinquedo Terapêutico ajuda a criança a expressar seus sentimentos, e de acordo com as famílias entrevistadas, a brincadeira permite com que a criança expresse aquilo que muitas vezes não consegue

verbalizar, reproduzindo suas experiências passadas, mesmo que muitas vezes de forma inconsciente. Considerações finais: os familiares percebem o uso do BT como uma maneira de acolhimento diferenciada dos seus filhos, além de ajudar a criança a entender melhor a necessidade de admissão no hospital e ainda, que o uso do BT na perspectiva da família, ajuda a criança a expressar seus sentimentos, minimizar traumas futuros e aliviar a tensão ou reações negativas geradas por essa admissão hospitalar. Contribuições ou Implicações para a enfermagem: Os resultados do presente estudo reforçam a importância do uso do BT no planejamento da assistência à criança e à família, em função dos benefícios decorrentes de sua utilização, conforme ficou evidenciado nos resultados que foram por ele revelados. Deste modo, o processo de admissão hospitalar, pode se tornar um facilitador para a continuidade da internação da criança e sua família no hospital, minimizando-se o estresse e abrindo-se verdadeiramente a instituição de saúde e a equipe de enfermagem para o atendimento das necessidades da criança e família. Cabe ressaltar que há necessidade de mais estudos serem desenvolvidos com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a percepção da família sobre o uso do BT em situações peculiares na admissão da criança, como na unidade de terapia intensiva, na unidade básica de saúde ou em ambulatórios. Descritores: Criança Hospitalizada. Família. Jogos e Brinquedos. Referências: Brito TRP, Resck ZMR, Moreira DS, Marques SM. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 Out-Dez [citado 2012 Fev 26]; 13 (4): 802-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a16.pdf Maia EBS, Ribeiro CA, Borba RIH. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [citado 2012 Fev 26]; 45 (4): 839-46. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a07.pdf Jansen MF, Santos RM, Favero L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem à criança Hospitalizada. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 Jun [citado 2012 Out 16]; 31(2): 247-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/07.pdf Murakami R, Campos CJG. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 Mar-Abr [citado 2012 Out 16]; 64(2): 254-60. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a06v64n2.pdf Lapa DF, Souza TV. A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 Ago [citado 2012 Fev 26]; 45 (4): 811-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a03.pdf

13901

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

THAIS VILELA DE SOUSA

GRUPO DE APOIO A FAMILIARES DE PACIENTES COM LEA/LM: UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Sousa, TVS; Macedo, CSM; Sousa, ARS; Papini, ILP; Caldas, JC; Montefusco, SRAM;

RESUMO: Famílias são constituídas por indivíduos que convivem em um determinado espaço e tempo se relacionando. Alguns autores consideram família como quem são membros dizem que são, indo além da definição tradicional baseada na consanguinidade. Normalmente possuem organização específica, objetivos comuns ocasionando na formação de laços afetivos fortes entre os mesmo (1, 2). No processo de internação por agravos à saúde do seu ente querido, a conformação familiar se altera. A família exerce um papel muito importante no processo de saúde doença; quando um o individuo ou um membro da família fica internado há um rompimento no equilíbrio familiar e na dinâmica, podendo provocar mudanças e inversão de papeis(3). A família de pacientes com lesão medular ou lesão encefálica usualmente fica ansiosa e temerosa devido a incerteza do prognóstico de seu familiar e incerteza sobre o tempo de cuidado, principalmente no ambiente familiar. Os sentimentos de sofrimento, ansiedade e estresse são gerados pela hospitalização de um familiar e a dependência de cuidados, como ocorre com os pacientes com LEA\LM (4). Na prática clínica do enfermeiro junto a famílias, de pacientes hospitalizados são comuns os diagnósticos de enfermagem de tensão do papel do cuidador e conhecimento deficiente(5). Entre as intervenções para estes diagnósticos temos o grupo como importante ferramenta tanto para identificar as necessidades quanto para auxiliar a família para resolução dos seus problemas. OBJETIVO: Diante o exposto este estudo se propõe a analisar o grupo como intervenção de enfermagem diante dos diagnósticos de enfermagem de Tensão do Papel de Cuidador e Déficit de Conhecimento. METODOLOGIA: Este estudo foi realizado em um Centro de Reabilitação em Goiânia- GO, no período de setembro de 2012 a Fevereiro de 2013. Foi utilizada a estratégia de formação de grupo para a coleta dos dados e intervenção junto aos familiares\cuidadores de pacientes internados na unidade. As reuniões aconteciam todas as sextas-feiras, com duração de 40 a 50 minutos. Durante este período tivemos 24 encontros. As atividades grupais se dividiam em três momentos sendo eles acolhimento: ouvir as famílias\cuidadores a respeito de suas angustias e dúvidas; orientações: relacionadas ao que os cuidadores traziam como dúvida ou tinham trazido na reunião anterior; avaliação: verificação da aprendizagem; por ultimo fechamento do encontro. Os dados foram obtidos apartir da observação direta dos participantes. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Pudemos perceber que as ansiedades do familiar\cuidador do paciente com LEA\LM está relacionada ao prognostico e tempo de cuidado. Destacamos que as principais angústias e duvidas expostas pelos participantes foram: déficit teórico e prático relacionado ao cuidado, incapacidade de conciliação das atividades sociais, familiares e profissionais, desesperança, sobrecarga de responsabilidade e afazeres, déficit de enfrentamento e tensão emocional. A NIC (Taxonomia de intervenções para enfermagem) indica intervenções que podem ser utilizadas no grupo como: terapia com exercícios; assistência no auto cuidado e na auto- modificação; estabelecimento de limites e metas; melhora da imagem corporal e da auto estima; promoção de esperança; redução do estresse por mudança; terapia de grupo; apoio ao cuidador; promoção do envolvimento e manutenção familiar; suporte a família e cuidados durante o descanso do cuidado. Com este grupo foi trabalhado as orientações diretas e indiretas utilizando o lúdico relacionadas às temáticas direcionadas ao auto cuidado e o cuidado com seu familiar sendo eles: Alimentação saudável; Prática de exercícios e atividades físicas; cuidados com ulceras por pressão; auto estima e auto cuidado; cuidados com a pele; ingesta de líquidos e sua importância e temas sugeridos pelo cuidadores. A participação do

cuidador em grupos de apoio auxilia o processo de enfrentamento, de barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, pela possibilidade troca de sugestões construtivas entre os membros da família que vivenciaram ou estão passando por situações semelhantes. O grupo se mostrou uma ferramenta efetiva como intervenção para promover o auto cuidado a familiares e cuidadores que enfrentam situações conflitantes seja eles no âmbito hospitalar, familiar e/ou social. Para a avaliação da intervenção grupal podemos utilizar os fatores terapêuticos (FT), o mesmo é um recurso capaz de corresponder ao cliente e terapias adequada no auxilio aos seus membros no processo de compreensão, adaptação e mudança do comportamento. Estudos afirmam que com essa dinâmica os participantes vencem as dificuldade e elevam seu grau de autonomia por ampliar seus conhecimentos e assim se adaptam a nova conjuntura. Acreditamos que a intervenção grupal é eficaz por aliviar a tensão de papel do cuidador e elevar o grau de conhecimento quanto à saúde de pacientes. Portanto, sob o olhar da perspectiva dos participantes, podemos inferir que a intervenção grupal foi eficaz. A intervenção feita trouxe um resultado satisfatório para a equipe, demonstrando-se eficiente na busca da manutenção do equilíbrio que havia sido rompido pelo estado de saúde instável do membro familiar. Além de melhorar a ansiedade e o estresse, houve também uma diminuição no déficit de conhecimento quanto ao exercício do cuidado. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Ao analisarmos os resultados das intervenções grupais percebemos que o grupo é útil para a enfermagem como ferramenta para aproximar o profissional da família e com isso fazer intervenções que tenham uma melhor acurácia junto a esta clientela. Descritores: Família, Grupo, Enfermagem, Diagnostico de enfermagem REFERÊNCIAS 1- Wright L, Leahey M. Fundamentos Teóricos dos modelos Calgary de Avaliação e Intervenção na Família. Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo, Roca, 2009. 2-Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva: experiência de familiares.Rev. Gaúc. Enferm.. 2007; 28(3): 377-384. 3- Gomes GU, Alencar AMPG, Damasceno MMC, Freitas RWJF. Percepção do cuidador familiar acerca da unidade de terapia intensiva. Revista Baiana de Enfermagem. 2009; 22(3) pág. 135-144. 4- Leão Cordeiro JABL, Gualberto SM, Brasil VV, Santos LF, Montefusco SRA, Moraes KL, Silva AMTC. Intervenções de enfermagem no acolhimento aos familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. V SEREX Seminário de Extensão Universitária da Região Centro-Oeste - UFG; 2012 jun 04-06; Goiás, Brasil. Goiânia: Ed. UFG; 2012. 5- Montefusco SRA, Bachion MM; Nakatani AYK. Avaliação de Família no contexto hospitalar: Uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. Text. Contex. Enferm. 2008; 17(1): 72-80.

14277

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

AMANDA ROSSI MARQUES

ADAPTAÇÃO CULTURAL DO QUESTIONÁRIO COSTS OF CARING FOR CHILDREN WITH CANCER PARA AVALIAR CUSTOS FAMILIARES PARA CUIDAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER NO CONTEXTO BRASILEIRO

Marques, AR; Pan, R; Santos, BD; Silva-Rodrigues, FM; Santos, CB; Nascimento, LC;

Introdução: O câncer infanto-juvenil repercute intimamente na organização e estrutura familiar e, além de afetar as dimensões biológicas e psicológicas, afeta também a dimensão econômica de uma família. Os custos para a família podem ser definidos em três categorias: diretos, indiretos e psicossociais. Os diretos são relacionados ao dinheiro real, associados às despesas com o tratamento, reabilitação e cuidados gerais. Os indiretos estão envolvidos com a perda da produtividade laboral, trabalho remunerado e não remunerado, como, por exemplo, a limpeza e a organização da casa. Os custos psicossociais são aqueles que causam deteriorações psicológicas e sociais na criança e em seus familiares1. As repercussões familiares no cuidado de crianças e adolescentes com câncer são evidenciadas nestas três categorias. Ao se depararem com o papel de cuidador da criança doente, os pais encontram-se ainda mais responsáveis por ela, devido à realização de novas tarefas, que podem acometer seu tempo disponível e proporcionar necessidades como a de ajustamento psicológico e, no caso de possuírem mais de um filho, a reorganização das responsabilidades parentais2. Dentre os componentes de maior relevância do custo em famílias de crianças acometidas com câncer estão: a redução de horas disponíveis que pode levar a perda do emprego do cuidador; o aumento dos gastos com despesas médicas, medicação, transporte, e refeições2,3. A família inserida neste contexto, para reduzir os custos, muitas vezes opta por restringir as atividades rotineiras da família como, por exemplo, as de lazer, ou aumentar sua dívida para mantê-las, ao pedir empréstimos, utilizar crédito ou com a venda de bens ou propriedades da família. Alguns pais podem procurar por um segundo emprego, ou iniciar uma organização de eventos que angariem fundos como estratégia para a implicação financeira que proporciona o cuidado da criança com câncer3. Objetivo: Esta pesquisa teve como objetivo realizar a adaptação cultural do questionário Costs Of Caring For Children With Cancer para disponibilizar um instrumento válido e confiável para avaliar as repercussões econômicas do câncer infantojuvenil em famílias brasileiras. Método: Trata-se de um estudo metodológico de delineamento transversal. A fundamentação metodológica para validar o questionário compreendeu um processo combinado que incluiu sete etapas: tradução para o Português do Brasil; primeiro consenso da versão traduzida; avaliação pelo comitê de especialistas; consenso da versão do comitê de especialistas; retrotradução; consenso das versões após análise da retrotradução pelas autoras do questionário original; e validação semântica4,5. O estudo foi conduzido em dois momentos. O primeiro momento compreendeu o processo da tradução à retrotradução, com a participação de cinco membros no comitê de especialistas. O segundo momento correspondeu à validação semântica, com 24 participantes, que responderam a um formulário sobre suas impressões sobre o questionário traduzido e sugeriram modificações. A pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e foram obtidas as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes da pesquisa. Resultados: No primeiro momento, após a avaliação da primeira tradução conciliada pelo comitê de especialistas, os membros deste fizeram sugestões para alterações de itens. Estas alterações foram discutidas entre os autores do trabalho o que resultou na inclusão, exclusão e substituição de itens para adaptar o questionário ao contexto brasileiro. Para esta adaptação contextual, foram necessárias ainda buscas na legislação vigente no Brasil e discussão com profissionais da área do direito e assistência social com experiência em

direitos dos pacientes com câncer, bem como de membros de sua família. No segundo momento, a maioria dos participantes eram mães, que avaliaram e fizeram sugestões sobre os itens do questionário. Durante este processo foram realizadas mais cinco alterações. Estas alterações compreenderam as questões sobre a distância até o local de tratamento; sobre benefícios e auxílios para os pacientes e seus pais; sobre o tipo de trabalho dos pais e afastamento do trabalho; e sobre a classificação do entrevistado quanto à sua cor de pele. Além disso, uma questão foi adicionada sobre o conhecimento da população sobre os direitos sócias do paciente com câncer. Todas estas alterações foram realizadas levando-se em conta a diferença entre a realidade atual do Brasil e do Reino Unido, país de origem do questionário. Conclusão: As alterações necessárias à adaptação cultural do questionário permitiram disponibilizar um questionário válido e confiável para aplicação na cultura brasileira, porém, devido à extensão territorial e cultural do Brasil, recomenda-se a realização da etapa de validação semântica anteriormente à sua aplicação em diferentes regiões do país. A população do estudo considerou o questionário válido para a investigação de sua realidade e importante para o conhecimento do enfrentamento desta sua realidade. Contribuições para a Enfermagem: A validação deste questionário possibilita às equipes de saúde se utilizarem de uma ferramenta válida e confiável para obter uma avaliação das repercussões financeiras do câncer nas famílias de crianças e adolescentes, bem como compreender a realidade de enfrentamento desta condição pelas famílias, reconhecendo suas facilidades e/ou dificuldades para o desenvolvimento do tratamento. Estas informações permitem que as equipes de saúde possam mobilizar recursos internos e externos às instituições de saúde para auxiliar no enfrentamento da doença pelas famílias, visando, ainda, a promoção da saúde na família. Além disto, o conhecimento da realidade destas famílias pode proporcionar o desenvolvimento e melhor organização de políticas públicas. Referências: 1. Aung L, Saw SM, Chan MY, Khaing T, Quah TC, Verkooijen HM. The Hidden Impact of Childhood Cancer on the Family: A Multi-Institutional Study. Ann. Acad. Med. Singap. 2012;41(4):170-5. 2. Kohlsdorf M, Costa Junior AL. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. Estud. psicol. (Campinas). 2008;25(3):417-429. 3. Tsimicalis A, Stevens B, Ungar WJ, McKeever P, Greenberg M. The Cost of Childhood Cancer from the Family's Perspective: A Critical Review. Pediatr. blood cancer. 2011;56(5):707-717. 4. Deon KC, Santos DMSS, Reis RA, Fegadolli C, Bullinger M, Santos CB. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS - Atopic Dermatitis Module. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011;45(2):450-457. 5. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J. clin. epidemiol. 1993;46(12):1417-1432. Descritores: Estudos de validação; Família; Enfermagem oncológica.

14296

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

CRISTIANE STEIN

PALHAÇOS-DOUTORES EM AMBIENTE HOSPITALAR - O USO DO RISO COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO

Souza, CDA; Stein, C; Castro, EC; Santos, J; Souza, SLR;

PALHAÇOS-DOUTORES EM AMBIENTE HOSPITALAR - O USO DO RISO COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO. Introdução: O Programa de Extensão " Palhaços-Doutores em Ambiente Hospitalar", criado em 2012 busca levar alegria ao ambiente hospitalar através da arte Clown, melhorando as relações interpessoais, o bem-estar do paciente internado e de toda a comunidade. Voluntários de diferentes cursos da UFCSPA, treinados e caracterizados de palhaços, vão a hospitais e instituições conveniadas onde realizam atividades lúdicas e cômicas. O humor e as brincadeiras empregadas no atendimento às crianças tem considerável valor terapêutico, visto que torna o ambiente menos traumatizante, contribuindo para o reestabelecimento físico e emocional do paciente. Objetivos: Melhorar a visão do acadêmico de enfermagem no que diz respeito ao atendimento humanizado e consequentemente menos impactante para a criança e que terá efeitos positivos no trabalho dos profissionais. Metodologia: Os voluntários passam por um semestre de capacitação, onde são abordados temas como biossegurança, dinâmicas em grupos entre outros. Em fevereiro de 2013 a primeira turma iniciou as atividades, que consistem em intervenções quinzenais nas instituições conveniadas. Resultados: Observou-se que os acadêmicos tiveram uma visão positiva da importância e eficácia do atendimento humanizado e de que a implementação de atividades lúdicas diminui o estresse da criança e dos familiares, tornando o ambiente mais alegre e menos traumatizante. Conclusão: O programa mostrou-se eficaz na humanização dos acadêmicos, tornando os futuros profissionais mais sensíveis, afetuosos e carinhosos para com os pacientes, tornando o ambiente, bastante vulnerável, mais descontraído. Contribuições/implicações para a Enfermagem: Evidenciou-se mudança positiva na percepção dos acadêmicos de enfermagem no que diz respeito ao atendimento humanizado e na conduta dos mesmos frente às adversidades encontradas no dia-a-dia. Referências: Brito TRP, Resck ZMR, Moreira DS, Marques SM. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(04):802-08 Descritores: humanização, doutores-palhaços, enfermagem.

14432

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

ILVANA LIMA VERDE GOMES

CRIANÇA E ADOLESCENTE CRONICAMENTE ADOECIDOS: ESCOLARIZAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Ferreira, MKMF; Gomes, ILVG; Queiroz, MVOQ; Pennafort, VPSP; Figueiredo, SVF;

Introdução: A criança adoecida quando se depara com o seu diagnóstico enfrenta uma consequente mudança de vida. O seu universo, que outrora era constituído pela família, amigos e escola, passa a ter mais dois novos componentes: o hospital e a doença1. A adolescência, período difícil para o jovem saudável, caracterizada como um momento de transição para a vida adulta se torna ainda mais complicado àqueles em condição crônica2. A criança e o adolescente ao ser hospitalizado sente-se, normalmente, inseguro, triste, com medo do desconhecido e isolado da sua rotina diária. Ao possuírem uma doença crônica necessitam estar com certa frequência se internando para realizar seu tratamento ou por uma recaída do seu estado de saúde. Objetivos: O estudo teve como objetivos descrever como a criança e o adolescente com doença crônica percebe sua doença e identificar propostas existentes no serviço relacionadas à escolarização destas crianças e adolescentes. Metodologia: A pesquisa tem caráter exploratório com uma abordagem qualitativa e ocorreu em uma instituição hospitalar pública, terciária, referência no cuidado a criança e o adolescente, nos meses de março a maio de 2013. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital sob o parecer nº 794/2011 e da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o parecer n° 251.490. Os sujeitos da pesquisa foram oito crianças e adolescentes com doenças crônicas internados na instituição pesquisada, na faixa etária de 08 a 17 anos, que estavam matriculados no ensino fundamental ou médio ou já frequentaram a escola. As entrevistas foram examinadas exaustivamente e analisadas conforme a técnica de análise categorial temática de Bardin. Após identificação do que existiam de comum entre os elementos, estes foram agrupados em três categorias: Compreensões da criança e adolescente sobre a internação hospitalar, Percepção dos escolares acerca da sua escolarização e Propostas do hospital em relação à escolarização na visão da criança e do adolescente. Resultados: Caracterização dos participantes: As oito crianças e adolescentes que foram entrevistados eram, em sua maioria, do sexo feminino, (cinco meninas e três meninos). A faixa etária, variou entre 10 e 17 anos, tendo uma predominância nos 15 anos. Três residiam em cidades no interior do estado, quatro eram residentes da capital e um residia na região metropolitana de Fortaleza. Metade frequentavam tanto escolas particulares quanto escolas públicas, municipais ou estaduais, exceto quatro, que não estavam estudando, mas já frequentaram em alguma época a escola. O tempo de diagnostico variou de dois anos e um mês a dez anos, tendo uma predominância nos três anos. Os diagnósticos das crianças foram: fibrose cística, síndrome do intestino curto, síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica e miocardiopatia congênita. Todas representam condições crônicas que implicam em reinternações periódicas e, às vezes, prolongadas. No entanto, não são impeditivas ao ato de estudar. Dentre os sentimentos sobre a sua hospitalização destacou-se a tristeza e a saudade por estarem separados dos seus familiares, da escola e do seu cotidiano. A maioria dos escolares encontra-se atrasados quanto a sua escolarização. A saudade ficou muito evidente nas falas das crianças. Saudade dos estudos, da escola, dos professores, de algumas disciplinas e até mesmo de fazer o dever de casa e as provas. O hospital estudado possui alguns projetos de apoio pedagógico que são fundamentais, mas nenhum oferece um acompanhamento do currículo escolar. No entanto, os escolares não tinham um conhecimento desses projetos. A pintura, o desenho, os livros têm feito as crianças se desligarem um pouco da rotina hospitalar, tendo um momento de

descontração, porem muitas atividades não estão de acordo com sua faixa etária, não sendo suficiente para atender suas necessidades educacionais e lúdicas. Os sujeitos desta pesquisa que não estavam em atraso escolar, isto é, cursando uma série inadequada para idade, conseguiram obter aprovações pela compreensão e parceria da escola, que entendia a condição de saúde dos escolares e permitia a realização de provas em outros momentos para que os mesmos não se prejudicassem. Conclusão: Os sentimentos de expressos pelos participantes da pesquisa foram tristeza e a saudade por estarem separados dos seus familiares, da escola e restritos a uma rotina estabelecida pela instituição ou condição clinica que os impede de ter liberdade para realizar atividades próprias do seu cotidiano entre elas o brincar e frequentar a escola. A maioria dos escolares encontra-se atrasados quanto a sua escolaridade, expondo a necessidade de ter um acompanhamento da educação formal através da classe hospitalar, haja vista que a hospitalização é algo constante na vida destas crianças. Percebemos que alguns dos escolares se mostraram preocupados com a perda do ano letivo, já que os mesmos não possuem alternativas disponíveis para continuar suas atividades escolares durante a hospitalização. Consideramos que é de grande importância que os hospitais infantis ofereçam um acompanhamento pedagógico e educacional através da classe hospitalar a fim de oferecer uma assistência humanizada e integral às crianças e jovens que tem seu processo de escolarização interrompido com a internação hospitalar. A continuidade dos estudos dentro do hospital além de ajudar a criança a superar esse período, contribui para que ela se sinta incluída na sociedade. Contribuições para enfermagem: os resultados desta pesquisa nos mostra que precisamos ver a criança e o adolescente cronicamente adoecidos como um todo, não só a sua doença, mas suas necessidades de estudar, aprender, autoestima, a ociosidade e falta do lúdico para sua faixa etária, estar com amigos e familiares. A partir desse olhar atento para as carências dessas crianças e adolescentes poderemos estar junto a Instituição e poder público estimulando a implantação da classe hospitalar nos hospitais onde atende crianças e adolescentes, alem disso poderemos como enfermeiros estar estimulando a aprendizagem, ouvindo e interagindo com estas crianças e adolescentes. Referências: 1. COHEN, R. H. P.; MELO, A. G. S. Entre o Hospital e a Escola: o câncer em crianças. Estilos da Clínica, São Paulo, vol. 15, n 2, p.306-325, dez. 2010. Disponível em: . Acesso em: 14 ago. 2012. 2. ARAÚJO, Y. B. et al. Enfrentamento do adolescente em condição crônica: importância da rede social. Rev Bras Enferm, Brasília, vol. 64, n. 2, p. 281- 286, mar. - abr. 2011. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a10v64n2.pdf>. Acesso em: 21 out. 2012 Descritores: Criança Hospitalizada. Doenças Crônicas. Ensino

14629

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

RENATA DE MOURA BUBADUÉ

A REVELAÇÃO DA CONDIÇÃO DE HIV/AIDS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: SUBSÍDIOS NORMATIVOS PARA O EXERCÍCIO DA ADVOCACY

Bubadué, RM; Cabral, IE;

Introdução: O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) consiste em um marco legislativo importante na história da infância brasileira. A partir de 1990, iniciou-se um processo de reorganização normativa no país, uma vez que a criança transiciona da condição de propriedade parental para sujeito de direito[1]. Neste contexto, destaca-se a juvenização da epidemia do HIV/AIDS, em que nos últimos 32 anos, registra-se 19.159 casos notificados na faixa etária de 5 a 19 anos de idade[2]. Essa reconfiguração epidêmica resulta em novas demandas de cuidado, em que se inclui o processo de revelação diagnóstica à criança e ao adolescente com HIV/AIDS. De modo que o o/a enfermeiro/a pediátrico/a transcende o assistencialismo no cuidado e assume uma responsabilidade ética de defesa dos direitos das crianças e adolescentes diante do contexto aqui apresentado. Nesse sentido, tem-se a advocacy em Enfermagem, que consiste no reconhecimento dos direitos dos pacientes e capacidade de auto-determinação e processo de decisão sobre sua saúde[3]. Optou-se por manter o termo advocacy na língua inglesa por ainda não existir um consenso de tradução para o português brasileiro entre os pesquisadores do país. Objetivo: discorrer acerca dos documentos normativos de saúde da criança e do adolescente com enfoque no exercício profissional do/a enfermeiro/a como fundamental advocate na revelação diagnóstica de HIV/AIDS. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa documental que examinou 8 documentos normativos em vigor no Brasil: Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (1986), Constituição da República Federativa do Brasil (1988), Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), Política Nacional de HIV/AIDS: Princípios e Diretrizes (1999), Lei 8.080 (1990), Código Civil Brasileiro (2002), Código de Ética de Enfermagem (2007) e Recomendações para a atenção integral a Adolescentes e Jovens vivendo com HIV/AIDS (2013) . Os dados foram coletados de maneira sistemática em um quadro de resultados e submetidos à análise conteúdo. Emergiram três categorias: direitos da criança e do adolescente com HIV/AIDS, responsabilidade parental, responsabilidade ético-profissional do/a enfermeiro/a na revelação diagnóstica de HIV/AIDS. As categorias foram discutidas na perspectiva da advocacy em enfermagem. Resultados: Sobre direitos da criança e do adolescente com HIV/AIDS, o conhecimento de sua condição diagnóstica e de saúde constitui-se como um direito constitucional e civil a partir da instituição do ECA, uma vez que no artigo 3º assegura à criança e ao adolescente possibilidade legal de gozar de todos os direitos previstos na lei brasileira. Assim, tem-se a saúde transversa como um direito fundamental em todos os documentos, de modo que a criança e o adolescente inserem-se no cuidado de si de acordo com seu desenvolvimento cognitivo. A revelação diagnóstica aparece em maior detalhe nas Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens vivendo com HIV/AIDS em que apresenta a complexidade da problemática e a importância da inclusão da família neste processo. Considerando a adolescência como o período de 13 a 19 anos, de acordo com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais para determinação da terapia antirretroviral, tem-se a revelação diagnóstica na adolescência nos contextos legislativos de emancipação e de não-emancipação. O primeiro envolve adolescentes maiores de 18 anos ou menores de idade que têm autonomia jurídica prevista no artigo 5º do Código Civil e o segundo abrange menores de 18 anos com limitação legal no processo de decisão de sua própria saúde. Interligada à essa condição de dependência legislativa, tem-se a segunda categoria: responsabilidade parental na revelação diagnóstica de HIV/AIDS. É dever parental: assegurar a efetivação dos direitos fundamentais dos filhos em que a revelação da condição

sorológica deve ser realizada em deterimento dos direitos humanos, de participação da criança e do adolescente em sua saúde e possibilidade de construção de autonomia no cuidado de si. Os pais devem, por lei, agir de acordo com o melhor interesse dos filhos, de modo que a autonomia parental é deliminatada legislativamente. Isso significa que os interesses parentais devem estar condicionados aos interesses dos filhos, tornando os direitos do menor prioridade[1],4. Complementar às categorias anteriores, a responsabilidade ético-profissional do/a enfermeiro/a na revelação diagnóstica de HIV/AIDS insere-se na identificação de ações que não priorizem o melhor interesse da criança e do adolescente, na prescrição de enfermagem para melhor intervir e assegurar os direitos da criança nesse contexto. Além disso, tem-se a consulta de enfermagem como uma ação importante no processo de revelação dessa condição, pois constitui-se em um espaço a ser compartilhado com a família e a criança e/ou adolescente. O Código de Ética de Enfermagem prevê o exercício profissional com justiça, compromisso, equidade, fundamentado nas relações de direito, prudência, respeito e diversidade ideológica. A prática profissional inclui realizar ações que garam o direito da pessoa ou de seu responsável legal de tomar decisões referentes à sua saúde. Assim, a revelação diagnóstica é um processo construído com a família a fim de assistir à criança e adolescente no preparo, durante a revelação e nos desdobramentos que podem resultar da descoberta de soropositividade em suas vidas. É importante ressaltar que o/a enfermeiro/a deve respeitar os direitos de confidencialidade das crianças, adolescentes e suas famílias durante todo o processo de cuidar. Conclusões: A revelação diagnóstica é um processo complexo que envolve diversos dispositivos legais, relacionados entre si, para assegurar os direitos das crianças e adolescentes diante desta realidade. Devido à impossibilidade legal desses sujeitos serem responsáveis pelo processo de decisão de sua saúde, os resultados convergem o reconhecimento do/a enfermeiro/a como agente moral a atuar ativamente na advocacy5. Nos casos em que há a autonomia legal do adolescente, deve-se avaliar a possibilidade de inclusão da família neste processo, uma vez que isso pode auxiliar na minimização dos agravos decorrentes da descoberta de soropositividade para o HIV. Contribuições para enfermagem: A lei do exercício profissional prevê ações privativas ao enfermeiro que são fundamentais no exercício da advocacy, como a prescrição de assistência de enfermagem e consulta de enfermagem. Essas atribuições devem ser fundamentadas no exercício da profissão pautado na justiça, compromisso, equidade, responsabilidade e resolutividade, respeitando os direitos de todos os envolvidos no processo com prudência e competência. Os resultados aqui apresentados constituem bases substanciais para que enfermeiros/as assumam o papel de fundamental advocate de crianças e adolescentes no processo de revelação da condição de HIV/AIDS, uma vez que interrelaciona dispositivos normativos significativos para esta prática. Descritores: Enfermagem Pediátrica, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Defesa da Criança e do Adolescente Área Temática: Ética em Saúde e Enfermagem REFERÊNCIAS 1. Dias MB, Pereira RC. Direito de Família e o Novo Código Civil. 4ª Ed. Editora Del Rey; 2007. p.415-432. 2. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico de Aids e DST [versão preliminar] Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 3. MacDonald H. Relational ethics and advocacy in nursing: literature review. Journal of Advanced Nursing, 2007, v. 57, n. 2, p 119-126, 4. Pereira TS. O Melhor Interesse da Criança e do Adolescente como Critério de fixação da Competência. Revista da EMERJ, v. 11, p. 142-159, 2008 5. Carnevale F. Ethical considerations in pediatric nursing. Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, 2012, v. 12, n.1.

13777

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

ROSILENE APARECIDA DOS SANTOS

A CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA PELOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES CRONICAMENTE ADOECIDOS

Santos, RA; Moreira, MCN;

Neste estudo discutimos a resiliência do trabalhador de enfermagem que atua na assistência a crianças e adolescentes cronicamente adoecidos na internação hospitalar, buscando dialogar com a promoção da saúde tanto para o profissional como para a clientela por este assistida. Houve um aumento significativo no número de crianças e adolescentes com doenças crônicas ao longo das décadas posteriores aos anos 60(1). Esse aumento alterou o perfil epidemiológico, o que gerou um novo tipo de demanda de assistência à saúde, caracterizada principalmente pela maior dependência humana, científica e tecnológica(2). Questionamos que atributos e competências promotoras de resiliência são desenvolvidos por trabalhadores de enfermagem ao cuidarem dessa clientela. O estudo é relevante por contribuir com a produção de conhecimento sobre o tema e por propor uma interface entre a atenção de média e alta complexidade, a saúde coletiva e os aspectos sócio-antropológicos. Pressupomos que a vivência da prática assistencial do trabalhador de enfermagem junto a crianças e adolescentes cronicamente adoecidos contribui para a construção da resiliência, onde atributos e competências são exaustivamente colocados à prova no enfrentamento das dificuldades. O objetivo geral dessa pesquisa foi analisar o processo de construção de resiliência pelos trabalhadores de enfermagem na atenção hospitalar junto a crianças e adolescentes cronicamente adoecidos. Objetivos específicos: identificar atributos e competências favoráveis à construção da resiliência desses trabalhadores, compreender as estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem no processo de construção de resiliência e verificar quais são as marcas produzidas no trabalhador na assistência a crianças e adolescentes cronicamente adoecidos. O desenho da pesquisa foi qualitativo, com atenção aos significados e representações culturais sobre o campo do adoecimento crônico na infância e adolescência e à ação de cuidado neste contexto, de forma a permitir uma análise sobre a resiliência dos trabalhadores de enfermagem atuantes em ambientes complexos como o hospital. Foi realizada em unidades pediátricas de um hospital situado no Rio de Janeiro, em cenário de cuidado a crianças e adolescentes em situação de adoecimento crônico. Cumprimos as exigências da Resolução CONEP 196/96, que regulamenta a Pesquisa com Seres Humanos. A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/FIOCRUZ e possui o número de registro: 0005/11. Os sujeitos foram 56 trabalhadores de enfermagem. A produção de dados ocorreu em 3 momentos: i - Aplicação da escala de resiliência (escala adaptada por Pesce, Assis e Avanci(3), composta por 25 itens que medem níveis e adaptação positiva em face de eventos de vida importantes) para os trabalhadores de enfermagem; ii - Devolução das escalas em grupo e conversa com os sujeitos da pesquisa sobre resiliência e trabalho de enfermagem com crianças e adolescentes cronicamente adoecidos, com coordenação das autoras e descrição em diário de campo; iii - Entrevista semi-estruturada com os sujeitos, que, conforme escores da escala, foram classificados como mais resilientes. No primeiro momento participaram 56 trabalhadores (16 enfermeiros e 40 técnicos de enfermagem) distribuídos em unidade de internação pediátrica (UPI) e unidade intermediária (UI). A classificação dos sujeitos como mais resilientes, conforme a escala utilizada, se deu da seguinte forma: enfermeiros (UI) - 62%, enfermeiros (UPI) - 50%; técnicos de enfermagem (UI) - 76,9% e técnicos de enfermagem (UPI) - 66%. Em ambos os setores, os técnicos de enfermagem prevaleceram com maior índice de classificados como mais resilientes. O segundo momento não estava previsto em nosso projeto

inicial da pesquisa, mas sentimos a necessidade de realizá-lo devido à demanda apresentada pelos próprios sujeitos que ficaram mobilizados ao participarem do primeiro momento, ficando ansiosos e questionando sobre "suas notas" na escala. O momento foi oportuno para um diálogo claro e objetivo para explicarmos sobre a resiliência e conhecermos a percepção dos sujeitos sobre a realidade de trabalho na qual estavam inseridos. A análise do terceiro momento foi organizada a partir da vertente do interacionismo simbólico(4) em diálogo com as categorias de resiliência e adoecimento crônico, procurando descobrir os núcleos de sentido com significado relacionado ao objeto analítico(5). A dimensão relacional da análise destacou 3 núcleos temáticos: 1) a relação entre os adultos e crianças. Os entrevistados apontaram que para trabalhar com criança é preciso interpretar o olhar, gestos, choros e até a linguagem, que é diferente da maneira do como o adulto se expressa; 2) a perspectiva da violência que emerge nas relações. Nesta pesquisa, diferentes formas de violência simbólica pareceram emergir das relações de convívio pelo trabalho na hospitalização prolongada com o adoecimento crônico de crianças e adolescentes. O ambiente de internação provoca e evoca relações ou situações que podem ser analisadas pela perspectiva da violência simbólica. Os fatos que apontaram para tal violência foram voltados para problemas nas interações humanas, relações e negligências em relação a falta de apoio emocional para o trabalhador que cuida. Esse sofrimento é derivado da prática assistencial com crianças e adolescentes cronicamente adoecidos, onde o "convívio com a dor, processo de morte e morte" é muito intenso. 3) a cronicidade como uma marca que media interações no cuidado. Os estágios de agravamento, impossibilidade de comunicação, manifestações de dor e agonização, muitas vezes leva o trabalhador a questionar o porquê da existência daquela criança ou adolescente e da prorrogação da vida. Nesse raciocínio entram questões referentes à qualidade do cuidado, eutanásia, significados atribuídos ao nascimento, "sobrevivência" e morte. A interação, nesse campo de cuidado, muitas vezes é marcada por sofrimento para o trabalhador e o mesmo precisa ser percebido como alguém que carece de apoio para que possa continuar prestando uma assistência humanizada. Concluímos que os trabalhadores de enfermagem carecem de uma rede de apoio que os auxiliem no enfrentamento do sofrimento e na ressignificação de sua prática assistencial. O trabalho com crianças e adolescentes com adoecimento crônico apresenta uma série de peculiaridades que exige do trabalhador mais do que habilidade técnica. Nesse campo, a interação humana é intensificada pelas circunstâncias do crescimento, desenvolvimento, sofrimento e morte da clientela. Descritores: Resiliência psicológica; Criança; Equipe de Enfermagem Referências 1 - Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva; 2010. vol.15 n.2, p. 321-327. 2 - Costa MTF, Gomes MA, Pinto M. Dependência crônica de ventilação pulmonar mecânica na assistência pediátrica: um debate necessário para o SUS. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva; 2011. vol.16 n.10, p.4147-4159. 3 - Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação cultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública; 2005. v.21, p. 436-448. 4 - Goffman E. Estigma. Petrópolis: Vozes; 1988. 5 - Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

13904

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Comunicação Coordenada

TÂNIA MARIA COELHO LEITE

BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE TRABALHO COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Leite, TMC; Silva, EM;

A hospitalização na infância traz inúmeras implicações para os envolvidos neste processo: a criança, sua família e toda a equipe de saúde, particularmente a enfermagem, que está presente durante as 24 horas do dia. Por isso, o processo de trabalho desses profissionais deve estar voltado a atender as necessidades da criança e de sua família. Isto traz desafios na organização e nas condições de trabalho, devendo ser considerados os modelos assistenciais e gerenciais existentes na instituição, bem como, o uso de estratégias que facilitam as relações entre as crianças, famílias e profissionais da saúde. Hoje se preconiza o atendimento às crianças numa perspectiva de assistência atraumática, o que está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde(1). Neste contexto, a literatura tem mostrado que os enfermeiros pediatras podem e devem utilizar estratégias lúdicas e Brinquedo Terapêutico (BT) em seu processo de trabalho, pois, tais estratégias são aliadas importantes no momento da explicação, conscientização e colaboração no processo terapêutico necessário à criança hospitalizada(2-3). Entretanto, percebemos o uso restrito destas no cotidiano hospitalar pelo enfermeiro pediatra. Este fato, aliado à convicção de que crianças hospitalizadas necessitam mais do que cuidados físicos relacionados à sua patologia foram os motivadores para o desenvolvimento deste estudo. Desta forma, entender a dinâmica do trabalho em saúde na instituição foco da pesquisa, como a enfermagem se insere nela e, se utiliza estratégias lúdicas e o BT no cuidado, é de suma importância. Para o alcance de uma assistência integral, humana e com qualidade, faz-se necessária à integração com uma equipe multiprofissional e intersetorial, na qual os profissionais devem atuar de forma coletiva(4). Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o processo de trabalho do enfermeiro que atua em unidade de internação pediátrica de um hospital escola do interior de São Paulo/Brasil, com ênfase na humanização e utilização do BT como instrumento do cuidado. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e todos os preceitos éticos foram respeitados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante, com 17 enfermeiros atuantes nesta unidade e, analisados à luz do referencial do processo de trabalho em saúde(4). Partindo do tema central, compreendendo a utilização do BT no trabalho do enfermeiro pediatra, organizamos os dados empíricos em três categorias principais, que foram estabelecidas de modo a contemplar os elementos do processo de trabalho: necessidades da criança, da família e institucionais; instrumentos e organização do trabalho; resultados do trabalho - recuperação da saúde da criança. Os resultados apontam para um distanciamento do enfermeiro do objeto idealizado como central em seu processo de trabalho, suas práticas são centradas no modelo biomédico, com predominância de atividades técnicas e subordinadas ao trabalho médico. A Sistematização da Assistência de Enfermagem é incompleta, há negligência quanto à satisfação das necessidades essenciais da criança e utilização discreta de recursos lúdicos e do BT. Embora os enfermeiros verbalizem a necessidade de prestar assistência humanizada à criança e sua família, não há, neste serviço, um projeto coletivo de humanização da assistência e sim ações isoladas, praticadas individual e esporadicamente, que não fazem parte do cotidiano da assistência. Considerando que o foco deva ser a criança e sua família, há necessidade de mudanças no processo de trabalho do enfermeiro pediatra bem como de toda a equipe de saúde. Ao mesmo tempo, deve-se ampliar a compreensão do processo saúde-doença-cuidado para além do paradigma biomédico, pois, há outras demandas, das necessidades essenciais das crianças, a serem

contempladas, que este modelo não é capaz de suprir. Em relação ao BT, apesar de reconhecido e referendado pelo COFEN, a maioria dos enfermeiros entrevistados referiu não ter aprendido a técnica durante sua formação profissional. Porém, alguns têm consciência da necessidade desta prática e verbalizaram que ela deveria fazer parte da rotina no planejamento da assistência. O processo de trabalho conturbado é uma das dificuldades apontadas pelos enfermeiros para que o BT seja operacionalizado. As crianças desejam e precisam se sentir cuidadas e acolhidas, assim, salienta-se que as práticas de saúde não devem se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, mas sim valorizar o cuidado integral. O acolhimento, a segurança e as brincadeiras, devem permear o cotidiano do enfermeiro pediatra, bem como, o uso do BT e a presença de uma pessoa significativa ao lado da criança durante todo o período da internação. Percebemos que as necessidades essenciais das crianças e seus familiares não têm sido identificadas e nem, contempladas. Acreditamos que isto se deva ao fato da equipe de enfermagem não ter clareza sobre qual tem sido efetivamente seu objeto de trabalho e se deseja focar no ideal: as necessidades da criança hospitalizada. Este estudo aponta para a necessidade de mudanças no processo de trabalho do enfermeiro pediatra que valorizem a relação multiprofissional, a comunicação entre a equipe, as crianças e seus familiares, e utilização de estratégias como o BT, possibilitando um atendimento mais humanizado e qualificado(5). Porém, são necessárias mudanças no paradigma do cuidado, para que a satisfação das necessidades da criança e de sua família passe a ser o foco do processo de trabalho. Assim, os profissionais e as instituições precisam ter maior clareza com relação ao processo de trabalho da equipe de enfermagem, as relações estabelecidas com os pais e atenção no cumprimento da legislação, favorecendo o desenvolvimento de ações nesta direção e visando um cuidado de fato terapêutico. Torna-se necessário sensibilizar e orientar enfermeiros, técnicos de enfermagem e gestores sobre a prática do BT, manter educação permanente voltada para o desenvolvimento humano, infantil e necessidades da criança, além de mudanças no processo de trabalho. Porém, isto só será possível se houverem esforços para um enfrentamento da rotina institucionalizada por todos os membros da equipe de saúde. PALAVRAS-CHAVE: prática profissional, enfermagem pediátrica, jogos e brinquedos. REFERÊNCIAS: 1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/ Ministério da saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 60p. 2. Leite TM, Shimo AK. O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2007;11(2):343-50. 3. Salmela M, Aronen ET, Salantera S. The experience of hospital-related fears of 4 to 6 year old children. Child Care Health Dev Child Care Health Dev 2011;37(5):719-26 4. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos São Paulo: CEFOR; 1992. 53p. 5. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRCM. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. jan.-fev. 2012 [acesso em: 06 nov. 2012];20(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_04.pdf

SESSÃO PÔSTER

14525

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ADRIANA VALONGO ZANI

REPRESENTAÇÕES DA MÃE FRENTE O CUIDADO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE BAIXO PESO: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Zani, AVZ; Parada, CMGL; Pamplona, VLT;

Introdução: O processo de cuidar de recém-nascidos prematuros de baixo peso avançou muito nos últimos anos em decorrência do incremento científico e tecnológico, possibilitando uma maior sobrevivência das crianças hospitalizadas nas unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN) e resultando em mudança do perfil e queda dos índices de mortalidade infantil. Objetivo: Apreender representações maternas sobre cuidado de recém-nascidos de muito baixo peso em unidades de internação neonatal de hospitais do interior paranaense, Brasil. Metodologia: Estudo qualitativo, com 41 mães entrevistadas entre novembro de 2011 a julho de 2012. Para análise, utilizou-se o referencial das Representações Sociais, seguindo-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Resultados: Breve caracterização das mães evidenciou que estavam na faixa etária entre 15 e 40 anos, sendo 23 casadas, 12 com união consensual, cinco solteiras e uma separada. Destas, 25 estavam vivenciando pela primeira vez a maternidade e 16 já possuíam outros filhos. Os resultados sugerem que, de modo geral, as mães que têm seus filhos internados em UTIN temem pela vida dos mesmos. Elas procuram ter esperança, mas desde o princípio são informadas da gravidade da situação e isso gera intenso medo pelo desconhecido. Sabe-se que a vivência do processo de hospitalização do bebê é experiência estressante para os pais e a separação do filho é muito difícil, fazendo aflorar diversos sentimentos e emoções, como tristeza, medo, pena, impotência, sensação de perda, frustração, vazio, esperança e outros. A família, e especial à mãe, esperam por um filho "perfeito" e desejam poder levá-los para casa logo após o nascimento, porém ao se depararem com um bebê prematuro de muito baixo peso, frágil. Neste estudo, a cobrança por informações sobre as crianças, a que as mães estiveram sujeitas, também se configurou como fator estressante, fazendo com que procurassem se esconder de alguns membros da família ou pessoas próximas, para não ter que responder as questionamentos sobre a hospitalização do filho, visto que muitas vezes elas não detinham conhecimento suficiente para elucidá-las. Frequentemente, os pais se isolam dos demais familiares durante a hospitalização de seus filhos, quando afloram dificuldades de se expressarem sobre os sucessos e insucessos da internação. No caso da hospitalização do recém-nascido, a separação entre mãe/família e filho/parente ocorre quando o contato é fundamental para o desenvolvimento do papel materno/familiar. Em relação às mães, essas tendem a se sentir incapazes de atender às necessidades dos filhos, enfrentando dificuldades para lidar com seus sentimentos e com as demandas dos familiares. A impotência diante do desconhecido foi fortemente enfatizada pelas mães participantes deste estudo. Elas desejam ajudar, fazer algo para a recuperação dos filhos, mas pela gravidade e pela falta de conhecimento frente à situação, sentem-se à mercê da equipe de saúde. Essa situação poderia ser melhorada com a inserção cuidadosa e rotineira das mães no plano de cuidados dos recém-nascidos na UTIN, não devendo, para ser viabilizada, depender da boa vontade de cada profissional. Ao mesmo tempo, é necessário que a equipe esteja preparada para lidar com a ansiedade das mães e de suas famílias, não cedendo à vontade desses em detrimento da saúde do bebê. Os pais desejam constantemente ser informados sobre a situação de seus filhos, no entanto, se a abordagem for inadequada, essas informações podem refletir de forma negativa, pois os pais perceberão bruscamente a gravidade dos filhos e o risco de morte dos mesmos. Esses fatores elevam o nível de estresse desses pais. A experiência de se tornar mães de bebês de risco pode desencadear sentimentos ambivalentes, tais como felicidade, esperança por saber que estava vivo, mesmo

diante da gravidade de ser prematuro e muito baixo peso, mas também de tristeza e decepção pelo filho não corresponder ao imaginado e sonhado durante a gestação . Ao lado das barreiras enfrentadas e já descritas, esse estudo também revelou, como aspectos que demonstram esperança como a busca na religião o apoio para aceitar o filho real e continuar acreditando em sua recuperação. A religiosidade para algumas famílias favorece para que as mães possam ter forças para continuar a lutar pelos seus filhos, visto que, em decorrência da complexidade do tratamento, esses recém-nascidos ficam internados por períodos prolongados, gerando problemas como os anteriormente discutidos. As crenças religiosas e espirituais proporcionam possibilidades de significação e resposta às perguntas existenciais que se colocam diante da doença e possibilidade de morte. Outro aspecto apreendido com relação às experiências maternas foi relativo às equipes de saúde, com o reconhecimento do papel fundamental dos mesmos quanto ao envolvimento dos pais nas atividades da UTIN, principalmente a partir das orientações fornecidas durante a primeira visita. Esses profissionais podem oferecer subsídios a fim de diminuir a ansiedade e o medo que os pais do neonato sentem, oferecendo condições de conforto, tentando responder às preocupações e fornecendo informações sobre o estado de saúde da criança, o tratamento e equipamentos utilizados. Porém, a análise do conjunto dos resultados do presente estudo revela que as mães estão muito afastadas do cuidado no período de internação do recém-nascido de muito baixo peso em UTIN. Conclusão: Dentre as dificuldades enfrentadas, destacaram-se o medo do desconhecido, separação do filho, cobrança de informações sobre aspectos que não havia domínio, possibilidade concreta de morte da criança e impotência frente à situação vivenciada. Por outro lado, a fé em Deus, confiança na equipe de saúde e a proximidade com o recém-nascido configuraram-se como aspectos facilitadores relativos a essa experiência. A despeito do importante papel materno no cuidado de recém-nascidos prematuros e de baixo peso apontado pela literatura científica, esse não foi claramente explicitado pelas mães estudadas. Ressalta-se a necessidade de intervenções especialmente direcionadas, ouvindo-as, apoiando-as e inserindo-as efetivamente no processo de cuidar de seus filhos. A compreensão dessa necessidade pelos profissionais de saúde e, em especial, pelos enfermeiros da UTIN leva-os a considerar que, na prática, não deve existir cuidado unidirecional ao neonato, mas um contexto de cuidados compartilhados entre equipe e mães/familiares dos neonatos. Contribuições/implicações para Enfermagem: Espera-se que os resultados desta pesquisa suscitem novos estudos que privilegiem outras perspectivas possíveis de se abordar o contexto de cuidados em foco, buscando o pensar e o repensar constantes sobre intervenções que facilitem as relações entre os diferentes sujeitos envolvidos, com vistas à valorização da saúde integral e humanizada nesses espaços institucionais de saúde. Referências: 1-Vieira CS, Mello DF, Oliveira BRG. The follow-up of the family of the premature and low-birth-weight infant discharged from the NICU: a literature review Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2008 October; 7(3). [Cited 2013 March 01]. Available from:http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1724.2- Klock P, Erdmann AL. Caring for newborns in a NICU: dealing with the fragility of living/surviving in the light of complexity. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1):45-51.[Cited 2012 October]. Available from: . 3- Arruda DC de, Marcon SS. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2007 Mar [cited 2013 Jun 10] ; 16(1): 120-128. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100015&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100015 .4- Zani AV, Merino FGL, Teston EF, Serafim D, Ichisato SMT, Marcon SS. Recém-nascido de risco na percepção da mãe adolescente. Rev Rene. 2011 Abr/Jun; 12(2):279-86. Descritores: Relações mãe-filho; Recém-nascido; Peso muito baixo ao nascer; Família; Cuidados intensivos.

14523

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ADRIANA VALONGO ZANI

REPRESENTAÇÕES DA FRENTE O CUIDADO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE BAIXO PESO: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Zani, AVZ; Parada, CMGL; Pamplona, VLT;

Introdução: O processo de cuidar de recém-nascidos prematuros de baixo peso avançou muito nos últimos anos em decorrência do incremento científico e tecnológico, possibilitando uma maior sobrevivência das crianças hospitalizadas nas unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN) e resultando em mudança do perfil e queda dos índices de mortalidade infantil. Objetivo: Apreender representações maternas sobre cuidado de recém-nascidos de muito baixo peso em unidades de internação neonatal de hospitais do interior paranaense, Brasil. Metodologia: Estudo qualitativo, com 41 mães entrevistadas entre novembro de 2011 a julho de 2012. Para análise, utilizou-se o referencial das Representações Sociais, seguindo-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Resultados: Breve caracterização das mães evidenciou que estavam na faixa etária entre 15 e 40 anos, sendo 23 casadas, 12 com união consensual, cinco solteiras e uma separada. Destas, 25 estavam vivenciando pela primeira vez a maternidade e 16 já possuíam outros filhos. Os resultados sugerem que, de modo geral, as mães que têm seus filhos internados em UTIN temem pela vida dos mesmos. Elas procuram ter esperança, mas desde o princípio são informadas da gravidade da situação e isso gera intenso medo pelo desconhecido. Sabe-se que a vivência do processo de hospitalização do bebê é experiência estressante para os pais e a separação do filho é muito difícil, fazendo aflorar diversos sentimentos e emoções, como tristeza, medo, pena, impotência, sensação de perda, frustração, vazio, esperança e outros. A família, e especial à mãe, esperam por um filho "perfeito" e desejam poder levá-los para casa logo após o nascimento, porém ao se depararem com um bebê prematuro de muito baixo peso, frágil. Neste estudo, a cobrança por informações sobre as crianças, a que as mães estiveram sujeitas, também se configurou como fator estressante, fazendo com que procurassem se esconder de alguns membros da família ou pessoas próximas, para não ter que responder as questionamentos sobre a hospitalização do filho, visto que muitas vezes elas não detinham conhecimento suficiente para elucidá-las. Frequentemente, os pais se isolam dos demais familiares durante a hospitalização de seus filhos, quando afloram dificuldades de se expressarem sobre os sucessos e insucessos da internação. No caso da hospitalização do recém-nascido, a separação entre mãe/família e filho/parente ocorre quando o contato é fundamental para o desenvolvimento do papel materno/familiar. Em relação às mães, essas tendem a se sentir incapazes de atender às necessidades dos filhos, enfrentando dificuldades para lidar com seus sentimentos e com as demandas dos familiares. A impotência diante do desconhecido foi fortemente enfatizada pelas mães participantes deste estudo. Elas desejam ajudar, fazer algo para a recuperação dos filhos, mas pela gravidade e pela falta de conhecimento frente à situação, sentem-se à mercê da equipe de saúde. Essa situação poderia ser melhorada com a inserção cuidadosa e rotineira das mães no plano de cuidados dos recém-nascidos na UTIN, não devendo, para ser viabilizada, depender da boa vontade de cada profissional. Ao mesmo tempo, é necessário que a equipe esteja preparada para lidar com a ansiedade das mães e de suas famílias, não cedendo à vontade desses em detrimento da saúde do bebê. Os pais desejam constantemente ser informados sobre a situação de seus filhos, no entanto, se a abordagem for inadequada, essas informações podem refletir de forma negativa, pois os pais perceberão bruscamente a gravidade dos filhos e o risco de morte dos mesmos. Esses fatores elevam o nível de estresse desses pais. A experiência de se tornar mães de bebês de risco pode desencadear sentimentos ambivalentes, tais como felicidade, esperança por saber que estava vivo, mesmo

diante da gravidade de ser prematuro e muito baixo peso, mas também de tristeza e decepção pelo filho não corresponder ao imaginado e sonhado durante a gestação . Ao lado das barreiras enfrentadas e já descritas, esse estudo também revelou, como aspectos que demonstram esperança como a busca na religião o apoio para aceitar o filho real e continuar acreditando em sua recuperação. A religiosidade para algumas famílias favorece para que as mães possam ter forças para continuar a lutar pelos seus filhos, visto que, em decorrência da complexidade do tratamento, esses recém-nascidos ficam internados por períodos prolongados, gerando problemas como os anteriormente discutidos. As crenças religiosas e espirituais proporcionam possibilidades de significação e resposta às perguntas existenciais que se colocam diante da doença e possibilidade de morte. Outro aspecto apreendido com relação às experiências maternas foi relativo às equipes de saúde, com o reconhecimento do papel fundamental dos mesmos quanto ao envolvimento dos pais nas atividades da UTIN, principalmente a partir das orientações fornecidas durante a primeira visita. Esses profissionais podem oferecer subsídios a fim de diminuir a ansiedade e o medo que os pais do neonato sentem, oferecendo condições de conforto, tentando responder às preocupações e fornecendo informações sobre o estado de saúde da criança, o tratamento e equipamentos utilizados. Porém, a análise do conjunto dos resultados do presente estudo revela que as mães estão muito afastadas do cuidado no período de internação do recém-nascido de muito baixo peso em UTIN. Conclusão: Dentre as dificuldades enfrentadas, destacaram-se o medo do desconhecido, separação do filho, cobrança de informações sobre aspectos que não havia domínio, possibilidade concreta de morte da criança e impotência frente à situação vivenciada. Por outro lado, a fé em Deus, confiança na equipe de saúde e a proximidade com o recém-nascido configuraram-se como aspectos facilitadores relativos a essa experiência. A despeito do importante papel materno no cuidado de recém-nascidos prematuros e de baixo peso apontado pela literatura científica, esse não foi claramente explicitado pelas mães estudadas. Ressalta-se a necessidade de intervenções especialmente direcionadas, ouvindo-as, apoiando-as e inserindo-as efetivamente no processo de cuidar de seus filhos. A compreensão dessa necessidade pelos profissionais de saúde e, em especial, pelos enfermeiros da UTIN leva-os a considerar que, na prática, não deve existir cuidado unidirecional ao neonato, mas um contexto de cuidados compartilhados entre equipe e mães/familiares dos neonatos. Contribuições/implicações para Enfermagem: Espera-se que os resultados desta pesquisa suscitem novos estudos que privilegiem outras perspectivas possíveis de se abordar o contexto de cuidados em foco, buscando o pensar e o repensar constantes sobre intervenções que facilitem as relações entre os diferentes sujeitos envolvidos, com vistas à valorização da saúde integral e humanizada nesses espaços institucionais de saúde. Referências: 1-Vieira CS, Mello DF, Oliveira BRG. The follow-up of the family of the premature and low-birth-weight infant discharged from the NICU: a literature review Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2008 October; 7(3). [Cited 2013 March 01]. Available from:http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1724.2- Klock P, Erdmann AL. Caring for newborns in a NICU: dealing with the fragility of living/surviving in the light of complexity. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1):45-51.[Cited 2012 October]. Available from: . 3- Arruda DC de, Marcon SS. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2007 Mar [cited 2013 Jun 10] ; 16(1): 120-128. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100015&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100015 .4- Zani AV, Merino FGL, Teston EF, Serafim D, Ichisato SMT, Marcon SS. Recém-nascido de risco na percepção da mãe adolescente. Rev Rene. 2011 Abr/Jun; 12(2):279-86. Descritores: Relações mãe-filho; Recém-nascido; Peso muito baixo ao nascer; Família; Cuidados intensivos.

14328

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

AISIANE CEDRAZ MORAIS

EXPERIÊNCIAS DE MÃES DE RECÉM-NASCIDO COM GASTROSQUISE

Martins, LA; Morais, AC; Xavier, CFS; Carmo, AFS; Camargo, CL;

Introdução. A chegada de um filho traz modificações importantes no ciclo de vida familiar, em especial para a mãe. O nascimento geralmente é cercado por celebrações e saudações para este novo ser, no entanto, o diagnóstico de alguma malformação no bebê, como a gastrosquise, pode transformar o imaginário da família e provocar reações psicoemocionais das mais diversas. Os pais e familiares passam a conviver então com um bebê real, porém um ser diferente do imaginário e do imaginado: um recém-nascido (RN) com gastrosquise- defeito congênito raro da parede abdominal anterior que apresenta suas vísceras exteriorizadas1. Vivenciar essa realidade de internamento de um filho com gastrosquise, em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), é desafiador para as mães e familiares. Segundo Molina et al2, as UTIN são ambientes compostos de equipamento e tecnologias de ponta, o que o torna ruidosos e com iluminações excessivas, além disso apresentam normas rígidas que muita das vezes restringe as visitas dos familiares, configurando-se como um ambiente estranho à maioria dos pais. Neste processo de internação a família se depara constantemente com sentimentos e sensações conflitantes, uma vez que trata-se de um processo de internamento longo com duração média de 35 dias3 e com elevada probabilidade dos RN desenvolverem sepse infecciosa, e outras complicações pós operatórias com risco de morte. Objetivo. Conhecer a percepção de mães que vivenciaram o internamento de seu RN com diagnóstico de gastrosquise em uma UTIN. Metodologia. Versa numa pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi uma UTIN de um hospital público, localizado na capital baiana, referência estadual em cirurgias neonatais. A seleção dos participantes da pesquisa ocorreu entre os meses de junho de 2011 a outubro de 2012. A amostragem do tipo intencional constituiu de seis mães que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter um RN com gastrosquise de grande porte internado na UTIN; ter acompanhado o RN do período de internação à alta hospitalar. Os critérios de exclusão foram: não ter condições emocionais para relatar sua história e apresentar dificuldade de comunicação verbal. O estudo seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital onde ocorreu a pesquisa, sob protocolo no 03/12. Como técnica de coletas de dados utilizou a entrevista do tipo história oral guiada por um formulário semi estruturado, e o diário de campo para realizar anotações, comentários e reflexões do pesquisador durante a entrevista. Para análise dos dados optou-se pelo modelo interativo sugerido por Miles e Huberman4, num processo dinâmico e cíclico, de idas e vindas que envolveram três componentes de atividades concorrentes: redução, apresentação e interpretação/verificação dos dados. Seguiu-se a apresentação dos dados configurando-se no mapa de cartografia das categorias e, por fim, as categorias, o que se traduziu num procedimento minucioso e imbricado até alcançar a compreensão da temática, obtendo ao fim a verificação dos dados na elaboração da conclusão do estudo. Resultados. Emergiram quatro categorias, sendo elas: "O adentrar a UTIN", que se configurou em um momento doloroso e assustador para as mães, despertando sensações de impotência, incapacidade e medo de um ambiente cercado de tecnologia, de aparelhos, cheio de normas e padrões predeterminados, mas que ao mesmo tempo atende uma população frágil - os RN - indefesa e dependente de cuidados para a manutenção da vida; "Se deparando com o RN na UTIN", momento de ver o tão esperado filho, as mães se deparam com o filho real - diferente do imaginado. Os sentimentos e sensações foram multivariados e expressos neste momento como: medo, tristeza, choro, sofrimento, choque, preocupa¬ção, dúvida, nervosismo, desgosto, desespero, fraqueza, susto, rejeição, angústia, ansiedade,

negação, dor, insegurança e sonho não realizado; "A formação do vínculo e apego", o conviver cotidiano na UTIN com seu RN e o contato pele a pele, fez com que aflorasse os sentimentos fraternais, fortalecendo o vínculo entre mãe e filho e criando o apego. A partir de então, o instinto materno consegue superar os sentimentos e sensações vivenciadas pela patologia, aceitando a situação atual e estabelecendo vínculos. A mãe consegue compreender as necessidades do RN e, a partir daí, sente-se motivada a superar as dificuldades do nascimento. "O cuidado dos profissionais de enfermagem", os relatos das mães evidenciam que os profissionais de enfermagem da UTIN demonstraram apoio emocional as suas angustias e inseguranças, o que facilitou sua permanência durante o período de internamento de seus RN. Elas os descreveram como parceiros no cuidado, pessoas em quem podiam confiar para cuidar de sua criança. Em seus depoimentos ficam claros a valorização dos profissionais e o papel relevante que eles desempenham nesta fase da vida. A confiança no cuidado prestado as deixava mais tranquilas e seguras no seu retorno para casa. A forma como esses profissionais cuidavam do RN fez com que as mães sentissem confiança na equipe, valorizando-a. Conclusão. Vivenciar o internamento de seu filho em uma UTIN se configurou em uma experiência negativa para as mães, visto o tempo de internamento que essa patologia requer, a alta taxa de mortalidade e o desgaste emocional vivenciado por mães e familiares. Observou-se também a necessidade de um suporte psicoemocional, que permaneça desde o diagnóstico com o devido esclarecimento sobre a patologia até o processo terapêutico conclusivo, onde se espera a alta hospitalar do RN e seu retorno para o seio da família. Outro dado de relevância enunciado foi a valorização e o reconhecimento do cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem na UTIN, mostrando que esse cuidado foi desenvolvido de forma proximal e permeado por sentimentos de amor, carinho e dedicação. Contribuições para a enfermagem. O enfermeiro possui papel fundamental durante o diagnóstico e o tratamento da gastrosquise. Esse profissional é responsável pela assistência direta ao RN e pela preparação dos pais e familiares, no que tange a realização dos cuidados e as etapas que irão vivenciar. Assim, conhecer a realidade das mães que vivenciam essa experiência é fundamental à práxis do pensar-agir da enfermagem em neonatologia. Em um contexto científico, é salutar destacar a necessidade de mais investimentos em pesquisa acerca do cuidar do RN com gastrosquise, em especial no âmbito da ciência enfermagem. Descritores: Recém-nascido; Gastrosquise; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. REFERÊNCIAS 1.Avery GB, Macdonald MG, Seshia MMK, Mullett MD. NEONATOLOGIA: fisiopatologia e tratamento de rescém-nascido. 6ª edição; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 2.Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e Neonatal. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):630-8. 3.Silva KR, Abrahão AR, Gumieiro EH. Gastrosquise: importância do diagnóstico pré-natal e assistência de enfermagem ao rescém-nascido e família. Acta Paul Enf [Internet]. 2003 Apr-June [cited 2012 july 01]; 16(2): 18-25. Available from:< http://www.unifesp.br/acta/sum.php?volume=16&numero=2&item=res2.htm>. 4.Miles MB, Huberman M. Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craftp. Educational researcher, 1984.

14341

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALANA MAYARA CERQUEIRA SANTOS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM RECÉM-NASCIDOS EM USO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NA UTI NEONATAL

Santos, AMCS; Reis, MCR; Fernades, SLSAF; Leovigildo, ESL;

O Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) é um dispositivo vascular de inserção periférica de localização central. A utilização deste cateter é relevante por garantir um acesso venoso confiável para o recém-nascido (RN) internado. A passagem e manutenção do PICC é um processo de alta complexidade técnica que exige conhecimentos específicos da enfermagem. Dessa forma, o cuidado no manejo do PICC se faz necessário, sobretudo, por conta das possíveis conseqüências no tratamento do neonato associadas a uma manutenção inadequada do cateter. Neste sentido, a atuação da enfermagem é fundamental para a prevenção de complicações e para a detecção precoce dos sinais de anormalidades que os neonatos possam apresentar, decorrentes do uso do PICC. Objetivamos com esse estudo analisar os cuidados de enfermagem no manejo do PICC, em RNs internados em uma UTI Neonatal (UTIN). Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, baseado na Teoria de Análise de Conteúdo, utilizando-se da técnica da Análise Temática de Minayo. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário com questões abertas e fechadas, dirigidas às enfermeiras (os) que atuam em uma UTIN de um hospital geral de grande porte, em Salvador, Bahia. A coleta de dados deu-se no período de maio e abril de 2011 e iniciou-se após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas do referido hospital e após a permissão do mesmo. Apresentamos os resultados em: Caracterização dos sujeitos, caracterização da unidade quanto ao uso do PICC e cuidados com o manejo do PICC. Em relação à caracterização dos sujeitos, os resultados deste estudo mostram que 93,3% dos entrevistados foram do sexo feminino. 53,3% das enfermeiras trabalhavam entre sete meses a dois anos e 60%, não possuem outro vínculo empregatício. Já, no que concerne ao tempo que trabalha na Unidade, cenário do estudo, observou-se o predomínio de um mês a dois anos de trabalho, representando o percentual de 46,7% das enfermeiras e 66,7% possuíam curso em UTI Pediátrica e/ou UTIN. No que diz respeito à realização do curso de PICC, 93,3% das enfermeiras o fizeram, estando devidamente aptas à realização deste procedimento, sendo que, 80% afirmaram realizar a passagem de PICC na Unidade. Em relação à caracterização da unidade quanto ao uso do PICC, foi feita uma análise de documentos existentes na Unidade, onde se constatou que no período de janeiro a maio de 2011, 31 RNs foram submetidos à inserção de PICC. Em consonância com esse dado, todas (os) enfermeiras (os) relataram alta frequência de passagem de PICC na Unidade. Verificou-se que 67,7% dos RNs, que usaram ou estavam em uso do PICC, eram portadores de Prematuridade (PT) e 51,6% de Desconforto respiratório. No que concerne aos locais de inserção do PICC mais freqüentes na Unidade, 64,5% das inserções foram feitas no Membro Superior Direito (MSD) dos neonatos, 19,3% no Membro Superior Esquerdo (MSE), 6,4% no Membro Inferior Esquerdo (MIE) e em Axilar Direita (AD) e, apenas 3,2% em Jugular Direita (JD). Não foi possível identificar os vasos, especificamente, devido à falta de registro nesse documento. Esses dados confirmam os relatos das (os) enfermeiras (os) que afirmam ser o MSD o membro de maior frequência de inserção de PICC. Com relação às complicações devido o uso do PICC na Unidade, só foram constatadas duas (6,4%): uma exteriorização do cateter no mês de março e uma obstrução no mês de maio. Algumas Enfermeiras citaram baixa incidência de complicações decorrentes do PICC. No que concerne aos cuidados com o manejo do PICC, os resultados revelaram aspectos relatados pelas enfermeiras, tais como: os cuidados com a permeabilidade do PICC, no qual se abordou a continuidade da infusão, o uso de hemoderivados e de medicações; a prevenção de infecção no PICC, onde se fez referência a técnicas

assépticas e curativo; a avaliação da integridade cutânea; a avaliação do posicionamento do PICC; cuidados para evitar a ruptura do PICC. Concluiu-se que no cenário em que desenvolvemos o nosso estudo, pudemos verificar a prevalência do uso do PICC em RNs com PT, o que se justifica pelas condições de saúde peculiares a esse grupo. Além disso, diante dos dados levantados, pudemos perceber ainda que as (os) enfermeiras (os) entrevistadas (os) possuáam capacitação para atuar em uma UTIN, bem como para promover o manuseio correto do PICC, o que nos leva a inferir que estas possuem conhecimento necessário para prestar uma assistência adequada ao RN que utiliza cateter venoso central em sua terapia. Isso pode ser notado ao analisar as informações, as experiências e o saber sobre os cuidados adequados no manejo do PICC compartilhados durante o trabalho, os quais contribuem para a prevenção de possíveis complicações ao RN, tal como se discutiu nesse estudo. Corrobora ainda com a assertiva acima, o fato de haver uma incidência baixíssima de complicações no uso do PICC na UTIN estudada, como se pode perceber através dos dados do registro de gerenciamento de acesso venoso central da unidade. Apesar dos cuidados relatados no manejo do PICC, não foi possível comprovar se estes são realizados na prática diária da manutenção deste dispositivo, visto que, não foi possível observar o trabalho assistencial dessas enfermeiras, algo que vai aquém da metodologia do presente estudo. É sabido ainda que o manejo do PICC, por vezes, é realizado pelos técnicos de enfermagem, porém não se pode esquecer da responsabilidade das enfermeiras em supervisioná-los, verificando se o manejo ocorre de forma adequada. Acreditamos na existência de uma relação entre o manejo do PICC e as intercorrências que levam a possíveis complicações. Cabe, portanto, à enfermagem, estar apta a reconhecer as complicações decorrentes do dispositivo, bem como tratá-las. Urge ainda a necessidade de um olhar diferenciado para os neonatos com vistas à manutenção do seu processo de viver saudável na UTIN e à identificação de agravos para a saúde através dos fatores que possam interferir no seu processo saúde-doença. Desse modo, conseguiremos assumir uma postura de cuidado mais holística, além de ortalecer a assistência prestada ao RN, na UTIN. Referências: CHAVES EMC, RODRIGUES ZS, CARDOSO MVLML. Atuação do enfermeiro no cuidado com o cateter central de inserção periférica no recém-nascido. Rev Bras Enferm [Internet]. 2006 set-out [acesso em 05 set. 2010]; 59(5):626-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a06.pdf ; FREITAS EM, NUNES ZB. O enfermeiro na práxis de cateter central de inserção periférica em nenonato. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2009 abr-jun [acesso em 06 set. 2010]; 13(2): 209-14. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e49f32d824.pdf; JESUS, VC, SECOLI SR. Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). Cienc Cuid Saude [Internet]. 2007 abr-jun [acesso em 06 set. 2011]; 6(2), 252-60. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4174/2762; SECOLI SR, KISHI HM, CARRARA D. Inserção e manutenção do PICC: aspectos da prática clínica de enfermagem em oncologia. Revista Prática Hospitalar (São Paulo) [Internet]. 2006 set-out [acesso em 06 set. 2010]; 8(47). Disponível em: http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2047/pdfs/mat%2009.pdf; TAMEZ, RN, SILVA MJP. Enfermagem na UTI Neonatal, assistência ao Recém-nascido de alto risco. 4ª Ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2009.

14357

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALINE JANIELLY DA COSTA FERNANDES

INSERÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernandes, AJC; Medeiros, MAS; Lima, PC; Lívio, TA; Lisboa, CB; Souza, HP;

INTRODUÇÃO: Durante muitos anos, o tipo de organização dos serviços de saúde associado aos modelos de gestão tradicionais, baseou-se em contradições geradas por uma estrutura rígida, excessivamente especializada, com funções rotineiras e pouco desafiadoras. Neste sentido, a Enfermagem desenvolveu-se a partir da cultura do "fazer", sem, contudo refletir acerca de novas possibilidades do ser e agir na prática assistencial e gerencial1. Entretanto, a busca pela qualidade nos diversos níveis de atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico. A sociedade está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados. A garantia da qualidade exige um preparo profissional apurado e, em consequência, um melhor desenvolvimento técnico em que a meta final de um programa de busca da qualidade deve ser a satisfação do paciente mediante atenção sistemática, planejada, avaliada e gerenciada pelo enfermeiro1. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia assistencial utilizada pelo enfermeiro para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, caracterizando sua prática profissional2. Traz para o enfermeiro uma diretriz a seguir para a definição do seu papel e do seu espaço de atuação, saindo do assistir intuitivo, assistemático, para o agir organizado e sistemático2. No entanto, implantar a SAE realizando mudanças no modelo assistencial vigente requer habilidades gerenciais e assistenciais que devem ser implementadas gradualmente, uma vez que essa metodologia representa uma readaptação no modo de prestar os serviços de saúde, porque implica em uma reorganização da prática assistencial a fim de potencializar o Processo de Enfermagem (PE) sem fragmentar a SAE nem descaracterizar a dinâmica do cuidar da categoria. Assim sendo, a realização de estudos abordando a SAE apresenta viabilidade e importância na identificação das respostas humanas para a evolução do conhecimento em Enfermagem. OBJETIVO: Relatar o processo de implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em Unidade de Internação Neonatal de uma Maternidade escola de referência para alto risco em Alagoas através de um Programa de Atualização em SAE. METODOLOGIA: O Programa de Atualização em SAE será cumprido em reuniões semanais com os profissionais de Enfermagem atuantes na área de Neonatologia. O plano é estruturado em módulos sequenciais que contemplam: momentos explicativos, normativos, estratégicos e tático-operacionais. Para o atendimento dos objetivos propostos, as seguintes etapas serão executadas: 1) Realizar um encontro com os profissionais de Enfermagem para apresentação do projeto e planejamento de atividades; 2) Aplicar questionário semiestruturado para definir o perfil dos profissionais de Enfermagem, a dinâmica de suas práticas de assistência e seus contextos (social e organizacional); 3) Promover a atualização e a educação continuada com os profissionais de Enfermagem sobre a SAE em reuniões semanais; 4) Catalogar Diagnósticos de Enfermagem comuns na área de Neonatologia, mediante a socialização de experiências assistenciais dos profissionais de Enfermagem a fim de possibilitar uma prática adaptável e ajustável a diferentes contextos e necessidades; 5) Elaborar em conjunto com os profissionais um protocolo que norteie a prática assistencial e que lhes possibilitem novas formas de produzir serviços com resolutividade e eficácia, de modo a superar os entraves para a reorganização de um processo de trabalho que priorize as demandas de cuidados apresentadas pelo usuário, considerando nessa etapa aspectos de ordem estrutural (inerentes a dinâmica organizacional da Instituição em que o estudo será aplicado); 6) Acompanhar o processo de implementação do protocolo pelos profissionais de Enfermagem;

7) Avaliar a adequação dos profissionais de Enfermagem ao protocolo implementado através de observação em campo e relatos dos profissionais de Enfermagem. Os critérios para participação voluntária dessa iniciativa serão: profissionais de Enfermagem atuantes na área de Neonatologia na referida maternidade, que aceitarem participar do projeto, podendo interromper sua participação em qualquer tempo e por qualquer motivo, sem por isso sofrer dano de qualquer natureza. RESULTADOS: O Programa está em processo de implantação e implementação. Até o presente momento foram cumpridas as etapas de apresentação e planejamento das atividades (1) e foram iniciadas as atualizações (3) a cada semana a partir de uma abordagem dialógica sobre a SAE com enfoque inicial para escolha e definição de uma Teoria de Enfermagem que mais se adeque ao perfil profissional e assistencial prestado a fim de explorar distintas concepções e saberes, que invariavelmente governam e determinam a intencionalidade da assistência em saúde oferecida nesse âmbito e discutir de modo mais participativo e democrático a construção e desenvolvimento de instrumentos norteadores da prática assistencial. CONCLUSÃO: A execução do Programa em discussão favorece a construção de uma assistência planejada, padronizada, individualizada e de qualidade, portanto fundamental para a eficiência no processo de trabalho em saúde. Além disso, há o incentivo ao profissional de Enfermagem para o desenvolvimento de atitudes que favoreçam a implementação de todas as etapas do Processo de Enfermagem (PE), sendo destacada a capacidade de exercer um cuidado integral e o estímulo para a efetivação da SAE como prática de rotina e de respaldo legal e ético, contribuindo para o desenvolvimento de instrumentos norteadores para a assistência em saúde. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM: No cotidiano, observa-se que os registros de Enfermagem carecem de sistematização, tanto em termos de apresentação (estética da redação), quanto de estrutura e de conteúdo. Assim, a absoluta maioria das informações é limitada. É necessário compreender que a ausência de registros pode implicar, entre outras coisas, na duplicação de procedimentos executados, na dificuldade de acompanhamento dos cuidados prestados e até na não execução de determinada atividade, o que pode colocar em risco a própria recuperação do paciente. A implantação e implementação da SAE implica em uma organização do trabalho de toda a equipe de Enfermagem que atua nesse nível de complexidade de assistência. Inovações no processo de trabalho nas unidades prestadoras de serviço de saúde em seus diversos níveis de complexidade são necessárias, assim como na forma de organização das unidades assistenciais. Na operacionalização da assistência, o enfermeiro, ao usar a SAE (atentando para cada etapa do processo), identificará necessidades de diversas origens e, com base nelas, estabelecerá cada etapa do processo de forma crítico-reflexiva quanto à condição do usuário e aos benefícios de um cuidado holístico e de uma prática integral. REFERÊNCIAS: (1) TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia prático. 2ª Edição - [reimpressão] - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. (2) TANNURE, M.C.; 2008 apud TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia prático. 2ª Edição - [reimpressão] - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. DESCRITORES: Sistematização da Assistência de Enfermagem; Neonatologia; Enfermagem.

14626

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALINE TATSCH NEVES

O TÉTANO NEONATAL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: UMA REVISÃO NARRATIVA

Neves, AT; Fossá, CP; Machado, BP; Neves, ET; Weiss, PSC;

O TÉTANO NEONATAL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: UMA REVISÃO NARRATIVA Neves, Aline Tatsch , Fossá Carine Perreira , Machado Bruna Parnov , Neves Eliane Tatsch , Weiss Paola Souza Castro Introdução: O tétano neonatal apresenta-se como um sério problema de saúde pública na maioria dos países subdesenvolvidos, sendo a doença nos países das Américas, responsável pela metade das mortes neonatais e por 25% da mortalidade infantil (1). Em muitos casos a ocorrência da doença está relacionada com as condições socioeconômicas, pois as maiores incidências são encontradas nas camadas pobres da população que não tem acesso aos serviços obstétricos e pré-natais e ainda entre as crianças nascidas de partos domiciliares realizados por parteiras (1). Depois da erradicação da varíola, da poliomielite, do controle do sarampo e de outras doenças imunopreveníveis é uma contradição que em pleno século XXI, ainda nos deparamos com a ocorrência de tétano neonatal no Brasil. A cobertura vacinal contra o tétano neonatal nem sempre consegue atingir todas as gestantes e mulheres na idade fértil, seja por ineficácia dos serviços, seja por descaso das pessoas que privilegiam as crianças esquecendo-se de si mesmas. No Brasil, embora se observe uma tendência ao declínio da taxa de incidência a partir de 1983, ainda é necessário implementar e intensificar as ações de controle preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pois essas taxas ainda são preocupantes, em decorrência da alta letalidade da doença, que se situa entre 50% a 80% (1). Supõe-se também que a subnotificação de casos, tanto por parte dos profissionais ligados formalmente ao sistema de saúde, como por parte de parteiras leigas e curiosas e a notificação de óbitos, ocultados em cemitérios clandestinos, estejam mascarando a real magnitude do problema. Considera-se que os fatores de risco para a doença estão associados aos aspectos econômicos, sociais e culturais, às características dos serviços de saúde, acessíveis ou não aos indivíduos e que, de alguma forma, condicionaram o risco de doença, incapacidade e morte, assim como suas possibilidades de recuperação. Esses elementos devem ser levados em consideração ao se propor e adotar medidas de controle e prevenção como estratégias de Saúde Pública. A morte infantil representa um evento indesejável para a saúde pública, pois são mortes precoces e em sua maioria evitáveis. A informação sobre a doença e suas formas de prevenção e controle é um dos aspectos importantes a serem tratados pela enfermagem na consulta do pré-natal, fazendo referencia a importância da vacina. Objetivo: analisar as produções científicas nacionais sobre o tétano neonatal. São de suma importância para a enfermagem à aprendizagem e o aprimoramento do conhecimento sobre o Tétano Neonatal, infecção que pode levar a óbito o recém-nascido. Materiais e Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica do tipo narrativa, na base de dados BDENF (Base de Dados em Enfermagem), com a palavra-chave tétano. Tendo como critérios de inclusão todos os artigos publicados em base de dados nacionais com o trabalho completo disponível gratuitamente online e na língua portuguesa, sem recorte de tempo. Os artigos internacionais ou com o resumo incompleto, teses e dissertações foram excluídos da pesquisa. A pesquisa foi realizada no período de maio a junho de 2013, foram encontrados 04 artigos na base de dados, um foi excluído devido aos critérios de inclusão e exclusão. Restando assim 03 artigos para serem trabalhados. Após a leitura criteriosa de todos os resumos, os dados foram organizados em um quadro analítico sinóptico foi realizada a organização dos dados coletados, dos quais foram extraídas as informações referentes ao objeto de estudo. Resultados e Discussão: Os artigos selecionados são todos dos anos 2000, 75% da região de Minas Gerais e 25% do Rio de Janeiro. E ainda 100% dos artigos têm por objetivo tratar da relação dos cuidados prestados ao recém-

nascido e o surgimento da doença do tétano neonatal. No artigo A1 foi feita uma descrição analítica dos cuidados com o cordão umbilical dos recém-nascidos, nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro do século XIX, a retórica era prática no discurso acadêmico embasado em referências nacionais e internacionais. Ante o esclarecimento da tríade - prova, evidência e verdade -, o estudo microanalisou a cultura no domínio da arte sobre a vida, na perspectiva do olhar intelectual dos acadêmicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro sobre o cuidado com o cordão umbilical do recém-nascido. Ressalta-se que o século XIX constituiu-se em um período de arrancada do movimento de proteção materno-infantil, com o início do atendimento médico, movido por sentimentos filantrópicos, que visava à assistência social para os lactentes (2). Os médicos ainda discursavam a favor da criação de maternidades e colocavam em dúvida o atendimento das parteiras (3). Depreende-se disto que a prática da parteira passou a ser vista como antítese do bom cuidado. Destaca-se que as ciências médicas dessa época compreendiam a higiene no sentido dos preceitos e regras para aquisição e conservação da saúde, direcionada a evitar as coisas nocivas e a fazer bom uso das coisas úteis, que visavam atingir, em especial, as mulheres e crianças (4). Nos artigos A2 e A3 fazem recorte de uma pesquisa realizada no interior de Minas Gerais, com mães que perderam bebes com o tétano neonatal, de modo geral, as entrevistadas falaram a respeito de práticas populares bastante sedimentadas, relacionadas a cuidados para si e para os recém-nascidos, principalmente durante os primeiros sete dias, período que geralmente coincide com a queda do cordão umbilical, no sentido de evitar que a criança adoeça ou que a mãe possa provocar-lhe algum mal (5). Conclusão: Ficou evidente que as publicações nessa área são muito escassas, visto que essa doença ainda acomete muitas crianças principalmente no interior do Brasil. É necessário que esse assunto seja amplamente divulgado nas consultas de pré-natal salientando-se o cuidado e a necessidade de se realizar a vacina contra o tétano nas gestantes e os cuidados com o umbigo dos neonatos nos primeiros sete dias. Acredito que os achados desse estudo contribuem para a orientação de novos e atuais estudos sobre a doença do tétano neonatal e suas implicações no cotidiano das mães e cuidadoras. Descritores: Tétano. Enfermagem. Recém-nascido. Pré-natal. Eixo I: Cuidado à Saúde do Recém nascido. REFERÊNCIAS 1. Ginzburg C. Relações de força: história retórica, prova. São Paulo. Companhia das Letras; 2002. 2. Schochi CGB, Costa IAR, Yamanaka NMA. Evolução da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. Acta Paul Enferm. 1996; 9:91-101. 3. Seibert SL, Barbosa JLS, Santos JM, Vargens OMC. Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história. Rev enferm UERJ. 2005; 13:245-51. 4. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal; 1999. 5. Budo MLD, Saupe R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005 Abr-Jun;14(2):177-85.

14175

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

AMANDA CONRADO

IMPORTÂNCIA DO VINCULO ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO NAS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA

Conrado, AC; Brill, NGLB; Bittencourt, MOB; Aita, BAA; Oliveira, MPO;

INTRODUÇÃO: A humanização do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde é uma das metas do Ministério da Saúde. O Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) estabeleceu os princípios da atenção a ser prestada nos diferentes níveis de atenção à saúde pública e garantir à mulher o direito de dar à luz recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade1. O toque é a forma mais básica de estabelecer uma relação humana, pois constitui um meio de transmissão de várias necessidades básicas, como segurança e afeto. A prática humanizadora inclui várias atitudes, entre elas promover o contato físico entre o recém-nascido e mãe logo após o nascimento, ainda em sala de parto. O parto é um momento especial para a mulher, e os profissionais de saúde devem atuar como facilitadores desse processo oferecendo apoio à mulher e sua família, contribuindo para que o vínculo mãe-filho seja fortalecido o mais precoce possível. É no momento do parto que a ansiedade aumenta, pois esta chegando a hora de mãe e filho se conhecerem após uma longa espera, vislumbrando o primeiro olhar, o primeiro toque. Esse momento inicial é uma fase sensível, é um período que se repercute na capacidade de amar do ser humano formadora de vínculo o mais precocemente possível, oportunizando a mãe se sentir sensibilizada pelo filho. O contato precoce pele-apele é uma forma prática, simples e mágica, que permite vivenciar um momento que jamais se repetirá e traduz a essência do amor verdadeiro entre mãe e bebé. A mãe vivencia as sensações do processo de gestar e parturição de maneira única e particular, marcado por uma imensa alteração de sentimentos e mudanças. Com a transição para o meio extrauterino, o recém-nascido sofre uma adaptação gradual e, com o estabelecimento do vínculo mãe-bebé, tudo se torna mais agradável. A primeira hora de vida de um recém-nascido (RN) é assinalado como um curto período que chamamos de inatividade alerta que dura aproximadamente quarenta minutos2. Este momento traz consequências a longo prazo, no que pertence à futura capacidade para amar do ser humano e este é um motivo pelo qual o contato precoce pele-a-pele entre mãe e bebé deve ser valorizado. Assim, os profissionais de saúde são desafiados a atuar de forma sensível, harmônica e integrada compreendendo toda singularidade e delicadeza do momento. É importante que suas ações estejam em conformidade com a proposta da humanização da assistência, sendo, facilitadores da aproximação entre mãe e filho. OBJETIVO: Refletir sobre a importância do vínculo entre a mãe e o recém-nascido nas primeiras horas de vida. METODOLOGIA: Estudo reflexivo, desenvolvido durante as atividades teórico-práticas das disciplinas de Enfermagem em Saúde Materna e Infanto-Juvenil, do 5° semestre do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, no período de março a julho de 2013, na cidade de Santa Maria - RS. As discussões foram pautadas em referenciais bibliográficos relativos ao objeto de estudo no cenário nacional. Além disso, foram selecionados artigos completos, disponíveis em suporte eletrônico, no idioma português. A busca ocorreu nas bases de dados online LILACS e SCIELO, ao mesmo tempo em que foram realizadas leituras em livros e teses, para um maior aprofundamento da temática. RESULTADOS: O período sensível no RN está presente na primeira hora após o nascimento por um período de 45 a 60 minutos, no qual enxerga e orienta a cabeça na direção das vozes das pessoas. A relação da mãe com seu bebê vai se constituindo ao longo da gestação, e é influenciada por suas expectativas. Assim, os minutos iniciais de vida extrauterina são ideais para o RN estabelecer contato com os pais3. É importante lembrar a importância de se proporcionar o contato físico entre ambos, a sucção precoce que contribuem para o estabelecimento ou continuidade do vínculo e estimulam o aleitamento. Do mesmo modo, que a

temperatura corporal da mãe protege, naturalmente, o bebé do frio, pelo que o contato pele-a-pele ajuda o recém-nascido a manter-se mais quente do que aquele que vai diretamente para o berço, ainda que seja berço aquecido4. O fato de poder desfrutar imediatamente após o parto do contato com o RN, faz com que as mães se sintam plenas e realizadas, em condições de proporcionar amor e aconchego. O contato epidérmico entre mãe e RN é muito importante, pois é por meio dele que o concepto começa a se integrar com o mundo e se preparar para experiências até então desconhecidas5. E o enfermeiro é um dos profissionais da saúde, responsável pelo acolhimento e estímulo para que o contato aconteça de forma tranquila para mãe e filho. CONCLUSÃO: A assistência à mulher e ao RN no momento do parto assume um significado especial, sendo percebida de maneira positiva quando são assistidas no modelo humanista, ocasião em que se favorece a aproximação precoce entre a mãe e RN, proporcionando um bem-estar físico e psicológico ao bebê. A tudo isto, acrescentamos o fato de contribuir significativamente para o estabelecimento do vínculo, a mãe vivencia as sensações do processo de gestar e parir de maneira única e particular. Cabe ao enfermeiro, uma atuação sensível, harmônica e integrada compreendendo toda singularidade que o momento comporta. É importante que suas ações estejam em conformidade com a proposta da humanização da assistência, sendo facilitadores para o contato precoce entre a mãe e o RN. DESCRITORES: Enfermagem; parto humanizado; relações mãe-filho. REFERÊNCIAS: 1. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001. 2. Zveiter M. Contribuições ao documento da Organização Mundial de Saúde (1986): cuidados essenciais ao recém-nascido - comentário sobre as implicações psíquicas [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2003. 3. Lacava RMVB, Goldman RE, Vieira ES. Cuidados imediatos ao recém-nascido In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV, organizadoras. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002. p. 231-41. 4. LAMAZE International - Instituto Lamaze - para o parto normal (2003). [Consult. 13 Maio. 2013]. Disponível na Internet: «URL:http://www.lamaze.org». 5. Davis-Floyd R. The tecnocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Int J Gynecol Obstet. 2001;75 Suppl 1: S5-23.

13888

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

AMANDA SANTOS FERNANDES COELHO

PREVALÊNCIA DE RECÉM-NASCIDOS/NATIMORTOS COM DESVIO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO, SEGUNDO O MÉTODO DE COMPRIMENTO HÁLUX-CALCÂNEO E SUA RELAÇÃO COM A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.

Coelho, ASFC; Rocha, ELR; Salge, AKMS; Guimarães, JVG; Siqueira, KMS;

Introdução A idade gestacional (IG) e peso do recém-nascido (RN) são descritos na literatura como imprescindíveis para avaliar o padrão de crescimento e desenvolvimento intrauterino, predizer as dificuldades de adaptação, doenças no período neonatal e até estimar o risco de morte (1). Os métodos de avaliação, pré-natais e pós-natais, disponíveis tem precisão diminuída na estimativa da IG e peso de RN com alterações do crescimento. Medidas usualmente utilizadas, como a circunferência craniana e abdominal ou outras mais recentes e que dispõe de recursos tecnológicos mais sensíveis, como o comprimento do fêmur e o diâmetro transverso do cerebelo, não são capazes de distinguir de forma confiável fetos com crescimento normal daqueles com crescimento restrito ou macrossômicos (2). O comprimento hálux-calcâneo (CHC), utilizado na avaliação da IG e peso de RN normais existe há quase um século e tem sido considerado como um método positivo na avaliação destes RN. Entretanto, ainda são escassos e inconsistentes os resultados dos estudos que buscaram esclarecer a relação dos dados mensurados pelo método CHC em grupos de RN com desvio de crescimento intrauterino (DCIU) (3). Nessa perspectiva, a presente investigação justifica-se por proporcionar conhecimento da importância do método do CHC para o diagnóstico precoce dos DCIU e subsidiar a sistematização e reorientação da assistência segura ao binômio. Dessa forma, estimar a prevalência de RN com DCIU, diagnosticados por meio do presente método, alavancará passos importantes em direção à cultura de segurança do paciente aliada aos princípios da bioética e da qualidade da assistência à gestante de alto risco. Objetivo Estimar a prevalência de recém-nascidos/natimortos com desvio de crescimento intrauterino, segundo o método de comprimento hálux-calcâneo e sua relação com a gestação de alto risco. Metodologia Trata-se de um estudo descritivo transversal ocorrido entre o período de abril de 2011 a maio de 2012. A amostra foi constituída por 129 recém-nascidos, desses, 88 recém-nascidos de mulheres com gestação de alto risco e 41 recém-nascidos de mulheres sem gestação de alto risco. A coleta dos dados ocorreu em duas etapas distintas: revisão do prontuário médico das mulheres com e sem gestação de alto risco e do prontuário dos respectivos recém-nascidos, entrevista com essas mulheres. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o número de protocolo 101/2008 e seguiu as recomendações da Resolução 196/96 (Brasil, 1996). Para a análise estatística foi elaborada uma planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel® 2007. As informações foram analisadas através do programa eletrônico SigmaStat ® versão 3.5. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente através de distribuição de frequências, médias e desvio padrão. As proporções foram comparadas pelo teste do ?2, acompanhado do teste exato de Fisher ou teste de correção de Yates. Consideramos estatisticamente significantes as diferenças em que p for menor que 5% (p

14568

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA CAROLINA GOMES VEIROS FERREIRA

USO DA ESCALA NEONATAL INFANT PAIN SCALE PARA AVALIAÇÃO DA DOR COMO O QUINTO SINAL VITAL POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DESCRITIVO

Ferreira, ACGV; Araujo, MC; Querido, DL;

Problema do estudo: Quais dificuldades e condutas apresentadas pelos profissionais de enfermagem na utilização da escala NIPS de avaliação da dor neonatal?Objetivos: Identificar as dificuldades dos profissionais de enfermagem na aplicação da escala NIPS para avaliação da dor como quinto sinal vital em uma unidade de terapia intensiva neonatal e descrever as medidas de alívio da dor utilizadas pelos profissionais de enfermagem a partir da observação de um escore positivo durante a utilização da escala NIPS . Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. O estudo está sendo realizado em uma maternidade estadual do Rio de Janeiro. A população pesquisada são os profissionais de enfermagem da UTI neonatal. A coleta de dados esta sendo realizada através de um instrumento auto aplicado, semiestruturado, não identificado. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Instituição nos termos da Resolução 466/2012, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo entregue aos profissionais. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital número CAAE 11288212.5.0000.5259. Resultados: Dos 84 profissionais que atuam na unidade até o momento 18 questionários já foram coletados. Apenas 1 pessoa relatou não conseguir avaliar se o recém nascido sente dor, porém 9 afirmaram terem dificuldade em observar os parâmetros utilizados pela escala. O procedimento considerado mais doloroso foi à punção venosa, seguido de introdução de cateter venoso central de inserção periférica (PICC). Todos os profissionais relataram intervir quando observaram um escore positivo para a dor. Conclusão: Até o presente momento podemos perceber que os profissionais conseguem identificar quando um neonato apresenta sinais de dor, e intervir para o seu alivio. REFERENCIAS 1. Carbajal R et al. Epidemiology and Treatment of Painful Procedures in Neonates in Intensive Care Units. JAMA. 2008 July 2, [Cited 2013 Aug 22]; 300 (1). Available from: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=182152

13934

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA CELI SILVA TORRES NASCIMENTO

PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE DE RECÉM-NASCIDOS COM MUITO BAIXO PESO AO NASCER

Nascimento, ACST; Santos, BB; Camargo, CL; Miranda, JOF; Barros, MAG; Santos, RMC;

INTRODUÇÃO: O baixo peso ao nascer pode ser considerado um importante fator de risco para o crescimento e desenvolvimento infantil, e, portanto, um problema de saúde pública. O nascimento com peso inferior a 1500g constitui um fator de risco para a ocorrência de agravos. Recém-nascidos com muito baixo peso (RNMBP) podem apresentar: asfixia perinatal, dificuldades respiratórias, hemorragia intra/periventricular, infecções, enterocolite necrosante, anemia da prematuridade, resistência do canal arterial, entre outras. O tempo de hospitalização é prolongado e geralmente os recém-nascidos evoluem com complicações, como displasia broncopulmonar, retinopatia da prematuridade, distúrbios do crescimento e sequelas neurológicas. Essas condições os deixam mais vulneráveis ao óbito (CARVALHO; BRITO; MATSUO, 2007).OBJETIVO: O objetivo desse trabalho foi conhecer e descrever os principais agravos associados ao nascimento de recém-nascidos com muito baixo peso. METODOLOGIA: Foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados daBiblioteca Virtual em Saúde, utilizando os seguintes descritores em saúde: Recém-nascido deBaixo Peso,Recém-Nascido de Peso Extremamente Baixo ao Nascer e Complicações. O período incluído foi de 20 anos (1993 a 2013).As produçõesescolhidas foram selecionadas pela língua portuguesa, tema de interesse e exclusão de coincidentes. RESULTADOS:A asfixia é prevalente em neonatos que têm baixo peso em relação ao comprimento. Pelo fato destes não desfrutarem de um suporte placentário adequado ao fim da estada intrauterina, ficam privados do fornecimento usual da glicose pela mãe, têm escassas reservas de carboidratos e, muitas vezes, são oxigenados marginalmente. Isso é frequentemente refletido pelos baixos índices de Apgar. O recém-nascido que não recebeu adequado apoio placentário para crescer normalmente nas últimas semanas de gestação, tem pouca probabilidade de tolerar bem o parto quando o fluxo sanguíneo placentário e a liberação de oxigênio são ainda mais reduzidos secundariamente às contrações uterinas (KLAUS; FANAROFF, 1995). Outra morbidade presente é a doença da membrana hialina (DMH) ou síndrome de desconforto respiratório (SDR) que constitui uma patologia frequente e fundamentalmente relacionada à deficiência primária de surfactante. De todos os problemas respiratórios que afetam o RN, ela constitui um dos mais graves e frequentes, sendo uma das causas mais importantes de morbimortalidade durante a primeira semana de vida. À medida que diminui a idade gestacional do nascimento, aumentam sua incidência e gravidade. Os recém-nascidos de muito baixo peso podem apresentar ainda a hemorragia peri-intraventricular (HPIV) que constitui uma das principais responsáveis por lesões neurológicas em recém-nascidos pré-termo (RNPT), principalmente naqueles de muito baixo peso. Outra grande preocupação é o risco de infecção que se apresenta inversamente proporcional à idade gestacional (IG) e ao peso de nascimento. Muitas são as causas que justificam a alta incidência de sepse, entre elas a imaturidade do sistema imune, a hospitalização prolongada e o uso de procedimentos invasivos, como ventilação e acesso venoso, para suporte do paciente na unidade de terapia intensiva. Além disso, esse fato pode estar relacionado às condições do ambiente hospitalar as quais o neonato está exposto, associando-se diretamente com a qualidade do serviço hospitalar prestado, o que inclui a proporção adequada de profissionais de saúde em relação ao número de recém-nascidos internados, lavagem adequada das mãos, assepsia de material, área física e número de leitos (BOIÇA; BICUDO, 2005). Os recém-nascidos de muito baixo peso também podem apresentar a enterocolite necrosante, doença muito grave que acomete principalmente os recém-nascidos pré-termo e de muito baixo peso ou os recém-nascidos de termo com patologias graves, como por exemplo, uma cardiopatia complexa.

A enterocolite necrosante é decorrente de uma insuficiência da circulação sanguínea do intestino com sofrimento deste órgão, consequentemente a parede do intestino fica muito fina rompendo por vezes em um ou vários locais, havendo um derrame do conteúdo intestinal na cavidade abdominal que provoca uma peritonite, passando as bactérias através da parede fina do intestino para a circulação sanguínea e levando a uma infecção sistêmica muito grave. Por vezes, parte do intestino fica necrosado e deve ser retirado. A displasia broncopulmonar, por sua vez, é a doença pulmonar crônica mais frequente em recém-nascidos prematuros. Quanto menor o peso de nascimento e a idade gestacional, maior será sua incidência. A imaturidade pulmonar, portanto, é um dos fatores mais importantes na etiopatogenia da doença (CUNHA; FILHO; RIBEIRO, 2003). A retinopatia da prematuridade também presente em recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer, caracteriza-se pela proliferação anormal dos vasos sanguíneos da retina em desenvolvimento, na junção entre a retina vascular e avascular, relacionada com múltiplos fatores como o oxigênio, prematuridade e o baixo peso ao nascimento, podendo levar a cegueira ou a graves sequelas visuais. Sua incidência aumentou significativamente devido a crescente capacidade de manter a sobrevida de recém-nascidos cada vez menores e com menor idade gestacional. Os recém-nascidos de muito baixo peso são particularmente predispostos a desenvolver anemia durante os primeiros meses de vida. A menor taxa de hemoglobina ao nascimento, a deficiência de fatores hormonais que estimulam a eritropoiese, a produção inadequada de fatores nutricionais e a espoliação sanguínea a que são submetidos esses recém-nascidos durante a internação em Unidades de Terapias Intensivas são fatores que contribuem para a ocorrência desse agravo. A persistência do canal arterial é outra patologia que ocorre frequentemente em recém-nascidos prematuros, sendo sua repercussão hemodinâmica significativa inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso de nascimento (COSTA; MARBA, 2004). CONCLUSÕES: São muitos os agravos associadosao nascimento de recém-nascidoscom muito baixo peso, ou seja, peso ao nascer menor que 1.500 g. Entre os aqui descritos,destacam-se a asfixia perinatal, as dificuldades respiratórias e as infecções.Todos estes e demais agravos, muitas vezes, podem conduzir a complicações que resultamem óbito ou determinammaus prognósticos e sequelas que comprometemas condições de sobrevida satisfatórias para um adequado crescimento e desenvolvimento infantil. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O presente trabalho torna-se relevante e apresenta contribuições para a enfermagem a partir do momento em que descreve uma revisãobibliográficados possíveis e principais agravos à saúdedos recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer, possibilitando o conhecimento e reconhecimento dos mesmos por parte dos profissionais de enfermagem, oferecendo-lhes instrumentos e oportunidade de aprimorar o cuidado prestado a estas crianças, além de estimular a leitura científica e novas investigações na área da saúde neonatal. Descritores:Recém-nascido de Baixo Peso, Recém-Nascido de Peso Extremamente Baixo ao Nascer e Complicações. REFERÊNCIAS: Boiça CM, Bicudo JN. Infecção, prematuridade, baixo peso e uso de antibiótico em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Médica Ana Costa. 2005 Fev; 10(1). Carvalho ABR, Brito ASJ, MATSUO T. Assistência à saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso. Rev. Saúde Pública. 2007 Dez; 41(6):1003-12. Costa HPF, Marba ST. O recém-nascido de muito baixo peso. São Paulo: Atheneu; 2004. Cunha GS, Filho FM, Ribeiro JD. Fatores maternos e neonatais na incidência de displasia broncopulmonar em recém-nascidos de muito baixo peso. Jornal de Pediatria. 2003; 79(6):550-6. Klaus MH, FANAROFF AA. Alto Risco em Neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

13966

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA CLAUDIA ANDRADE CORDEIRO

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO DA AMAMENTAÇÃO DE UM RECÉM-NASCIDO COM GASTROSQUISE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cordeiro, ACA; Coelho, ASF; Silva, MAMC;

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO DA AMAMENTAÇÃO DE UM RECÉM-NASCIDO COM GASTROSQUISE: RELATO DE EXPERIÊNCIA INTRODUÇÃO A gastrosquise é um defeito congênito na parede abdominal anterior que permite a herniação das vísceras abdominais, geralmente, à direita do cordão umbilical. As alças intestinais e outros órgãos abdominais podem protruir através desta abertura. Não existe membrana recobrindo as vísceras. Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (1). Como a gastrosquise é uma malformação grave e com riscos de sérias complicações gastrintestinais, como a enterocolite necrosante, o leite materno é o alimento mais indicado para essas crianças. Porém, esses bebês iniciam a amamentação tardiamente, pois ao nascer permanecem hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva e continuam afastados de suas mães, situação que interfere na produção de leite das mesmas e consequentemente afeta a amamentação. Ao considerar a vulnerabilidade a qual estão expostos os recém-nascidos afetados pela gastrosquise, o uso do leite humano e, principalmente, o ato de serem amamentados pode determinar uma evolução muito favorável a essa situação. Cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família. A partir do conhecimento da situação de vulnerabilidade a que está exposto o binômio mãe-filho, faz-se necessário o conhecimento acerca das principais intervenções de enfermagem que poderão ser realizadas com vistas a minimizar os agravos que porventura possam ocorrer (2,3). OBJETIVO Relatar a experiência de cuidado no âmbito hospitalar de um recém-nascido com gastrosquise, no período da amamentação. DESENVOLVIMENTO Trata-se de um recém-nascido (RN) a termo (38s2d), 20 dias de internação na unidade de terapia intensiva neonatal, nasceu de parto cesáreo, proveniente da cidade de Rio Verde, com diagnostico de gastrosquise, AIG, do sexo masculino, estatura de 46 cm, com peso de nascimento 2585g, Apgar 3 e 7 no 1º e 5º minuto respectivamente, apresentou insuficiência respiratória aguda, síndrome de aspiração de mecônio e sepse, pós-operatório tardio de correção cirúrgica de gastrosquise, pois nasceu com alça de intestino delgado exteriorizada. Durante toda permanência na unidade neonatal foi realizado balanço hídrico, monitorização contínua, manuseio mínimo, delicado, mudança de decúbito quando necessário e controle de exames laboratoriais. Fez uso de antibioticoterapia, drogas vasoativas e sedoanalgesia. Nos primeiros dias mantinha dieta zero, SOG aberta e produtiva com débito bilioso e recebendo nutrição parenteral total mediante cateter venoso central, porem evoluiu bem com introdução de dieta enteral com leite materno vindo do banco de leite e formula infantil. A estimulação ao aleitamento materno ocorreu tão logo o RN apresentou sinais de estabilidade. À medida que o RN mantinha-se alerta, ativo e reativo, com reflexos orais presentes e coordenados, foi iniciado aleitamento materno (após verificação de sorologias negativas da mãe), mas sugava pouco, realizava pausas longas e teve dificuldade na sustentação da pega. A mãe era orientada para o aleitamento materno (ALM), porem apresentava dificuldade em posturar o RN, apresentava mamas volumosas e mamilos semiplanos. Foram realizadas algumas intervenções, tais como, orientações à mãe sobre o posicionamento e pega correta, postura corporal adequada, massagem na mama quando

houvesse ingurgitamento, ordenha manual, uso de bicos de mamadeira e chupetas. Conforme se ia trabalhando o ALM durante as dietas o RN apresentava melhor sustentação da pega, realizava movimento ritmado e coordenado e largando espontaneamente o seio materno ao final da mamada, ademais também havia complemento com formula infantil mediante uso de chuca, devido o fato de manter ganho ponderal adequado. Neste processo, a presença dos pais foi fundamental, sendo esclarecidas dúvidas e realizadas orientações quanto ao quadro clínico, prognóstico do RN e cuidados pós-alta. CONCLUSÃO O cuidar abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, o cuidado representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. O fato da mãe ficar inicialmente separada do seu filholeva a uma série de sentimentos, dúvidas, incertezas, inseguranças em relação aoscuidados com o filho, principalmente quanto à amamentação, que pode serpromovida pelo acompanhamento sistemático dessas mães, ouvindo suas queixas,angústias, dúvidas e dando orientações e apoio para que consigam manter a produção de leite até que seus bebês iniciem de fato a amamentação. Sendo o leite materno o alimento ideal para o estabelecimento da função gastrintestinal dessas crianças é importante que a assistência às mães desses bebês se estenda aos planos de cuidados de enfermagem, já que é ela quem proverá este alimento. Portanto, o enfermeiro deve estar consciente e disponível para atuar diretamente com as mães, observando a mamada e a pega, prevenindo futuras complicações. Pois o enfermeiro é o profissional que comprovadamente está mais habilitado e capacitado para desfazer os mitos e tratar as complicações, prevenção é uma das filosofias básicas da enfermagem. O enfermeiro deveria assumir o seu papel de educador, orientador e incentivador das práticas corretas de aleitamento materno e, também, garantir a assistência multidisciplinar à mulher e à criança. Como o enfermeiro permanece 24 horas na unidade, assiste diretamente ao binômio mãe e filho. É seu papel atuar na promoção do aleitamento materno, na prevenção de complicações, assim como, no tratamento destas. A sua assistência é decisiva para o início, manutenção e sucesso do aleitamento materno . Descritores: Gastrosquise; Aleitamento materno; Enfermagem REFERENCIAS 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2-Tannuri ACA. et. al. Evolution of critically ill patients with gastroschisis from three tertiary centers. CLINICS. 2011; 66 (1):17-20. 3- Souza, S. N. D. H.; Mello, D. F. Ayres, J. R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. Cad. Saúde Pública. 2013; 29 (6):1186-1194.

14069

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA CLAUDIA GARCIA VIEIRA

A TÉCNICA DO ?SHAKING? NO MANEJO DO INGURGITAMENTO MAMÁRIO.

Costa, AR; Gomes, PG; Wexel, WP; Silva, IS; Pereira, VR; Vieira, AC;

A TÉCNICA DO "SHAKING" NO MANEJO DO INGURGITAMENTO MAMÁRIO Introdução: Este relato descreve a utilização da técnica do "shaking", na estratégia de esvaziamento da mama ingurgitada em puérperas, para prevenir a mastite, aliviar a dor e o desconforto. Apesar de a amamentação ser um processo fisiológico natural, a mulher pode apresentar dificuldades, sentir-se pouco apoiada pela equipe de cuidados, levando ao desmame precoce. Neste sentido, o conhecimento e a sensibilidade do pessoal de saúde são fundamentais para a continuidade do processo de lactação. Ingurgitamento mamário: Ocorre quando há falha no mecanismo de auto regulação da fisiologia da lactação[1], resultando em congestão e aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema, tornando o leite mais viscoso ou "empedrado". O início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e sucção ineficaz do bebê favorece o ingurgitamento. Técnica do "Shaking": A técnica do "shaking"[2] parece ser uma ferramenta que auxilia no esvaziamento da mama em condições de ingurgitamento. Consiste em balançar, delicadamente, as mamas apoiadas sobre as mãos da puérpera ou de um profissional de saúde. Embora pouco conhecida e utilizada, e seus efeitos benéficos controversos, esta abordagem tem proporcionado bem estar para as puérperas assistidas, facilitado à ordenha manual e a pega do bebê. Durante atividades desenvolvidas em Projeto de Extensão: Promotores do Aleitamento Materno da Faculdade de Enfermagem/UFPel, os acadêmicos de enfermagem tem a possibilidade de aplicá-la, interagindo com as puérperas e estabelecendo uma relação de ajuda, com consequente empoderamento e autonomia dessas mulheres. Entendemos que o conhecimento é dinâmico e há necessidade de validar esta técnica, a fim de contribuir para o sucesso da lactação. REFERÊNCIAS 1. Giugliani E R J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J. Pediatr. Rio J. 2004; 80(5): 147-154. 2. Ordenha Manual: Instituto de Saúde São Paulo, Março de 2007. DESCRITORES: Ingurgitamento mamário, Shaking, Enfermagem

14068

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA CLAUDIA GARCIA VIEIRA

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO PROJETO PROMOTORES DO ALEITAMENTO MATERNO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Gomes, PG; Prestes, CC; Oliveira, KF; Costa, AR; Silva, IS; Vieira, AC;

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO PROJETO PROMOTORES DO ALEITAMENTO MATERNO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. INTRODUÇÃO: A amamentação é uma técnica milenar que constitui uma estratégia natural de proteção, afeto e nutrição para a criança1,2, fortalecendo o vínculo entre mãe e bebê. Através da amamentação temos a forma mais econômica e eficaz para a prevenção e redução da mortalidade infantil2. As taxas de aleitamento materno exclusivo no Brasil estão abaixo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde3, e o profissional da área da saúde é indispensável para a reversão desse quadro. Atualmente, as mulheres tornam-se mães com pouco ou nenhum conhecimento em levar adiante a amamentação4. O profissional de saúde precisa ser qualificado, ter um olhar atento e amplo, sabendo levar em consideração os aspectos emocionais e culturais da mulher, para que a mesma consiga obter um aleitamento materno bem sucedido2. São necessárias algumas habilidades para o aconselhamento em amamentação para ajudar essas mulheres nos primeiros momentos. Entre elas é preciso saber ouvir e aprender, utilizando de meios como utilizar a comunicação não verbal, prestar atenção, dedicar tempo, fazer perguntas abertas e demonstrar empatia. Também é necessário aumentar a confiança entre profissional e mãe e dar apoio à mesma, oferecendo ajuda prática, utilizando linguagens simples e elogiando quando necessário5. A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde recomendam o aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos de vida ou mais. Através de estudos científicos, está comprovada a superioridade do leite materno sobre os demais leites, pois o leite materno consegue evitar mortes infantis, diarréias, infecções respiratórias, diminui a chance de risco de alergias e obesidade, fornece melhor nutrição para a criança, contribui para o desenvolvimento cognitivo e melhora o desenvolvimento da cavidade bucal2. Além de trazer benefícios para a criança, o aleitamento materno contribui para a mulher na prevenção contra o câncer de mama, funciona como método contraceptivo para evitar uma nova gravidez, oferece menor custo financeiro e traz benefícios psicológicos favorecendo o vínculo afetivo entre mãe e filho2. OBJETIVO: Possibilitar a capacitação em consultoria de aleitamento aos acadêmicos participantes do projeto, auxiliando as puérperas nutrizes no manejo da lactação. METODOLOGIA: Este trabalho tem como propósito destacar aspectos relacionados ao projeto de extensão: Promotores do Aleitamento Materno, pertencente da Faculdade de Enfermagem/UFPel, com as ações extencionistas realizadas na Unidade de Pediatria do Hospital Escola e na Maternidade do Hospital Escola. As ações são desenvolvidas desde o primeiro semestre de 2013, com o apoio da sala de coleta onde as puérperas podem ordenhar o leite para seus respectivos bebês pré-termos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O QUE FAZEMOS PARA AJUDAR AS PUÉRPERAS: As atividades, realizadas de segunda à sábado, atendem às solicitações da equipe de saúde frente as dificuldades encontradas pelas mulheres no processo de lactação. Após o contato inicial, essa mulher vai para a sala de coleta, onde veste-se de forma adequada para coletar o material, através de avental estéril, máscara e touca de cabelo descartáveis. O aluno que a está acompanhando veste-se da mesma maneira, além de usar luvas de procedimento. Neste contato, segue-se o preceito de "aconselhamento" e realiza-se a escuta, tendo-se o cuidado para não constrangê-la e demonstra-se empatia. Nesta intervenção, o grupo dispõe de bonecas e mamas didáticas para orientá-las. São demonstradas técnicas que ajudam no manejo da ordenha, considerando a autonomia e o empoderamento

dessas mulheres. O leite coletado é acondicionado e mantido sob refrigeração por um período de doze horas. A mãe é incentivada a realizar a coleta pelo menos de quatro a seis vezes por dia. O projeto propicia aos acadêmicos de enfermagem conhecimento e habilidades no apoio à lactação. Além disso, estimula o trabalho em equipe e promove uma cultura de apoio à amamentação na instituição. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O trabalho permitiu uma revisão sobre o tema abordado e ressaltou a importância da atuação do enfermeiro na promoção do aleitamento materno. A proposta pretende instrumentalizar profissionais da área de saúde para encorajar e apoiar o aleitamento materno exclusivo tanto de recém nascidos a termo como de recém nascidos prematuros, considerando a vulnerabilidade e necessidade de redução da mortalidade infantil. Tem como objetivo empoderar e capacitar mulheres para o aleitamento materno, fortalecendo a formação do apego e vínculo afetivo, envolvendo a família, equipe e relações sociais de apoio. Entende-se que os benefícios do aleitamento materno asseguram o incremento da qualidade da relação criança e família com repercussões sobre a saúde mental de todos os envolvidos no contexto social. Acredita-se na contribuição desta proposta como estratégia de melhoria da condição de saúde na área materno-infantil no município de Pelotas e regiões, uma vez que o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas é referência para alto rico na área materno-infantil. A proposta do projeto visa além de educar mães e capacitar equipe de saúde, proporcionar aos alunos elementos essenciais para o desenvolvimento de pesquisa, dados relativos ao processo e serve como espaço para discussão envolvendo toda a equipe multidisciplinar. Trata-se de uma oportunidade na graduação para que os acadêmicos familiarizem-se e tornem-se capazes de lidar com as situações que envolvem a amamentação. Este processo é lento e gradual, proporcionando aquisição de habilidades e tomada de decisão, com foco no cuidado à puépera e seu recém nascido. REFERÊNCIAS: 1. Chaves R G, Lamounier J A, Cesar C C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2007, [acesso em 2013 mai 31]; 83(3):241-246. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000400009&lng=pt&nrm=iso 2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 3. Ministério da Saúde (Brasil). Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 4. Giugliani E R J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2004, [acesso em 2013 mai 31]; 80(5):147-154. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700006&lng=en&nrm=iso 5. Bueno L G S, Teruya K M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. Jornal de pediatria. Rio J. 2004, 80(5):126-130. DESCRITORES: Enfermagem, Aleitamento materno, Pediatria

14624

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA FLÁVIA BEZERRA

A COMUNICAÇÃO VISUAL NA UTILIZAÇÃO DO PICC NEONATAL

Bezerra, AF; Azevedo, IM; Alves, J; Gervásio, SMD;

INTRODUÇÃO: Os avanços tecnológicos vêm beneficiando os neonatos no que diz respeito a um acesso venoso seguro, o mais utilizado é o PICC (peripherally inserted central cateter). O enfermeiro desempenha um papel importante na terapia intravenosa, seu conhecimento é primordial para o êxito da assistência, os cuidados com o PICC implicam em uma avaliação continua, gerando a necessidade de construir protocolos para a sua inserção, manutenção, manuseio, pois são as muitas dificuldades na prática clinica como: falta de rotinas e uma educação continuada fidedigna à equipe de enfermagem. 1 Faz-se necessário ter conhecimento, destreza e habilidade da equipe de enfermagem, por meio desse, se reduz as ocorrências que comprometem a permanência do PICC e a descontinuidade da terapia intravenosa. Dentre as ações que podem ser utilizadas como estratégia para adequada manutenção e manuseio do PICC Neonatal entre a equipe de enfermagem temos a comunicação visual, esta faz parte da promoção do cuidar, ela é uma forma educativa de emitir informações tanto do enfermeiro para sua equipe, quantas informações internas da UTIN. OBJETIVO: Desenvolver um instrumento de comunicação visual para utilização do protocolo de manutenção e do manuseio do PICC neonatal. METODOLOGIA:. Para fundamentar teoricamente na elaboração do material de comunicação visual foi realizado a textualização e interpretação da revisão da literatura com publicações de artigos de autoria de profissionais da área de saúde e enfermagem, selecionadas na base de dados SCIELLO entre os anos 2001 à 2011. Foi desenvolvida uma placa informativa considerada um instrumento de comunicação visual denominada "MEU PICC". O material utilizado para confecção desta foi, o poliestileno cristal de um milímetro de espessura, de tamanho 15x20 centímetros. A fixação desta placa junto ao leito do neonato será por meio de uma ventosa de borracha, sendo esses materiais de fácil higienização. As informações contidas na placa orientam quanto ao o manuseio e a manutenção do PICC sintetizando as ações propostas para os profissionais de enfermagem. RESULTADO: As evidências teóricas e as recomendações da literatura foram agrupadas neste instrumento em três etapas: cuidados que devem ser prestados aos neonatos visando à redução do índice de infecções quanto à manutenção e manuseio do PICC; cuidados que devem ser evitados para redução de complicações e cuidados diários que devem ser seguidos rigorosamente para uma assistência de enfermagem de qualidade. DISCUSSÃO: A discussão do resultado obtido com a pesquisa será descrito por categorias: Categoria 1- Higienizar as mãos antes e depois do manuseio. A pele das mãos aloja principalmente duas populações de microrganismos: os pertencentes à microbiota residente e à microbiota transitória. A contaminação do PICC pode ocorrer por meio de invasão direta dos microorganismos existentes na pele e no local de penetração do cateter.2 Categoria 2- Utilizar luvas a cada procedimento. A utilização de luvas de procedimento auxilia na prevenção e na contaminação das mãos dos profissionais de saúde e ajudam a minimizar a propagação de patógenos. As infecções podem ser prevenidas por meio da utilização de técnicas asséptica durante a manipulação do PICC. Todos os dispositivos têm seus benefícios e suas complicações, o seu uso inadequado aumenta o índice de complicações. Categoria 3- Realizar desinfecção das conexões com álcool 70%. Outra forma de aquisição de microorganismos na ponta do cateter está relacionada à entrada dos mesmos no sistema pelas conexões do PICC.3 Categoria 4- Não utilização de seringas menores de 10 ml. O uso de seringas menores de 10 ml para infusão de fluidos gera complicações devido à pressão que o calibre da seringa possui, não suportada pelo cateter. Categoria 5- Evite infusão de hemoderivados. É recomendado a não infusão de hemoderivados pele risco

de hemólise e obstrução do PICC e ainda ressalta a não coleta de sangue pelo PICC por ser um cateter de fino calibre e fácil obstrução. Considera que quando houver a necessidade da coleta de sangue pelo cateter, realizar somente em cateter maiores de 3 fr. Categoria 6- Evite soluções em bolus- Não se deve utilizar de força manual na manipulação e/ou na infusão de fluidos em grande volume no PICC, para se evitar complicações como ruptura e deslocamento do cateteres. Categoria 7- Observação do sitio de inserção, extensão e curativo do cateter PICC. Cabe aos profissionais de enfermagem a vigilância continua para a detecção de alterações, uma vez que este permanece a maior parte do tempo prestando assistência ao neonato. Avaliação diária do sítio da inserção, do curativo e do membro em que foi inserido o PICC é de grande importância para identificar edema local e sistêmico, seguida de proporcionar um ambiente estéril, evita a danificação do cateter; previne a migração do cateter sinais de sujidade do curativo e sinal de infiltração.4 Categoria 8- Lavar o cateter. A manutenção da permeabilidade do cateter pode ser realizadas em intervalos estabelecidos por protocolos institucionais, e com isso descrevem que a lavagem rotineira do cateter evita a oclusão intralúmen ocorrida por trombos sanguinolentos ou pela formação de fibrina, decorrente da presença de sangue no cateter. Categoria 9- O atendimento de qualidade é um direito de todos a UTIN não é apenas um serviço com incorporação tecnológica. É um local de onde se tem ações humanizadas, pois trabalhamos com vidas indefesas que necessitam do nosso cuidado. Afirma que a humanização representa um conjunto de iniciativas onde se concilia a tecnologia disponível. 5 CONCLUSÃO: Acredita-se que é imprescindível a utilização de comunicação visual como um instrumento somatório para a utilização do PICC neonatal, aliado ao treinamento e capacitação dos profissionais que atuam na UTIN. As ações da enfermagem em neonatologia devem visar à humanização e a responsabilidade no cuidado, intervenções devem ser fundamentadas na avaliação de saúde do neonato. DECS: PICC Neonatal, Enfermeiro, Comunicação Visual REFERÊNCIAS 1-Rodrigues ZS, Chaves EMC, Cardoso MVLLML. Atuação do enfermeiro no cuidado com o Cateter Central de Inserção Periférica no recém-nascido. Rev Bras Enferm, 2006, 59(5): 626-9. 2-Jesus VC, Secoli SR. Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). Cienc Cuid Saude,2007,6(2):252-260. 3-Barbosa JP. A importância do enfermeiro no manuseio do picc na unidade de terapia intensiva neonatal. R. pesq.: cuid. Fundam, 2011,3(2):1827- 34. 4-Baggio MA, Bazzi FCSB, Bilibio CAC. Cateter central de inserção periférica: da utilização em UTI Neonatal e Pediátrica. Descrição Rev. Gaúcha Enferm,2010, 31(1): 70-76. 5-Rozemberg B, Silva APP, Vasconcelos-Silva PR. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos o ponto de vista dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002,18(6): 1685-94

14585

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA FLÁVIA BEZERRA

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA DOR EM NEONATOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RESPOSTAS FISIOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS

Bezerra, AFB; Batistela, G; Fornel, ACG; Gervásio, SMD;

INTRODUÇÃO A dor é caracterizada como sendo "uma experiência sensorial e emocional desagradável e complexa, associada à ocorrência de dano tecidual." 1 Considerada como o quinto sinal cardinal 2 a identificação e avaliação da dor pelos profissionais da área de saúde é tão importante quanto à obtenção de dados quanto aos demais sinais vitais. Até meados da década de oitenta considerava-se que os neonatos não sentiam dor, uma vez que, acreditava-se que o sistema nervoso central destes ainda era imaturo. Atualmente, sabe-se que as estruturas periféricas e centrais do sistema nervoso necessárias à percepção da dor estão presentes e funcionando desde o nascimento 3 No entanto, a dor durante o período neonatal é de difícil avaliação devida à incapacidade do neonato em verbalizar a sensação de dor e o desconforto gerado por esta. O neonato possui uma linguagem própria decodificada através das avaliações comportamentais e fisiológicas, cabendo ao profissional de saúde saber identificar, avaliar e aliviar a dor. Os recém-nascidos que necessitam de cuidados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal podem sofrer alterações em todo o seu sistema orgânico em consequência a um grande número de manuseios e procedimentos, muitas vezes agressivos e dolorosos. O cuidado com a manipulação de fatores estressantes no ambiente de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, não pode ser desconsiderado pela equipe de saúde uma vez que a criança, após seu nascimento, sofrerá uma série de transformações decisivas para seu crescimento e desenvolvimento 4 OBJETIVOS Discorrer sobre as respostas a estímulos dolorosos e os métodos de avaliação a neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva; METODOLOGIA Foram realizados buscas nos bancos de dados: LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library Online), MEDLINE, e no Catálogo de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem e Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem ABEN- CEPEN, Ministério da Saúde - Guia para profissionais de saúde a partir dos seguintes descritores: neonatos, dor, enfermagem, manejo da dor, recém-nascidos. A pesquisa abrangeu o período de 1988 a 2012, sendo os critérios de exclusão: textos não encontrados na íntegra, e/ou encontrados em banco de dados não confiáveis. RESULTADOS As escalas encontradas para avaliação da dor no neonato foram: Sistema de codificação Facial Neonatal (NFCS), Escala de Avaliação da Dor (NIPS), Perfil de dor no prematuro (PIPP), Neonatal Paint Assesment Scale (NPAS), Escore para Avaliação da dor no pós operatório do Recém nascido (CRIES), E´chellle de Dowleur ET d´inconfort Du Nouveau- NE(EDIN), Behavioral Indicators of. Infant Pain (BIP), Escala de COMFORT, DouleurAigue da Nouveau- né/ AcutiPaint in newborn (DAN), Escala Liverpool Infant Distress Scale Horgan (LIDS), Escala Bernese Pain Scale for Neonates (BPSN), Escala Pain Assessment in Neonates (PAT), Escala Nepcan Neonatal Intensice Care UnitPaint (NNICUPAT) e Escala ABC Pain Escale, sendo as escalas mais utilizadas nas Unidades de Terapia Intensiva: Sistema de codificação Facial Neonatal (NFCS), Escala de Avaliação da Dor (NIPS), Perfil de dor no prematuro (PIPP), Neonatal Paint Assesment Scale (NPAS) e Escore para Avaliação da dor no pós-operatório do Recém-nascido (CRIES). As reações a estímulos dolorosos mais mencionados, de acordo com alterações fisiológicas e comportamentais foram: Aumento da Frequência Cardíaca, Aumento da Pressão Arterial, Aumento da Frequência Respiratória, Diminuição da Saturação de Oxigênio e Aumento da Pressão Intracraniana, para as reações fisiológicas e Choro, Atividade Motora, Mímica Facial, Padrão de Sono e Vigília e Tônus Muscular para as reações comportamentais. Os sinais comuns encontrados nas

referidas escalas foram: Choro (seis escalas), Expressão facial contraída (sete escalas), Fronte Saliente (quatro escalas), Sulco Nasolabial Aprofundado (quatro escalas), Lábios entreabertos e franzidos (três escalas), Língua Tensa (quatro escalas), Tremo de queixo (três escalas), Irritabilidade (três escalas), DISCUSSÃO Os resultados descritos no presente estudo indicam que as reações comportamentais a estímulos dolorosos descritas com maior frequência, incluem o choro, atividade motora geral, a mímica facial, o padrão de sono e vigília e tônus muscular. No entanto, a validade destes parâmetros é conflitante entre os autores. 5 As atividades motoras em geral não podem ser validadas como um parâmetro de avaliação da dor, já que sofrem influencia de acordo com o grau de imobilização do recém-nascido, assim como, de doenças e drogas com ação no sistema nervoso central. Os estados comportamentais do recém-nascido em momentos que antecedem aos estímulos dolorosos afetam a intensidade da resposta. Recém-nascidos em sono profundo demonstram menos dor, mostrando que o estado de vigília e sono pode ser um fator que altera respostas comportamentais 5 Com relação às principais reações fisiológicas manifestadas por neonatos descritas no presente trabalho: aumento da frequência cardíaca, pressão arterial, aumento da frequência respiratória, diminuição da saturação de oxigênio e aumento da pressão intracraniana, estas reações, na prática clínica, são observadas antes ou após estímulos dolorosos decorrentes da ativação do nervoso autônomo em resposta a estímulos estressantes ou aversivos 5. Apesar destas controvérsias, os autores são unânimes em dizer que as reações comportamentais e fisiológicas devem ser sempre associadas às escalas de avaliação de dor, para que diante desse conhecimento possa se criar estratégias para o exercício da assistência qualificada no controle e manejo da dor. CONCLUSÃO A existência de um número considerável de escalas de avaliação da dor em recém-nascidos, não existindo um consenso em relação à utilização e aplicabilidade destas. No entanto, é imprescindível o treinamento dos profissionais da saúde, particularmente do enfermeiro, quanto à utilização destas escalas, permitindo ao mesmo, avaliar, prevenir e manejar adequadamente a dor em recém-nascidos. Uma vez, conhecendo-se as reações fisiológicas e comportamentais exibidas pelos neonatos frente a estímulos dolorosos e fazendo uso apropriado deste conhecimento, poder-se a realizar um trabalho humanizado no sentido de que a dor seja previamente identificada e minimizada. DECS: Dor neonatal, Respostas Fisiológicas e Comportamentais, Enfermeiro REFERÊNCIAS 01- GUINSBURG, R.; CUENCA, M. C. A linguagem da dor no recém-nascido. Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos. 2010, vol. 18, n. 2, p. 105-14. 02- MORAIS, F.F.; et al. Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, 2009, vol.2, n.2, p. 73-77. 03- CRESCÊNCIO, E. P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L. C. Avaliação e alívio da dor no recém- nascido. Rev. Eletr. Enferm. 2009, Vol. 11, n. 1, p. 64-9. Disponível em: HTTP://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm 04- FALCÃO, A.C. M. P.; et al. Abordagem Terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos: Uma breve revisão. Rev. Enfermagem Centro Oeste Mineiro, 2012, vol. 2, n. 1, p. 108-123. 05- MAGALHÃES, F. J.; et al. Respostas Fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. Rene, Fortaleza, 2011, vol. 12, n. 1, p. 136-43.

14084

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA PAULA DIAS FRANÇA GUARESCHI

SEGURANÇA DO RECÉM-NASCIDO: RISCO DE TROCA E/OU FURTO

Guareschi, APDF; Henrique, A; Silva, MCS; Pagano, MDE; Silva, S; Negretos, VS;

A segurança do recém-nascido (RN) na perspectiva da enfermagem é assistir o indivíduo, respeitando sua individualidade, integralidade e dignidade enquanto ser humano, protegendo-o contra eventos adversos como troca e/ou furto. Em cada 6.000 nascimentos, há a troca de um bebê no Brasil. Objetivos: Descrever os aspectos gerenciais necessários para a prevenção da troca e/ou furto do RN em maternidades, abordando tanto os recursos tecnológicos quanto as competências do enfermeiro para assegurar o cliente. Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura, realizada nas bases de dados LILACs , Medline e SciELO , dos últimos dez anos. Foram inicialmente obtidos 20 artigos, que após avaliação dos critérios de inclusão, as referências utilizadas nesta revisão foram constituídas por oito artigos científicos e duas dissertações. Revisão de Literatura: A Lei 8.069/90, do Estatuto da Criança e do adolescente, torna obrigatória a identificação dos recém-nascidos mediante a coleta de impressão plantar e digital e coleta da impressão da mãe. As metodologias para garantir a segurança do RN compreendem; a utilização da pulseira de identificação eletrônica ou de preenchimento manual, exame de DNA, pulseiras informatizadas com sensor de alerta, segurança por vídeo e por equipamentos de rádio frequência e, sistema de abraços e beijos. As atividades do enfermeiro na gestão cotidiana do hospital é gerar informações acerca do cuidado, solicitando contratação, desligamento e aumento de quadro, propiciando a educação permanente, participando da comissão de padronização de materiais, sinalizando inadequações e desenvolver planos de ação para melhoria da segurança do cliente. Conclusão: É de extrema importância à identificação tanto do bebê quanto da mãe, há metodologias de alto custo e tecnologia de ponta. Cabe ao enfermeiro, o planejamento, distribuição e controle dos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Descritores:Segurança; Enfermagem Pediátrica;Criança Hospitalizada

14591

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA PAULA KRIEGER RIQUELME

PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE AS MANIFESTAÇÕES DE ESTRESSE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Riquelme, APK; Mendes, ENW;

Durante os estágios acadêmicos envolvendo o cuidado ao recém-nascido no Centro Obstétrico e as atividades desenvolvidas como bolsista de extensão na Unidade de Internação Neonatal, ambos pertencentes ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), foi possível observar que o recém-nascido pré-termo (RNPT) está constantemente recebendo assistência da equipe, e que há inúmeros procedimentos, ruídos, luzes e aparelhos de monitoração que, obviamente, são necessários, mas também podem levá-lo ao estresse. Esse fato é preocupante, pois, no Brasil, cerca de 70% das mortes no primeiro ano de vida ocorrem no período neonatal1. A prematuridade, principalmente nos recém-nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional, é a principal causa de óbito neonatal2. Esses recém-nascidos necessitam de inúmeros cuidados que são realizados, exclusivamente, em unidades de tratamento intensivo neonatal. Os procedimentos, intensos e invasivos, os levam a terem um alto risco para lesões em diferentes órgãos; entre elas, as mais devastadoras são a doença crônica pulmonar ou displasia broncopulmonar, a hemorragia intraventricular, a retinopatia da prematuridade e a enterocolite necrotizante3. O fato da equipe de enfermagem ser presença constante na assistência ao RNPT faz com que o enfermeiro seja um profissional atento para o reconhecimento de sinais de estresse no prematuro. Por isso, é de suma importância que esses profissionais tenham conhecimento das características que o RNPT apresenta quando está estressado e dos cuidados que devem ser executados com vistas à reorganização comportamental. A realização do presente estudo buscou responder a seguinte questão norteadora: "Qual a percepção dos enfermeiros da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal quanto ao estresse e suas manifestações no recém-nascido prematuro?" e teve como objetivo: conhecer a percepção de enfermeiros da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal sobre o estresse e suas manifestações no RNPT. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório descritivo realizado na Unidade de Internação Neonatal (UIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada na cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. A UIN é constituída de oito enfermarias, quatro delas denominadas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e cada uma das outras quatro chamadas de Cuidado Intermediário. A área de terapia intensiva, foco deste estudo, possui 20 leitos. A UIN possui 44 enfermeiros, dos quais, um deles ocupa o cargo de chefia da unidade e outro a função de enfermeiro do programa de aleitamento materno do HCPA. Os enfermeiros que atuam nessa unidade, num total de 42, se distribuem pelas quatro enfermarias de UTIN e quatro de Cuidado Intermediário, e estão divididos em seis turnos: sete pela manhã, sete à tarde, e vinte e um à noite. A coleta de informações ocorreu no período de abril a junho de 2013, através de uma entrevista semi-estruturada, A amostra se consolidou com 10 participantes, tendo-se adotado critério de saturação de dados, o qual consiste no "[...] conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo" 4. Respeitados os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), o projeto foi apreciado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cadastrado junto à Plataforma Brasil e submetido à Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do HCPA. As entrevistas, que foram gravadas e transcritas, aconteceram mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo confidencialidade e anonimato. Para compreender os depoimentos coletados utilizou-se como recurso a análise de conteúdo do tipo temática. Quanto aos

resultados, os participantes referiram sua percepção sobre o estresse do prematuro como sendo manifestações comportamentais e fisiológicas, e também como um conjunto de fatores que retira o bebê de um estado de conforto. Uma das formas que o recém-nascido prematuro pode demonstrar que está estressado é através de mudanças no comportamento. No nível de atenção, os sinais de estresse do recém-nascido incluem olhos vagando, não manter contato visual, bocejos, espirros, irritabilidade e choro. As manifestações que representam o estresse do RNPT foram alterações dos estados e do nível de atenção/interação tais como agitação, sono, bocejos, inquietude, hiperatividade e fácies; alterações do sistema autônomo como taquipneia, taquicardia, queda de saturação e cianose; e no sistema motor foram: ação descoordenada de membros, tensão, contração facial e corporal, e mãos espalmadas. Nos cuidados realizados destacaram-se a sucção não-nutritiva, a diminuição dos estímulos ambientais e uma estratégia utilizada frequentemente pelas enfermeiras entrevistadas que é a organização postural do prematuro. Esta abordagem terapêutica foi referida sob as formas de contenção facilitada, ninho e enrolamento. O método canguru e o toque terapêutico, embora citados em literatura, foram pouco abordados pelos sujeitos. Através do presente estudo pode-se concluir que as enfermeiras atuantes na unidade de tratamento intensivo neonatal possuem um bom nível de percepção sobre as manifestações de estresse do RNPT, demonstram preocupação e conhecimento ao intervirem com o intuito de promover o equilíbrio fisiológico e comportamental do prematuro. Percebeu-se, entretanto, a necessidade de buscar na literatura outras formas de identificar o estresse e suas manifestações, e também de estabelecer cuidados que possam auxiliar o prematuro na sua reorganização; já que as intervenções referidas nas entrevistas são apenas uma pequena fração diante das diversas abordagens terapêuticas que podem ser executadas pelos enfermeiros. Por isso, surge a necessidade de utilizar instrumentos que contribuam na avaliação do estresse e no manejo do RNPT, antes, durante e após os procedimentos, conforme a literatura atual sugere. Concluiu-se com esse estudo que os aspectos inerentes ao estresse devem ser levados em consideração por toda a equipe multiprofissional, com o objetivo de proporcionar ao RNPT um cuidado de qualidade e excelência, baseado no paradigma de atenção humanizada à criança e à família, cuja intenção principal é diminuir a possível ocorrência de sequelas físicas e neurológicas ao RNPT durante sua hospitalização. Sugere-se que o estado comportamental do prematuro seja avaliado juntamente com os sinais vitais, e faça parte dos registros de enfermagem para que os comportamentos de estresse sejam, o mais precocemente possível, identificados. Considera-se relevante dar continuidade aos estudos nesse contexto; especialmente em relação às intervenções recomendadas, sejam elas medidas de conforto e/ou organização postural, a fim de mensurar a capacidade real das mesmas em reduzir o estresse do prematuro. DESCRITORES: Enfermagem. Estresse fisiológico. Prematuro. Recém-nascido. REFERÊNCIAS 1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém?nascido de baixo peso: Método Canguru. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 2. Tamez, R.N.; Silva, M.J.P. Enfermagem na UTI neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2009. 3. Als, H. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. Journal of Neonatal-Perinatal Medicine, Boston, v. 2, p. 135-147, 2009. 4. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

14593

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA PAULA KRIEGER RIQUELME

A PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM NEONATOS

Riquelme, APK; Madruga, PA; Mendes, ENW;

Os cuidados paliativos em neonatos envolvem o binômio recém-nascido e família atendendo as necessidades do paciente e dando o suporte aos pais. O objetivo deste estudo foi identificar as práticas recomendadas para os cuidados paliativos em neonatos. Trata-se de uma revisão integrativa. A amostra foi constituída por 10 artigos inseridos em duas bases de dados: MEDLINE e Web of Science publicados entre os anos de 2003 e 2013. As práticas para os cuidados paliativos encontrados foram em relação ao gerenciamento do desconforto evitando procedimentos invasivos desnecessários. O suporte para as famílias priorizando um atendimento individualizado e empatia dos profissionais. A tomada de decisão dos pais e da equipe a partir de informações adequadas e do respeito aos desejos dos familiares. E a conduta dos profissionais, para auxiliar os neonatos e as famílias. Pode-se concluir que novos estudos devem ser realizados acerca deste assunto para que os profissionais adquiram conhecimentos e segurança para lidarem com a terminalidade da vida. Descritores: Cuidados paliativos. Recém-nascido. Enfermagem neonatal. REFERÊNCIAS Catlin A, Carter B. Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. J Perinatol [Internet]. 2002 [acesso em 2012 nov. 30]; 22(3): 184-195 Disponível em: http://www.nature.com/jp/journal/v22/n3/pdf/7210687a.pdf Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2008 [acesso em 2012 out 27]; 17(4): 758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf Meyer EC, Ritholz MD, Burns JP, Truog RD. Improving the Quality of End-of-Life Care in the Pediatric Intensive Care Unit: Parents' Priorities and Recommendations. Pediatrics [Internet]. 2006 [acesso em 2013 abr 8]; 117(3):649-657. Disponível em: http://pediatrics.appublications.org /content/117/3/649.full.html

14114

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA PAULA ROSA STRAZZABOSCO

OFICINA EDUCATIVA COM GESTANTES E FAMILIARES ACERCA DOS CUIDADOS COM O RECÉM ? NASCIDO

Strazzabosco, APR; Fortes, DF; Ebilng, SBD; Abreu, SBD; Marin, FZ;

O Curso de Graduação em Enfermagem, através da integração das disciplinas de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher e Saúde da Criança e do Adolescente buscou promover um espaço de "convívio e troca" entre mulheres gestantes - familiares e acadêmicos (as), no espaço do Centro de Estágios e Práticas Profissionais (CEPP), o qual se trata de um estabelecimento vinculado à rede de serviços de saúde do Município, este espaço busca aliar a finalidade de formação acadêmica a promoção de assistência à saúde nos níveis primários e secundários aos usuários de Santiago. Nesse contexto, acredita-se que ações educativas em grupo possam contribuir para construção de conhecimento, além de se configurar como uma oportunidade de promoção e educação em saúde. Sendo assim, o curso de enfermagem propôs desenvolver ações educativas à mulher gestante e/ou acompanhantes- familiares, a fim de subsidiar diálogo entre comunidade e academia, entrelaçando o conhecimento popular e científico, auxiliando com a melhoria da qualidade da assistência prestada a esses sujeitos. No que se refere ao processo gravídico, nesse período, ocorrem várias mudanças físicas e emocionais com a mulher e familiares, ou seja, é uma fase que envolve muitas expectativas, dúvidas e medo, por não saber ao certo a evolução dessa gestação. A gestação e o parto são eventos de relevância na vida da mulher, os quais abrangem adaptações e cuidados em diversos aspectos, como fisiológicos, emocionais, interpessoais, culturais e sociais1. Nesse contexto, compreende-se que é um acontecimento singular, pois constitui uma experiência humana das mais significativas para todos os que dela participam. Vale salientar que, no decorrer dos anos, a gravidez deixou de ser um assunto relacionado exclusivamente à mulher e passou a fazer parte do contexto familiar, influenciando e instigando a participação masculina e dos familiares no que diz respeito à gravidez, parto e puerpério. Segundo2 a gestação transforma a identidade tanto de homens como de mulheres, "e é influenciada por aspectos afetivos, sociais, psíquicos e culturais que abrangem o casal e a família, exigindo adaptações destes a um novo contexto de vida, no âmbito pessoal, familiar e sociocultural". Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar as vivências experienciadas no decorrer de práticas educativas, semelhante à oficinas desenvolvida com gestantes e familiares acerca dos cuidados com o recém-nascido. A oficina ocorreu em forma grupal, atendendo às necessidades das (dos) participantes. No que tange ao planejamento da prática educativa, as mesmas foram pautadas no diálogo, na socialização de saberes, na horizontalidade, suscitando a participação, autonomia e emancipação mútuas entre as participantes mulheres gestantes, familiares - acadêmicos e docentes.Especificamente quanto às atividades do decorrer das oficinas, as mesmas foram pautadas através de discussões, troca de experiências, demonstrações práticas relacionadas ao banho do recém-nascido, curativo do coto umbilical, higiene oral, práticas de amamentação, vínculo entre o trinômio mãe-filho e pai, dentre outros assuntos e cuidados. Quanto aos materiais, utilizaram-se materiais didáticos para melhor visualização e compreensão das mulheres e familiares sobre os procedimentos. Nesse sentido, os subsídios freirianos foram de extrema importância para que conseguíssemos planejar e executar as atividades grupais de uma forma diferenciada, na qual o respeito à dignidade e autonomia das mulheres e familiares se fizeram presentes em todos os momentos. Estas tornaram o trabalho grupal uma prática transformadora, de reflexão crítica e ação. Conforme corrobora3 é preciso instigar o pensamento dos indivíduos estimulando a capacidade de aventurar-se à força criadora do aprender, o qual faz parte a dúvida, a curiosidade e a habilidade crítica, pois todos têm

possibilidades de ir mais além de seus condicionantes. Compreende-se que o ensinar não significa apenas a transferência de conhecimentos, mas proporcionar meios para a construção dos saberes. Desta forma, ao término da oficina evidenciou-se que as gestantes apresentavam-se mais tranquilas frente aos cuidados com o recém-nascido, bem como satisfeitas com o espaço oportunizado a elas e seus familiares acerca da socialização de saberes, além de ter sido um espaço oportuno para a construção de vínculos entre gestantes - familiares - acadêmicos e docentes. Sendo assim, essa oficina teve ampla magnitude para os acadêmicos (as) que foram instigados a organizar, coordenar, planejar e participar constantemente da construção das práticas educativas as quais foram aplicadas nos encontros. Assim, a oficina nos proporcionou a troca de saberes culturais e científicos, demonstrando que há a necessidade da promoção em saúde como forma de interposição, focalizando diretamente na qualidade de vida das gestantes e familiares. Para tanto, a atuação da enfermagem nesses espaços educativos torna-se imprescindível, pois uma das competências do enfermeiro é educar para a saúde. Nesse sentido, constituir espaços de diálogo, de escuta sensível nos serviços de saúde, com mulheres gestantes e família é de grande relevância, pois possibilita construção de conhecimento, além da estimular a emancipação, cidadania e autonomia dos participantes. Portanto no transcorrer da realização do curso de gestante, foi possível perceber a importância do mesmo, tanto para as mulheres gestantes e família como para os acadêmicos nele inseridos, sendo que os sujeitos envolvidos na atividade grupal passaram a expressar maneiras de respeito às particularidades de cada integrante, de amizade, de vínculo e de cumplicidade, tornando o grupo a cada encontro mais fortalecido, tornando gestantes e familiares multiplicadores de conhecimentos com o intuito de emponderamento de seus direitos para que auxilie na promoção da saúde dos mesmos e estejam mais seguros com o seu novo cotidiano buscando melhorar a qualidade de vida diante desse processo que altera toda a rotina familiar e causa alterações psicossociais nos primeiros meses, porém com o auxilio do grupo de gestantes todas essas mudanças podem ser amenizadas através dos esclarecimentos de suas duvidas e angustias tão presentes nesta fase. Nesse sentido, faz-se necessário que as práticas educativas sejam balizadas a partir do respeito às questões culturais, dos valores, das singularidades, de modo a superar o modelo de imposição de saberes. No que tange aos acadêmicos foi uma experiência muito positiva no sentido de aprimorar a relação interpessoal com a comunidade, de interagir, de escutar, de dialogar e principalmente de compartilhar conhecimentos, pois se sabe que espaços educativos contribuem efetivamente na informação, aprendizado mútuo . Por fim acredita-se que as práticas educativas, ancoradas na horizontalidade e na participação ativa dos sujeitos, permitem a flexibilização das práticas, tornando-as solidárias, oportunizando espaços que possam abrir caminhos para que os sujeitos sintam-se valorizados e fortalecidos, favorecendo processos educativos mediados pela participação e pela possibilidade de transformação. Descritores: Educação em Saúde, Gestantes, Família.

Referências 1Pieszak GM, Terra MG, Neves ET, Pimenta LF, Padoin SMM, Ressel LB. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico. Transif [Internet].2013 [acesso em 2013 ago 24];14(3):568-78. Disponivel em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1144/pdf 2Jeneral RBR.Vivendo um futuro incerto: a vivência da gravidez em uma comunidade. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;2000 3Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.43a .ed. São Paulo :Paz e Terra;2011.

14610

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDREA CAROLINE DE SOUZA

PERFIL DE NEONATOS QUE FIZERAM USO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Souza, ACS; Lima, FDL;

INTRODUÇÃO: O cateterismo central de inserção periférica constitui-se numa das mais importantes tecnologias para terapia intravenosa em Neonatologia por apresentar inúmeras vantagens em relação aos outros dispositivos centrais como a facilidade de inserção, diminuto número de infecções e possibilidade de uso prolongado constituindo-se em uma alternativa segura e duradoura para recém-natos prematuros que terão diferentes intervenções e internação prolongada. OBJETIVOS: Caracterizar os neonatos que fizeram uso do CCIP no período de janeiro de 2004 à dezembro de 2008 na UTIN de um hospital universitário. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo retrospectivo-documental,quantitativo, onde analisou-se 90 fichas de controle de inserção e remoção de CCIP de 69 recém-natos na UTIN da instituição em relação ao peso e motivo de admissão na unidade, indicação de utilização do CCIP, data de inserção, diferença entre o nascimento e a inserção do primeiro cateter , qual o sítio de punção, número de tentativas de inserção, duração do cateter e motivo de retirada. RESULTADOS: O estudo constatou que a maioria dos pacientes que utilizaram CCIP foram meninos (54%) e que 60% dos neonatos foram classificados como Baixo Peso ou Muito Baixo Peso ao Nascimento, importante preditor de morbimortalidade pediátrica.Constatou-se que as principais indicações para instalação do dispositivo (n= 80) foram prematuros em uso de Nutrição Parenteral Total (20) e prematuridade (17) . O membro mais utilizado foi o superior direito (69%) . A média de diferença entre o nascimento e a inserção do CCIP foi de 7,6 dias, desvio-padrão 13,4 dias. O tempo de permanência foi em média de 11 dias . A principal razão para retirada do dispositivo foi o término da terapia proposta, seguido pela oclusão do cateter. CONCLUSÃO: O estudo permitiu conhecer a clientela atendida na instituição possibilitando traçar uma melhor assistência para este público.

14049

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDRÉA MARIA ALVE VILAR

A FAMÍLIA COMO SUPORTE TERAPÊUTICO NO CUIDADO DA CRIANÇA OSTOMIZADA

Vilar, AMAV; Andrade, MA;

Introdução: A hospitalização traz muitas mudanças para o cotidiano de quem se encontra internado, desde seu habitat, até à rotina hospitalar cercada de horários e procedimentos, assim como pela distância existente entre o cliente e sua família. Para a criança, isto se torna mais evidente, uma vez que a família e, principalmente a mãe é o seu "porto seguro", onde esta é a referência de estabilidade e proteção. O Estado passa a reconhecer, respeitar e promover os direitos da criança através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que endossa a participação da família no ambiente hospitalar, onde o Capitulo I Art. 12 aborda que: "Os estabelecimentos de atendimento a saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente" (1). Afirma Caplan (2) que qualquer membro da família enfrenta um problema que envolve a ameaça à satisfação de uma necessidade, o grupo como um todo, é inevitavelmente envolvido, de um modo ou de outro em diferentes graus. E cada família reage de forma distinta perante a doença; o enfermeiro deve considerar esta particularidade no ato do cuidado, abordando de forma individualizada cada criança e seu cuidador (3). Esta individualidade conduz a uma proximidade do cuidador, estabelecendo um elo entre a criança e o enfermeiro (4), facilitando o ato de cuidar, onde mesmo em presença de situações difíceis, a credibilidade trará mais conforto para a criança e seu familiar. As crianças têm se beneficiado das novas tecnologias existentes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), havendo assim uma maior sobrevida dos clientes oriundos destas Unidades. Muitas crianças conseguem sobrepor às barreiras hospitalares e dão continuidade a essa assistência no cenário domiciliar, entretanto muitas necessitam de cuidados especiais e são denominadas como Crianças Portadoras de Necessidades Especiais (CPNE). Objetivos: Descrever como os enfermeiros estão atuando em suas práticas diárias junto aos cuidadores/familiares de crianças com estomas no que tange ao autocuidado e cuidado para a alta hospitalar e Discutir como se dá a participação da família no cuidado da criança com estoma desde a internação até a alta hospitalar a partir do olhar do enfermeiro. Metodologia: Este é um recorte da dissertação de mestrado intitulada "o enfermeiro e o cuidar da criança portadora de estoma- um preparo para o domicilio" (5). A estratégia de pesquisa utilizada foi o estudo de Caso associado a um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A população do estudo foi composta por 31 enfermeiros lotados na UTIN de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro, estando escalados na UTI propriamente dita ou no berçário intermediário, compreendendo os Serviço Diurno (SD) e o Serviço Noturno (SN), de forma aleatória, mas que demonstrasse o perfil da unidade sobre o tema "estoma". A equipe em sua totalidade é composta por oito enfermeiros plantonistas, onde um (01) fica escalado na supervisão do plantão, um (01) no berçário intermediário, dois (02) na sala de preparo de medicação e os demais (04) na UTI. A escala é 12x60, o que gera uma população de 48 enfermeiros. A coleta de dados se deu através roteiro de entrevista contendo 13 perguntas. A análise dos dados deu-se através da técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática de onde emergiram quatro categorias e desta para 6 sucategorias. Resultados: Os enfermeiros possuem momentos diferentes para iniciarem as abordagens do familiar/cuidador para as orientações quanto à alta hospitalar, esta tende a ser "tão logo se saiba da necessidade do estoma" (58,06%). Esta prática dos depoentes é muito particular, levando-se em consideração fatores associados às informações prestadas pela equipe médica, ao quadro clínico do neonato, a condição emocional do familiar/cuidador para receber estas novas informações, contudo, a

questão emocional de cada profissional, suas vivências, suas experiências também são postas em cheque no momento da orientação, como é dito nas falas, onde é mais confortável orientar um familiar de uma criança que tem estoma temporário, por se saber que é algo de mais fácil aceitação por parte da família e, quando este estoma é definitivo, há de se atingir uma aceitação pessoal da situação, para se encorajar a família para este novo cenário. Considerar que o preparo para a alta ocorre é uma questão que divide opiniões, pois o percentual alcançado (58,06%), não vê esta prática como frequente, já os depoentes que declararam "às vezes" (32,25%), pode traduzir-se em ?sim" ou "não". Deste modo os enfermeiros que experienciaram uma alta positiva, onde o familiar se sentiu confortável no momento da alta, influenciou na certeza quanto ao preparo. A família se encontra temerosa para praticar os cuidados a criança com estoma, seja no ambiente intra ou extra-hospitalar. Muitos familiares não se encontram presentes, em tempo que supra a necessidade de apreensão do conteúdo para a prática dos cuidados técnicos, isso sendo mais evidenciado pelo SN, do que pelo SD; isto se reforça quando as mães (cuidadora mais presente na Unidade) são jovens, quando possuem outros filhos e ainda, quando não se é apoiada pelo marido e familiares. Implicações para a enfermagem: Espera-se que o estudo possa trazer esclarecimento aos enfermeiros de como inserir a família no processo de cuidar, a partir de um olhar mais humano e acolhedor, evitando agravos e riscos nos cuidados com estomas no ambiente extra-hospitalar. Referências: 1- Estatuto da criança e do adolescente. Lei N°8.069, de 13 de Julho de 1990. Disponível em: http://legislação.planalto.gov.br/legislação.nst/Viw_Identificação/lei8069-1990 Acesso em: 12 jun. 2010. 2- Caplan G. Princípios de Psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar; 1980. 324p. 3- Oliveira JSS. O cuidado da criança com câncer permeado pelas emoções da enfermeira. Rio de Janeiro. Monografia [especialização em enfermagem no controle do câncer] - Instituto Nacional de Câncer - INCA; 2002. 4- Silva SMA. Sobre o cuidador familiar do paciente oncológico: uma visão psicológica. Rio de Janeiro. Monografia [especialização em psicologia oncológica] - Curso de especialização em Psicologia Oncológica do Instituto Nacional do Câncer; 2004. 5- Vilar AMA. O enfermeiro e o cuidar da criança portadora de estoma: um preparo para o domicílio. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Profissional da Faculdade de medicina do HUAP] - Hospital Universitário Antônio Pedro; 2012. Descritores: enfermagem; criança; estomas cirúrgicos.

14217

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDREIA TOMAZONI

AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Tomazoni, A; Rocha, PK;

Introdução: Há preocupação mundial com a segurança do paciente neonatal, sendo fundamental conhecer a opinião dos profissionais envolvidos no cuidado sobre esta questão. Objetivo: Identificar a percepção da equipe de enfermagem/médica sobre a segurança do paciente em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de hospitais públicos de Florianópolis, SC. Metodologia: Estudo quantitativo descritivo-exploratório do tipo survey transversal, amostra intencional, não probabilística, constituída por 151 participantes, sendo que destes, 141 devolveram o instrumento de coleta de dados preenchido. A coleta ocorreu no primeiro semestre de 2013, por meio do Hospital Survey on Patient Safety Culture contendo questões sobre a cultura de segurança. A análise foi realizada por exploração descritiva, pelo percentual de respostas conforme guia do questionário (Sorra; Nieva, 2004). A pesquisa foi aprovada sob parecer nº 128.478 do Comitê de Ética. Resultados: A caracterização dos 141 participantes mostrou que 58(41%) foram técnicos de enfermagem, 48(34%) médicos, 23(16%) enfermeiros e 12(9%) auxiliares de enfermagem. Destes, 93(66%) trabalha a mais de 11 anos na profissão. Ao avaliarem a segurança do paciente em sua unidade por meio de uma escala com cinco opções, 64(45%) deles consideraram a segurança "Regular" e 54(38%) classificaram como "Muito boa". Ainda, 16(11%) avaliaram a segurança como "Ruim", 4(3%) deles como "Excelente" e 2(1%) como "Muito Ruim". Conclusão: Conhecer a opinião da equipe de enfermagem/médica quanto à segurança do paciente, permite identificar que, embora estejamos à caminho de cuidados mais seguros, a segurança em UTIN é um assunto delicado. Para oferecer um cuidado com o mínimo de riscos é fundamental mover esforços organizacionais, começando com a implantação de uma cultura que priorize a segurança. Referências: Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication Nº 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2004.

14215

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDREIA TOMAZONI

COMUNICAÇÃO DE EVENTOS RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Tomazoni, A; Rocha, PK;

Introdução: Em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) os riscos à segurança dos neonatos podem ser maiores, pois apresentam particularidades e demandam cuidados complexos. Objetivo: Identificar a frequência da comunicação de eventos relacionados à segurança em quatro UTIN de hospitais públicos de Florianópolis, SC. Metodologia: Estudo quantitativo descritivo-exploratório do tipo survey transversal, amostra intencional, não probabilística, constituída por 151 participantes, sendo que destes, 141 devolveram o instrumento preenchido. A coleta ocorreu no primeiro semestre de 2013, por meio do Hospital Survey on Patient Safety Culture contendo questões sobre a cultura de segurança. A análise foi realizada por exploração descritiva. A pesquisa foi aprovada sob parecer nº 128.478 do Comitê de Ética. Resultados: Entre os 141 participantes, 58(41%) foram técnicos e 12(9%) auxiliares de enfermagem, 48(34%) médicos, 23(16%) enfermeiros. Destes, 93(66%) trabalha a mais de 11 anos na profissão. Foi considerado "evento", qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, independente de causar ou não dano ao paciente. Considerando o número de eventos comunicados nos últimos 12 meses, 46(33%) participantes não comunicaram nenhum evento, 45(32%) comunicaram entre 1 e 2 eventos, 29(21%) comunicaram entre 3 a 5 eventos, 7(5%) comunicaram 6 a 10 eventos, 5(4%) comunicaram 11 a 20, e 4(3%) comunicaram 21 ou mais. Conclusão: A comunicação de eventos permite melhorias na segurança, no entanto, a baixa frequência destas notificações pode estar relacionada ao medo de represálias (CLARO et. al., 2011). É fundamental a adoção da cultura com resposta não punitiva aos erros, permitindo comunicação aberta em UTIN para que as situações de risco sejam identificadas. Referências Claro CM, Krocockz DVC, Toffolleto MC, Padilha KG. Eventos Adversos Em Unidade De Terapia Intensiva: Percepção Dos Enfermeiros Sobre A Cultura Não Punitiva. Rev Esc Enferm USP, 2011, 45(1):167-72.

14325

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ÂNGELA MARIA NAIDON

ALTERAÇÕES DO CORDÃO UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO: NATUREZA E TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ENFERMAGEM

Naidon, AM; Neves, ET; Arrué, AM; Pieszak, GM; Schaefer, TIM;

Introdução: O cordão umbilical é uma estrutura que liga o embrião ou feto à placenta, mantém o transporte de nutrientes ao concepto e retira as substâncias do seu catabolismo para a circulação materna1. Portanto, é vital para o seu desenvolvimento e manutenção. Aproximadamente 10,7% dos casos de morte fetal em gestações pré-termo estão associadas a anormalidades do cordão umbilical2. Anormalidades estruturais como, artéria umbilical única, nós de cordão, cistos e tumores podem estar associados ao sofrimento fetal e malformações. Alterações frequentes, como circular cervical de cordão umbilical, presentes em cerca de 40% dos partos, podem estar associadas a episódio de bradicardia fetal2. O acompanhamento cuidadoso de fetos portadores de patologias funiculares nos possibilita definir sua história natural, determinar as características fundamentais que afetam a evolução clínica final, planejar estratégias e a oportuna intervenção, visando em ultima análise, à melhora do prognóstico do binômio materno-fetal3. A identificação do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) permitirá compreender a percepção da equipe de enfermagem, quanto aos elementos constituintes deste processo e apreender, na assistência de enfermagem prestada às crianças, as medidas de humanização adotadas e se as mesmas propiciam efeitos na qualidade da assistência de enfermagem4. O recém-nascido (RN) necessita de ações educativas e assistenciais que promovam um cuidado integral e individualizado nas fases do crescimento e desenvolvimento. Nesse sentido, a enfermagem torna-se corresponsável pelo desenvolvimento de ações promotoras, preventivas e de recuperação à saúde. Nesta perspectiva, questionou-se: Qual a tendência das produções científicas sobre alterações do cordão umbilical do recém-nascido na área da Enfermagem? Objetivo: descrever a tendência da produção científica nacional em enfermagem acerca das alterações do cordão umbilical do recém-nascido. Metodologia: Foi realizada uma busca, por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na base de dados de teses e dissertações, no mês de junho de 2013. As estratégias utilizadas na busca de assuntos foram E1 somente cordão umbilical, foram encontrados 398 estudos; E2 cordão umbilical e recém-nascido totalizou 130; E3 Alterações no cordão umbilical e recém-nascido com 22 e E4 cordão umbilical e enfermagem com 3. Foram analisadas dois tipos de estratégias E3 e E4, ficando assim com 25 estudos, sendo teses e dissertações. Após esse passo foi realizado o critério de inclusão: todas da área de enfermagem. Excluídas as teses e dissertações repetidas, os relacionados a agentes infecciosos e parasitários, com estudos farmacológicos e as relacionadas com a medicina veterinária. Com isso foram analisadas oito produções científicas. Resultados: Após a análise dos estudos selecionados, a temática abrange o recorte temporal de 1999 a 2010. A região que mais publicou sobre o assunto foi a Sudeste. No ano de 1999, D1concluiu que os recém-nascidos pequenos para idade gestacional (RN-PIG) e suas mães apresentaram níveis mais baixos de glicoproteínas, refletindo níveis glicêmicos prévios menores, e que os níveis maternos de glicohemoglobina menores do que 5,2% são capazes de prever nascimento de RN-PIG. Também, os RNT-PIG apresentam níveis mais baixos de insulina e IGF-I, e as relações dos "marcadores" glicêmicos, entre si e com os hormônios, estão alteradas em relação às dos neonatos a termo. Em 2005, D2 mostrou que as mulheres do grupo experimental tiveram como benefícios: menor freqüência de contrações uterinas sem alteração da duração do segundo período clínico do parto, menos edema vulvar, menos episiotomia e maiores valores de hemoglobina na alta com períneo íntegro. Em 2004, a T1 apontou que

após a reanimação inicial, 6,0% dos RNs desenvolveram desconforto respiratório foram transferidos para a UTI neonatal, os demais, 94,0% permaneceram em alojamento conjunto. Em 2009 a T2 conclui que os niveis séricos de cistalina (Cis) do RN, ao nascimento foi maior do que a da mãe, reduziu-se até d3 e permaneceu estável até d28. A Cis e a Cr da mãe correlacionaram-se entre si. Em D3 e D28 houve correlação entre Cis e Cr do RN. Em segundo lugar destaca-se o Nordeste com uma T3 produzida em 2010 o estudo não direciona para uma conclusão, mas para reflexões, no que tange ao cuidar familiar, mas para além deste, o profissional, de modo que os saberes se aproximem, se construam e reconstruam, no respeito da diversidade. Uma D4 verificou que o CIU associou-se à primeira gestação, à gestação anterior desfavorável e ao hábito de fumar. RN portadores de restrição do crescimento intra-uterino apresentaram valores hematológicos mais elevados em relação os RN adequado para idade gestacional e pré-termos e o método físico de Capurro apresentou pior desempenho na identificação de RCIU. Na região Sul em 2000 uma T4 apontou que a exposição mãe ao fumo altera variáveis fisiológicas maternas e fetais, sem repercussão na função cardíaca fetal, a diminuição da resistência vascular uterina observada provavelmente esteja relacionada a um padrão dose-dependente da nicotina ou de seus componentes presentes no cigarro utilizado nesta pesquisa. Na região centro-oeste, no ano, de 2004 T5 obteve como resultado que o emprego da amoxicilina oral por sete dias, em gestantes com ruptura prematura das membranas pré-termo, em comparação com o placebo não é efetiva em prolongar o período de latência e nem reduz a morbidade materna e fetal. Quanto à abordagem metodológica, foram encontradas duas publicações que não especificaram o método utilizado, dois estudos randomizados e um estudo prospectivo, um estudo quantitativo, um estudo qualitativo e teve uma publicação que utilizou caso controle e o coorte transversal, no mesmo estudo. Conclusão: A partir desta revisão, pode-se verificar que o tema é pouco abordado pela comunidade científica, tendo em vista que poucos estudos sobre esse assunto foram encontrados. A temática em estudo é de extrema relevância, visto que, por meio desta abordagem pode-se ter uma nova visão sobre o binômio maternofetal. Contribuições e Implicações para enfermagem: A saúde do recém-nascido é um campo de atuação multidisciplinar e multiprofissional, assim o olhar da enfermagem é imprescindível. Uma vez que a finalidade do trabalho do enfermeiro é cuidar, torna-se fundamental estudar os aspectos subjetivos e objetivos relacionados à saúde. Neste sentido, faz-se necessário que se aprofunde o conhecimento sobre o cordão umbilical, servindo como ferramenta para que a enfermagem possa propor ações de promoção e prevenção, atuando de forma efetiva e em cenários distintos. DESCRITORES: Cordão Umbilical, recém- nascido e enfermagem; EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido Referências: 1.MOORE KL, PERSAUD TVN. The developing human. Clinically oriented embriology. 6th ed. Tradução de Vugman I, Engelhardt M. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 2.RAIO, L.; DI NARO, E.; GHEZZI, F.Umbilical cord morphology and pregnancy outcome. Eur J ObstetGynecolReprodBiol 2001 june; 96 (2):150-57. 3. GADELHA, A.; SPARA, P.; KAMPF, C.E.; MAUAD FILHO, F. Ultra-sonografia do Cordão. In: Mauad Filho, F . Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetricia. 1ª ed., Revinte, Rio de Janeiro 2009, p.174-183. 4.OLIVEIRA, B.R.G; LOPES,T.A; VIERA, C.S; COLLET, Neusa. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na uti neonatal e o cuidar humanizado. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 105-13.

14475

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANGELA MIDORI MATUHARA

RELATO DE EXPERIÊNCIA: UTILIZAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFERICA DUPLO LÚMEN EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Matuhara, AM; Tragante, CR; Oliveira, AAS; Attico, MCC; Furtado, ML; Teodoro, TMS;

INTRODUÇÃO: O Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (CCIP) destaca-se como um dos recursos mais importantes utilizados para promover um atendimento de excelência ao neonato crítico, representando um dos grandes avanços indispensáveis à qualidade da assistência, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O uso do CCIP de duplo lúmen é uma alternativa para aos neonatos de alto risco, que necessitam do uso de mais de um lúmen para a administração das várias medicações e drogas incompatíveis na mesma via, evitando as dissecções venosas e as frequentes punções periféricas. OBJETIVO: Descrever o uso do CCIP de duplo lúmen na UTIN. METÓDO: Relato de experiência da utilização do CCIP de duplo lúmen na UTIN de um Hospital Pediátrico do Estado de São Paulo no período de março de 2012 a agosto de 2013. RESULTADOS: Foram inseridos 72 CCIP duplo lúmen em neonatos, com tempo de permanência de 19,01 dias (máximo de 57 dias e mínimo de 03 dias), peso médio de 2650 gramas (peso mínimo de 890 gramas e máxima de 5000 gramas). Os principais acessos venosos foram: veia jugular (27,8%), seguido da veia temporal (26,4%) e basílica (12,5%). Quanto aos motivos de retirada do cateter citamos o término da terapêutica farmacológica (37,5%), seguida da suspeita de infecção (27,8%) e óbito (8,3%). Embora, alguns cateteres tenham sido retirados por suspeita de infecção, não foram encaminhadas todas as pontas por não ser protocolo do serviço, mas sim, na suspeita de infecção por hemocultura periférica e central. CONCLUSÃO: O uso do CCIP de duplo lúmen é frequentemente necessário em RN com patologias complexas ou extremamente prematuros, diminuindo a necessidade de acessos venosos adicionais na primeira semana de vida e manipulação excessiva, destacando-se como um dispositivo seguro e eficaz na terapia intravenosa. Descritores: Cateter; Recém-nascido; Unidades de Cuidados Intensivos.

14478

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANGELA MIDORI MATUHARA

RELATO DE CASO: UTILIZAÇÃO DO HIDROGEL NA ÚLCERA POR PRESSÃO EM RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Matuhara, AM; Tragante, CR; Oliveira, AAS; Attico, MCC; Fátima, CF; Gomes, JS;

INTRODUÇÃO: O recém-nascido (RN) quando internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), devido à complexidade das patologias, está mais vulnerável a desenvolver lesão tecidual como as úlceras por pressão (UPP) relacionada ao tempo de permanência de restrição ao leito. As UPP representam uma grave problemática, pois além de expor o neonato à dor, sofrimento e ao risco de infecção, pode prolongar o tempo de internação e demandar maior custo terapêutico(1). OBJETIVOS: Descrever a utilização do hidrogel no tratamento da UPP do RN de alta complexidade internado na UTIN. METODOLOGIA: Relato de caso da utilização do hidrogel na UPP de um RN de alta complexidade internado em uma UTIN de um Hospital Pediátrico do Estado de São Paulo. RESULTADOS: M.A.S.N., RN com diagnóstico de hérnia diafragmática congênita, no 50º dia de internação hospitalar, permanecia intubado e instável hemodinamicamente quando desenvolveu duas UPP em região occipital. A lesão maior apresentava aproximadamente 3 cm x 1 cm de comprimento e largura, com presença de tecido necrótico em toda a sua extensão, e ausência de secreção. A lesão menor media aproximadamente 1,6 cm x 1 cm, com presença de fibrina em toda a sua extensão. Foi realizado o curativo diário das lesões com aplicação de hidrogel e gaze rayon. Após 42 dias de tratamento, observou-se a completa cicatrização das lesões. CONCLUSÃO: A utilização do hidrogel no tratamento das UPP do RN de alta complexidade demonstrou excelente resultado no processo de cicatrização, podendo ser uma alternativa segura e efetiva para o restabelecimento da integridade da pele destes pacientes. Descritores: Pele; Recém-nascido; Unidades de Cuidados Intensivos. 1)Soares PF. Uso de hidrogel e hidrocolóide em úlcera por pressão: revisão sistemática e metanálise [dissertação]. Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2012.

14582

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANGÉLICA CORTE PARREIRA

RISCO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ENTRE RECÉM-NASCIDOS GRAVES ASSISTIDOS EM UMA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Parreira, ACP; Cabral, IEC; Silva, LFS;

Há lacuna de conhecimento sobre o estresse pós-traumático (EPT) nos egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) pelas intervenções para evitar o óbito neonatal. Objetivos:identificar condições de parto e nascimento determinantes da necessidade de UTIN;associar procedimentos estressantes com potencialidades geradoras de EPT;analisar o risco de EPT entre os egressos da UTIN. Metodologia:quantitativa, retrospectiva dos prontuários de recém nascidos (RN) de uma maternidade de baixo risco do Rio de Janeiro(aprovado no comitê de ética-202/09). Inclusão:RN internados por 7 dias ou mais na UTIN no período de 2001-2007. Exclusão:evoluíram ao óbito. Coletaram-se dados do parto, nascimento e cuidados intensivos. Dos 890 sobreviventes, 314 se incluíam no estudo, e 253 compuseram a amostra. Resultados:parto normal, prematuros e baixo peso, com intercorrências e baixa adaptação no 1º minuto de vida, com reanimação cardiorrespiratória. Associação desses fatores determinam o volume e tempo de exposição a procedimentos invasivos do tipo diagnóstico e intervenção para manutenção da vida do RN. Os principais responsáveis pela alta exposição à procedimentos dolorosos são as punções periféricas, arteriais e calcâneas e aspirações de vias aéreas superiores e inferiores, por estimular os receptores da dor que, pela imaturidade, excitam mais as fibras dolorosas na medida que o estímulo persiste. A resposta ao estresse gera desordens psiquiátricas, alterações neurocomportamentais e sequelas de desenvolvimento(1). O EPT é gerado pela exposição ao ambiente e múltiplos procedimentos estressantes.Conclusão:RN prematuros, de baixo peso e baixas condições de adaptação apresentam necessidades especiais de saúde que culminam no excesso de intervenções geradoras de estímulos dolorosos que pode ser o responsável pela síndrome do EPT, contribuindo para o atraso de crescimento e desenvolvimento, somado a distúrbios comportamentais, caracterizando esses egressos como crianças com necessidades especiais de saúde. (1)Graham et al. The effects of neonatal stress on brain development: Implications for psychopathology. Development and Psychopathology, 11 (1999) 545-565

14003

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ARIANE THAISE ALVES MONTEIRO

CUIDADO DA CRIANÇA: PRÁTICAS E TABUS IDENTIFICADOS EM GRUPOS NO PRÉ-NATAL.

Monteiro, ATA; Demitto, MO; Soares, NTI; Barbieri, MC; Ferrari, RAP;

Introdução As fases de gestação, parto e puerpério envolvem grandes mudanças e requer uma adaptação da mulher e sua família à chegada de novo membro(1). A assistência pré-natal se faz necessária para identificar precocemente problemas que possam resultar em risco à saúde materna e neonatal(2). É fundamental que o enfermeiro e sua equipe desenvolvam ações de promoção e prevenção à saúde, por meio de atividades educativas(3). O grupo de gestantes pode proporcionar o desenvolvimento do cuidado de enfermagem que valoriza a cultura e suas influências na saúde, a partir de ações educativas que geram conhecimentos, desmistificando cuidados passados de geração em geração, e que, geralmente interferem na vivência da maternidade, além de ser um momento para compartilhar experiências maternas(4). Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo caracterizar as práticas e tabus de mulheres participantes de grupos no pré-natal sobre cuidados com o recém-nascido e a criança com vistas na Teoria de Leininger. Metodologia Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo realizado com todas as mulheres participantes de grupos no pré-natal em uma Unidade Básica Saúde (UBS) da região norte do município de Londrina, Paraná, no período de maio de 2008 a maio de 2009. A Residência de Enfermagem em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) organizou e sistematizou grupos para gestantes, semanalmente na UBS, em conjunto com a equipe de enfermagem e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A duração dos grupos era de aproximadamente 40 minutos com a participação de sete a dez gestantes, as quais, comumente, eram de diferentes idades gestacionais. Os temas abordados eram sugeridos pelas próprias mulheres ou construídos de acordo com as dúvidas mais frequentes. Os assuntos mais debatidos foram: desenvolvimento fetal; trabalho de parto e tipos de parto; relação da tríade mãe-filho-família e função paterna; aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido. A coleta de dados ocorreu por meio de um instrumento com questões sociodemográficas, características gestacionais e sobre aleitamento materno, além das práticas e tabus das mulheres participantes do grupo de pré-natal. O instrumento foi preenchido individualmente antes ou após o início dos encontros pelas enfermeiras residentes, mediante autorização firmada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, então, anexado ao prontuário das gestantes. Os dados coletados foram digitados e armazenados em um banco de dados formato EPI Info®. Para a análise foi utilizado estatística descritiva, adotando-se percentil e frequência simples. Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, este estudo faz parte do projeto "ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA A PARTIR DE GRUPOS DE GESTANTES, EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, LONDRINA, PARANÁ" que foi submetido à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde e da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina que foi aprovado sob o parecer nº. 039/09, CAAE nº. 0042.0.268.000-09. Resultados A população de estudo totalizou 47 gestantes participantes do grupo de pré-natal, sendo a faixa etária predominante entre 10 e 19 anos de idade. Pôde-se observar que quase a metade das mulheres participantes dos grupos no pré-natal eram adolescentes. Grande parte das mulheres era casada e primíparas. Aproximadamente 60,0% tinham o ensino fundamental. Quanto à ocupação, a maioria das mulheres era do lar e pouco mais de 78,0% possuíam renda familiar entre um e três salários mínimos. Quase a totalidade (93,6%) das gestantes iniciou o acompanhamento no pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Quanto às práticas e tabus referidos pelas gestantes, esses foram agrupados e classificados quanto aos relacionados à gestação, puerpério e a criança para melhor análise das respostas. Verificou-se

que as práticas e tabus mais frequentes foram aqueles relacionados ao cuidado do recém-nascido e da criança (59,3%). Encontraram-se várias concepções, entre elas a cólica apresentou destaque. Gordura no chá, urina da mãe na barriga da criança, chá de camomila, vestir meia do avesso foram medidas citadas pelas gestantes para tentar aliviar a cólica. O aleitamento materno é considerado o principal fator de proteção contra a cólica, porém a mãe, sem conhecimento e até pela influência cultural, pode ofertar água ou chá, tornando a cólica como um fator de risco para o desmame precoce. A concepção das gestantes quanto à icterícia também foi bastante relevante nesse estudo, visto que muitas mulheres referiram o banho de picão para curar a doença, evidenciando as práticas populares. Foram citados também pulseira/sapato vermelho/sal grosso na meia e frequentar a benzedeira por três dias seguidos para evitar mal-olhado, não sair de casa no sétimo dia de vida e linha na fronte quando tiver soluço. Conclusão Os resultados dessa pesquisa indicam que realizar uma assistência pré-natal sistematizada na Atenção Primária é uma tarefa que exige grande empenho da equipe de saúde para que todas gestantes sejam acolhidas com qualidade e humanização, de modo integral, e que suas dúvidas e inquietações sejam ouvidas e esclarecidas. Observou-se que as práticas e tabus conhecidas por estas mulheres são negativas relacionadas ao cuidado do recém-nascido e criança. Portanto, se faz necessário compreender a mulher nos seus diversos contextos: socioeconômico, demográfico e cultural para que antes mesmo da intervenção. O cuidado da equipe de saúde, centrado na Teoria de Leininger, pode minimizar possíveis riscos a saúde materna e infantil entre as gerações. Contribuições / Implicações para a Enfermagem O presente estudo mostrou o quanto à gestante é beneficiada quando é realizada uma assistência pré-natal adequada, a fim reduzir a morbimortalidade materna e infantil, por causas previníveis, favorecendo uma boa qualidade de vida e saúde da mulher e criança. Sugere-se a manutenção da ação conjunta dos profissionais da saúde na busca ativa das gestantes para que as mesmas participem das consultas de pré-natal tão logo diagnostiquem a gravidez com intuito de repercutir positivamente nessa fase única da vida da mulher e ter menores riscos de complicações no puerpério e obter maior sucesso no cuidado à criança e na amamentação. Descritores: Cuidado pré-natal; Educação em saúde; Atenção primária à saúde. Referências 1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégias. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 2. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev Eletr Enf. [Internet]. 2011[cited 2013 ago 12];13(2):199-210. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2011;2v. 4. McEwen M. Visão de algumas teorias de enfermagem de médio alcance. In: McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 269-270.

14004

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ARIANE THAISE ALVES MONTEIRO

SENTIMENTOS MATERNOS NO PROCESSO DE TRANSLACTAÇÃO EM PREMATUROS

Monteiro, ATA; Zulin, NE; Barbieri, MC; Souza, SNDH;

Introdução O leite materno é o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido (RN), sendo a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta(1). Há muita dificuldade em iniciar e manter o aleitamento materno (AM) em RN prematuros, devido às características próprias da prematuridade e também à separação precoce entre o binômio mãe/bebê(2). A translactação, além de auxiliar a transição da alimentação para o seio materno, também contribui para o aumento da produção de leite em mães com produção láctea reduzida, além de proporcionar mais afeto entre mãe e filho(3). O presente estudo tem o objetivo de desvelar os sentimentos que as mães de prematuros de muito baixo peso atribuem à sua vivência com a utilização da técnica de translactação para a amamentação de seu filho, no processo de transição da sonda para o seio materno. Metodologia Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado a partir de entrevistas com cinco mães que tiveram seus bebês prematuros internados em um hospital universitário de Londrina-PR e que realizaram a técnica da translactação. Essas mães participaram do projeto integrado "Uma rede de apoio à família prematura", desenvolvido na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do referido hospital. A participação na pesquisa levou em consideração os seguintes critérios de inclusão: mães de RN internados na unidade neonatal; utilização da translactação no processo de transição do AM da sonda para o seio materno durante os anos de 2009 e 2010, participação no projeto já citado e que o bebê tivesse recebido alta hospitalar há pelo menos seis meses até o momento da coleta de dados. As entrevistas foram realizadas de julho a setembro de 2011. Utilizou-se um roteiro semiestruturado, sendo a coleta de dados realizada por meio de entrevistas individuais na própria residência da entrevistada. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas, transcritas, analisadas e destruídas. Para respeitar o direito ao anonimato, as mães foram identificadas por um codinome relacionado ao nome de constelações. Foi utilizado o método de análise temática(4). Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, este estudo faz parte do projeto "Vivência das mães no processo de translactação na amamentação de prematuros", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob CAAE: 0039.0.268.000-11. Resultados As cinco mulheres participantes do estudo tinham idades entre 18 e 39 anos, sendo duas, menores de 19 anos. Três eram primíparas e duas multíparas. Todas tiveram bebês nascidos com menos de 32 semanas de gestação e/ou menos de 1500 gramas. A experiência prévia com a amamentação foi relatada por apenas uma delas, tendo em vista a situação de primiparidade das demais e uma que não amamentou em outras gestações. O tempo de AM após a alta hospitalar foi satisfatório, sendo que quatro bebês foram amamentados por mais de seis meses e apenas um foi desmamado com menos de seis meses de idade. Este último foi o único da população em estudo que não obteve sucesso com a técnica da translactação. Com a realização das entrevistas, identificou-se a categoria: Sentimentos maternos na realização da translactação. Frente a todas as dificuldades encontradas para o aleitamento desses pequenos e visando os imensos benefícios que o leite materno oferece, levantaram-se nas falas das mães dos prematuros, sentimentos otimistas e esperançosos: [...] eu não acreditava muito, que quanto mais leite a gente tira mais leite a gente tem [...] esse processo aí da sondinha que eu vi que era verdade [...] Eles têm que aprender a mamar quando eles nascem e essa daí, da sondinha, na minha opinião eu acho que

aprende mais rápido [...] (Lepus) Para mim foi uma experiência ótima [...] com a vontade que eu tinha de amamentar o leite volta [...] depois que ele saiu do CPAP a gente fez a translactação para ele não fazer tanto esforço e, aos poucos, foi diminuindo e assim ele largou da translactação, não precisando mais da seringa e ele começou a sugar só o peito [...] Então eu achei que ajudou bastante. [...] Eu achei que foi importantíssimo essencial na amamentação. (Cygnus) Mesmo com o reconhecimento materno sobre a importância do aleitamento e seus inúmeros benefícios identificados nas falas, a angústia causada pela prematuridade, a preocupação com o estado de saúde e a ansiedade até que o bebê possa iniciar a sucção dificultam a transição ao seio materno. As dificuldades e obstáculos relacionados à amamentação do bebê prematuro e, muitas dessas circunstâncias influenciaram na execução da técnica da translactação como exposto nas falas a seguir: No começo foi muito difícil, nossa [...] eu tive muita dificuldades, era uma ml atrás de outra [...] A primeira mamada ele precisou do oxigênio. (Cygnus) Foi muito difícil para ela aprender [...]. Essa fase prá superar foi dura, achei que não ia superar. Foi errado, foi difícil [...] Eu tinha bastante medo. (Lyra) Eu pensei que eu não ia conseguir. [...] eu tinha um pouco de medo, eu achava a boquinha dela muito pequenininha, ela não tinha muita força [...] qualquer coisinha e eu já pensava que não ia conseguir sustentar eles, que eles iam chorar de fome. (Lepus) Conclusão As mães reconhecem o valor do aleitamento materno e que este é fundamental para a recuperação do seu bebê. Entretanto, o ambiente em que a família está inserida e as circunstâncias envolvidas geram ansiedades que podem levar ao fracasso do aleitamento materno. Sendo assim, a translactação mostrou-se uma estratégia no auxílio ao aleitamento materno, constituindo-se mais uma ferramenta capaz de incentivar, promover e manter a amamentação. Contribuições / Implicações para a Enfermagem O presente estudo mostra que uma melhor compreensão desse processo, na perspectiva da mãe que o vivencia, poderá subsidiar a atuação dos profissionais que trabalham com o aleitamento materno do prematuro, propiciando melhores resultados na utilização dessa estratégia, tentando assim manter aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, reduzindo a morbimortalidade infantil. Descritores: Aleitamento materno. Prematuro. Métodos de alimentação. Referências 1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso/ Secretaria de Políticas de Saúde, Área Saúde da Criança. 1° edição. - Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 2. Rocha CR da, Silva LR da, Soeiro G et al. Aprendizado e prática do aleitamento materno na unidade de terapia intensiva neonatal: vivência de mulheres. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(1):641-8, mar., 2013. 3. Aquino RR; Osório MM. Alimentação do recém nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno; Rev. Bras. Saúde Mater. Infant 2008. 8(1): 11-6. 4. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p

13833

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ARMINDO EDVINO STUMPF

EXPERIÊNCIA NO USO DA UMIDIFICAÇÃO NA INCUBADORA

Salvado, AC; Stumpf, AE; Reis, DC; Rodrigues, F; Soares, T; Motta, GCP;

Introdução: O nascimento prematuro causa ao bebê uma perda excessiva de fluidos transepidérmicos pela incapacidade de reter a umidade e pela inabilidade da sua pele em regular a homeostase pelo pH[1]. Para evitar este processo é indicado o uso de incubadoras umidificadas até 85%. As vantagens da umidificação são evidenciadas no melhor controle térmico e no controle hidroeletrolítico, reduzindo consequentemente a abertura de ducto patente arterioso além de contribuir na integridade da pele. Porém, aumenta o risco de infecções por bactérias e fungos, sendo imperativa a esterilização e troca diária dos umidificadores[2]. Objetivo: Descrever a rotina da unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no uso da incubadora umidificada com bebês nascidos com idade gestacional menor que 30 semanas. Método: Relato de experiência, dividido em duas etapas: revisão de literatura e apresentação das atividades observadas. Resultado: Em nossa prática utiliza-se a umidificação da incubadora a 90% em recém nascidos menor que 30 semanas nos três primeiros dias de vida, diminuindo para 70% até 15º dia de vida, e após 50% até completar 30 dias de vida. Considerações: A mudança na rotina gerou inquietação no grupo de enfermagem e equipe médica. Porém, a equipe percebeu que a umidificação da incubadora mantém o bebê aquecido, diminui o tempo de reorganização fisiológica e comportamental ao ser realizado algum procedimento, sendo visto como mais uma forma de humanizar a assistência ao recém-nascido.Descritores: Enfermagem Neonatal, Prematuro, Terapia Intensiva Neonatal.Referências:1-Sociedade Brasileira de Pediatria. PRO-RN. Programa de atualização em neonatologia. Artmed. Porto Alegre. Ciclo 5, módulo 2 e 3. 2008.2-TAMEZ, R.N. Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao recém nascido de alto risco. 5ªed. Rio de Janeiro, Guanabara Roogan. 2013.

13913

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BEATRIZ ROSANA GONÇALVES DE OLIVEIRA TOSO

PROTOCOLO DE POSICIONAMENTO DE RECÉM-NASCIDO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Toso, BRGO; Valter, JM; Viera, CS; Barreto, GMS; Delatore, S;

Resumo Introdução: O feto está constantemente rodeado pelas paredes do útero, que servem de apoio e referência para os seus movimentos. Quando colocado em incubadora, o Recém-Nascido (RN) se vê desprovido desses ritmos físicos e de seu espaço habitual, o que gera insegurança, irritabilidade, aumento da atividade motora e maior gasto calórico. Se for mantida a posição de extensão, a evolução motora vai ser dificultada e poderão ocorrer hipertonias transitórias dos membros inferiores, retração escapular e alteração das mensagens transmitidas ao Sistema Nervoso Central (SNC), provocando alteração no desenvolvimento do mesmo(1). Em relação aos Recém-Nascidos Prematuros (RNPT), a esse fato se soma a possibilidade de que podem apresentar atraso em seu desenvolvimento neuropsicomotor devido à imaturidade e fragilidade do seu sistema nervoso(1). Estes RNPT durante a hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são posicionados em uma variedade de decúbitos e posturas, experimentando diferentes forças de pressão através das articulações e músculos que influenciam positiva ou negativamente seu desenvolvimento(2). Diante disso, enfatiza-se a importância do apropriado posicionamento dos RNPT na UTIN, em busca de um adequado desenvolvimento neuropsicomotor, a partir do aprimoramento e padronização da assistência de enfermagem relacionada ao posicionamento. Objetivo: Verificar as indicações da literatura sobre o posicionamento dos recém-nascidos prematuros para construir um protocolo de Procedimento Operacional Padrão (POP) e validá-lo junto a enfermeiros especialistas da área. Método: Foi realizada revisão de literatura sobre a temática, em bases de dados nacionais e internacionais sobre as principais indicações de posicionamento de recém-nascidos (RN) internados em UTIN e suas principais influencias quanto ao desenvolvimento neuromuscular dos RN. A partir das indicações dos autores sobre o posicionamento procurou-se encontrar modelos de suporte do RN, tais como rolos de conforto e ninhos, adequados a estas indicações. A seguir, o POP foi estruturado e organizado no formato padrão utilizado pelo Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), sendo que neste descreve-se o conceito, objetivo do procedimento, quem são os responsáveis pela prescrição e pela execução do procedimento e a descrição detalhada de cada posicionamento. No POP foram descritas três formas de posicionamento do RNPT e o modelo de ninho que proporciona o posicionamento adequado. A validação do POP foi feita através da técnica Delphi, a qual permite obter consenso de grupo a respeito de um determinado fenômeno, para isto pediu-se a cinco especialistas que expressassem seu julgamento em relação a cada um dos itens propostos de acordo com escala Likert, a saber, concordo plenamente (5), concordo parcialmente (4), não tenho opinião (3), discordo parcialmente (2) e discordo plenamente (1). No instrumento de validação, questionou-se ainda a concordância semântica, sequência de apresentação, retirada, acréscimo ou modificações em cada item. O produto final desejável é a convergência de opinião, maior do que 60%, para validação do procedimento proposto. Os critérios para integrar o grupo de especialistas foram atuação na área por no mínimo cinco anos, formação específica em neonatologia, por meio de especialização, mestrado ou doutorado e ter tido produção científica na área nos últimos cinco anos. Deste modo, para este estudo, consideramos validade o produto final que compreendeu o POP para posicionamento do RNPT em berço aquecido e/ou incubadora, em UTIN, preconizado pelos especialistas. Resultados: O estudo permitiu desenvolver o POP proposto com validação dos especialistas, para melhorar o processo de posicionamento dos RN na UTIN do HUOP e estabelecer um padrão de posicionamento que

venha a ser utilizado por toda a equipe que atende os RN e também padronizar os ninhos usados na unidade para que o desenvolvimento neuromotor do RN seja adequado, diminuindo assim a incidência de sequelas para o bebê. Os RN em UTIN são posicionados de modo que sofrem diferentes graus de pressão através das articulações e músculos, influenciando os mecanorreceptores na preparação para o movimento coordenado de forma positiva ou negativa(3). Por outro lado, neonatos com fragilidades médicas e que permanecem em posições restritivas, experimentam compressão articular prolongada com refinamento mínimo de mecanorreceptores, predispondo-os para a deformação do esqueleto, encurtamento muscular e restrita mobilidade articular(4). Portanto buscou-se adequar a posição dos neonatos e proporcionar adequada pressão aos mecanorreceptores, para proporcionar a eles desenvolvimento adequado. Além disso, com o posicionamento adequado é possível dar suporte e postura ao movimento, aperfeiçoar o desenvolvimento do esqueleto e o alinhamento biomecânico, fornecer exposição controlada para variados estímulos proprioceptivos, táteis e visuais e, promover a calma e regular o estado comportamental do RN. Conclusão: Os RNPT possuem elevada predisposição a apresentar algum tipo de atraso em seu desenvolvimento neuropsicomotor e o posicionamento muitas vezes adotado nas UTINs auxilia nesse atraso. Percebe-se que existe um déficit na compreensão e execução de técnicas de posicionamento dos RN pela equipe de saúde que o atende, por isso estabelecer um protocolo que aborde essa temática auxilia no aperfeiçoamento das técnicas de posicionamento e melhora o cuidado, propiciando que o desenvolvimento neuropsicomotor dos RNPT seja adequado e que haja uma diminuição na incidência de sequelas e alterações no desenvolvimento. Implicações para enfermagem: A equipe de enfermagem permanece mais tempo em contato com o paciente na UTIN, tanto pelas características peculiares de organização destas unidades como pela demanda de cuidados intensivos dos RNs, portanto, é de suma importância que haja um conhecimento sólido da equipe quanto à influência do posicionamento no desenvolvimento destes bebês. É possível perceber que uma equipe de enfermagem bem orientada e com conhecimento sobre as técnicas adequadas de posicionamento dos RNs contribui grandemente para o seu desenvolvimento durante o período de internação diminuído assim as chances de possíveis sequelas. Referências: 1 Fernandes, PTS. A influência do posicionamento em "hammock" no desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG; 2011. 2 Merenstein GB, Gardner SI. Handbook of neonatal intensive care, 4ª Ed. St. Louis: Mosby; 1998. 3 Sweeney JK, Swanson MW. Neonatos e bebês de risco: manejo em UTIN e acompanhamento. In: Umphred, D. Fisioterapia neurológica. 2. ed. São Paulo: Manole; 1994, p.181-236. 4 Testa A, Lavrador MA, Barraca A. Protocolo de posicionamento do recém-nascido prematuro. Revista Referência; 2002; 1(8):79-83. Descritores: Enfermagem. Terapia Intensiva Neonatal. Posicionamento do Paciente. Eixo temático do trabalho: EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém-nascido.

14093

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRUNA NUNES MAGESTI

REGISTRO E ANOTAÇÃO NO PRONTUÁRIO SOBRE O MANEJO DA DOR NEONATAL: REVISÃO DE LITERATURA

Magesti, BNM; Silva, RWPS; Christoffel, MMC;

INTRODUÇÃO: A exposição do recém-nascido a procedimentos estressantes e dolorosos em unidades neonatais é frequente. Para uma assistência de qualidade é necessário avaliação e tratamento eficaz da dor. A anotação de enfermagem é uma forma de registro, sendo um meio de comunicação não verbal entre profissionais de saúde na unidade neonatal. Os registros no prontuário sobre as reações do recém-nascido são fundamentais para efetividade do tratamento. Com isso, os registros de enfermagem fornecem uma continuidade do cuidado e replanejamento deste1, porém anotações e registros são poucos frequentes. Assim, a dor e sua intervenção também devem ser registradas de forma rotineira. OBJETIVOS: Analisar a produção cientifica sobre o registro da dor do recém-nascido na unidade neonatal. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão bibliográfica na biblioteca virtual Scielo. Foram identificados 74 artigos, e após aplicar os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 6 artigos, sem recorte temporal. RESULTADOS: os estudos mostraram que existe uma relevante preocupação com o registro da dor pelos profissionais de enfermagem, porém este não é feito sistematicamente. Além disso, as anotações sobre a dor estavam incompletas, levando ao subtratamento da dor. CONCLUSÃO: A educação permanente sobre registro no prontuário se faz emergencial para os profissionais de saúde que atuam na unidade neonatal para melhorar a qualidade da assistência do manejo da dor no recém-nascido. CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM: O registro da dor do recém-nascido deve ser incentivado e aprimorado visando uma melhora na qualidade da assistência durante a permanência dos recém-nascidos na unidade neonatal. Descritores: Enfermagem, Registro, Dor 1- Matsuda L M, Carvalho A R S ; ÉVORA, Yolanda D M. Anotações/Registros de enfermagem em um Hospital- escola. Cienc Cuid Saude 2007;6(Suplem. 2):337-346

13691

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CARLA DA SILVEIRA PAULO FIGUEIREDO

A DOR DO RECÉM-NASCIDO DURANTE A PUNÇÃO DO CALCÂNEO: CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Figueiredo, CSP; Christoffel, MM;

Durante as primeiras horas de vida, o recém-nascido de risco é internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde é submetido a uma série de procedimentos que possibilitam a sobrevida, mas também podem ser fatores estressores e causadores de dor. Um desses procedimentos é a punção do calcâneo para coleta de sangue. A seguinte pesquisa tem como objetivo identificar a produção científica da enfermagem brasileira sobre as medidas não farmacológicas utilizadas para amenizar a dor do RN durante punção do calcâneo, no período de 2000 a 2010. Trata-se de um estudo bibliográfico onde foi utilizado a base de dados BDENF. As medidas de conforto citadas para alívio da dor foram redução de estressores ambientais como luminosidade e níveis de ruído ou barulho e contenção manual do RN, contato pele a pele ou método canguru, sucção não nutritiva que pode ser realizada utilizando-se a chupeta, o próprio dedo do neonato, a mão ou o dedo da mãe quando esta esteja presente ou o próprio dedo enluvado do profissional que realiza o procedimento, uso da glicose e amamentação durante a realização do procedimento. O tratamento da dor neonatal compreende uma das ações de grande relevância da equipe de saúde para o bem estar do bebê, visto que a dor interfere no restabelecimento da sua saúde, podendo apresentar repercussões a longo prazo em relação à integração da criança na sua família, ao desenvolvimento cognitivo e a aprendizagem, refletindo-se também, no aumento da morbimortalidade. É fundamental que a equipe de enfermagem esteja sensível à existência da situação de dor, para melhor avaliá-la e assim poder intervir. As intervenções propostas neste estudo são simples, não onerosas, de fácil aplicação e trazem como benefício o alívio da dor no bebê.

14195

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAROLINA ESCORCIO SANTANA DE CARVALHO

CEGONHA CARIOCA: CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE À REDE

Santanadecarvalho, CAROLINAESCORCIO; Evangelistacabral, IVONE;

Introdução: Estudo exploratório e quantitativo cujo objeto é a acessibilidade à assistência no contexto da Cegonha Carioca na Maternidade Alexander Fleming no período de 2007-2010. Os objetivos são: Identificar as barreiras de acesso à assistência e analisar o comportamento delas diante da implantação do programa Cegonha Carioca em 2010. Metodologia: O levantamento de dados quantitativos consiste na busca na base de dados do SUS/Tabnet, na revisão bibliográfica quanto à contextualização da Rede Cegonha no Rio de janeiro e análise dos dados. Resultados: A análise estatística simples dos dados aponta uma redução do número de óbitos neonatais dentro da maternidade. Há uma possível e ainda discreta melhora decorrente à implantação do programa. Observa-se uma melhor redistribuição das maternidades de referência, com aumento do número de RN cujas mães são residentes da área 3.3 e diminuição das de fora da área. Considerações: A diminuição das barreiras de acesso implica potencialmente na eficácia na Rede Cegonha e no cumprimento de seus objetivos, dentre os quais: Erradicar a peregrinação das gestantes em busca de atendimento para o parto e Manter a tendência de queda na mortalidade materna e neonatal. Além de, reduzir complicações evitáveis e suprir demandas da assistência aos neonatos com necessidades especiais de saúde. Contribuições: A enfermagem deve ser agente ativo neste contexto, sobretudo quanto à efetividade do planejamento da Cegonha Carioca e a política da Rede Cegonha, de modo que, é interventora direta no acolhimento do paciente, no cuidado direto dentro do ambiente hospitalar e na gestão do planejamento desse cuidado, visando uma atenção integrada e humanizada. Referências: [1]Manual prático para implementação da Rede cegonha. DF Brasília. 2012. [2]Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF), 2011.

14412

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAROLINA FERREIRA MARTINS

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: O PAPEL DA ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DE UM AMBIENTE TERAPÊUTICO

Martins, CF; Fialho, FA; Dias, IV; Amaral, JAM; Freitas, SC; Motta, ROL;

Introdução:O recém-nascido (RN) é pleno de potencialidades e vivencia desde sua vidaintrauterina uma série de transformações que são decisivas para o seu crescimento e desenvolvimento. Algumas situações o fazem necessitar de um cuidado mais complexo,levando-o à internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).Local que propicia ao RN uma experiência bastantediferente daquela vivenciada no ambiente uterino, visto que o introduz em um ambienteinóspito. Portanto, um dos papéis da enfermagem consiste na diminuição dosestressores da UTIN e na implantação de ações que resultem em um ambiente terapêutico. O RN de risco, mesmo quenão possa verbalizar suas vontades, deve serrespeitado quanto aos seus sinais de desconforto. A equipe de enfermagem, porpassar mais tempo junto ao neonato, reconhece melhor essessinais, podendo minimizar esse estado seatuar de forma eficaz e humanizada.Segundo Ferreira1, no ambiente hospitalar a humanizaçãorepresenta um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz deconciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento, respeito ético e cultural ao paciente.A hospitalização não deve constituir-seem uma experiência traumática ou uma interrupção no desenvolvimento. Por isso, se faz necessária à utilização de recursos que permitam de alguma forma minimizar os efeitos deletérios da hospitalização para os RNs. Os esforços realizados pelos profissionais de enfermagem, no sentido de humanizar o cuidado em UTIN, é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante.Objetivo:Identificar os estímulos que contribuem e os queprejudicam o desenvolvimento do RN de risco internado na UTIN e discutir asações de enfermagem que promovem o estabelecimento de um ambiente terapêutico. Descrição Metodológica:Foi realizada uma revisão bibliográfica cujo objetivo é mostrar através da literatura já publicada tudo sobre o ambiente de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a assistência de enfermagem prestada nesse cenário. O caminho percorrido após a escolha do tema foi aelaboração do plano de trabalho e a busca das bibliografias na Biblioteca Central da Universidade Federal de Juiz de Fora e nossistemas informatizados, utilizando aBiblioteca Virtual da Saúde (BVS).Resultados:Estudos apontam que um dos graves problemas da UTIN é o ambiente repleto de interferências. De acordo com Souza2, apesar da importância da UTIN para os neonatos doentes, essa unidade quedeveria zelar pelo bem-estar da criança em todos os seus aspectos é por excelência um ambiente agressivo, impessoal e de difícil adaptação. Esse ambiente é repleto de luzes fortese constantes, barulho, mudanças detemperatura, interrupção do ciclo do sono, visto que são necessárias repetidas avaliaçõese procedimentos, acarretando, muitas vezes, desconforto e dor. Estudos mostram que os níveis de ruído e luz dentroda UTIN são maiores que os permitidos pela Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) e que a exposição dos RNs a esses estímulos excessivos pode acarretar alterações tanto fisiológicas quanto comportamentais no seu desenvolvimento e, segundo afirma Otenio3, especialmente se o neonato for prematuro.As alterações fisiológicas provocadas no RN pelo excesso de ruído são: alterações no ritmo cardíaco, vasoconstrição periférica, hipóxia, aumento da pressão intracraniana e da pressão sanguínea, aumento da secreção de adrenalina, maior sensação de dor, dilatação da pupila e o estímulo inadequado das células cocleares, predispondo o neonato de risco à hemorragia craniana intraventricular, alterações no sonoe repouso, maior consumo calórico, dificuldade em ganho de peso, traumas e perda auditiva.A influência tanto do ruído quanto da luz intensos no padrão sono/repouso do neonato compromete a manutenção do ciclocircadiano

(dia-noite),prejudicando seu desenvolvimento neurológico e cognitivo. O grande desafio da equipe de enfermagem na prática diária da UTIN é oferecer uma assistência que resulte a melhor tecnologia de saberes, procedimentos e equipamentos, aliada ao acolhimento das necessidades subjetivas dos pacientes. Nos estudos analisados percebeu-se que a equipe de enfermagem tem conhecimento dos fatores ambientais prejudiciais ao cliente dentro da UTIN, no entanto, há dificuldade ou falta de interesse para modificar sua rotina de trabalho. Entende-se que nas emergências, o cuidado com a iluminação e os ruídos excessivos não são prioridade, mas acredita-se que em todos os outros momentos deveria haver mais atenção dos profissionais nesse sentido. O profissional necessita de uma sensibilização quanto ao manuseio, ao excesso de luz e de barulho, fatores esses prejudiciais à recuperação do bebê. Assim, conforme afirma Carvalho4, é de suma importância conhecer e estar atento à comunicação verbal e não-verbal emitida pelo RN e pelos próprios profissionais durante o desenvolvimento do cuidado.Para tanto, é de extrema relevância que toda a equipe de enfermagem trabalhe em função do melhor desenvolvimento do neonato, porém compreende-se que para ser bem-sucedido, um programa de redução de estímulos nocivos requer a cooperação também detoda a equipe multiprofissional.Conclusão:Estudos vêm demonstrando a ocorrência de sequelas e complicações nos RNsdecorrentes da sobrecarga sensorial advinda de ruídos e iluminação contínua. Tais sequelas podem ser minimizadas pela correta atuação da equipe multiprofissional dentro deum ambiente humanizado.Considerando o RN que necessita de cuidados intensivos, a preocupação com os estímulos do ambiente deve ser redobrada. A partir desse contexto, percebe-se que é fundamental para o profissional humanizar a UTIN, de forma a torná-la adequada às necessidades do neonato, família e equipe. Isso não implica em altos gastos, e sim no interesse, na vontade ena criatividade por parte das pessoasenvolvidas nesse processo.Contribuições e implicações para a enfermagem:É preciso modificar a maneira de intervir da equipe de enfermagem, incorporando esses novos conhecimentos,no sentido de identificar os fatores que influenciam, tanto positivamente quanto prejudicialmenteno desenvolvimento do neonato, a fim de buscar um ambiente agradável e favorável ao mesmo. Assim, cuidando do RN com maior competência técnica e habilidade sensitiva para percebê-lo como ser humano, estará sendo praticada uma assistência de enfermagem humanizada e com isso promovendo um ambiente terapêutico para o neonato que por ora necessita de tecnologia.Referências Bibliográficas:1. Ferreira CCM, Remedi PP, Lima RAGL. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível? Rev.Bras. Enferm. 2006;59(5):689-693. 2. Souza MWCR, Silva WCR, Araújo SAN. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. ConScientiae Saúde 2008;7(2):269-274. 3. Otenio MA, Cremer E, Claro EMT. Intensidade de ruído em hospital de 222 leitos na 18ª Regional de Saúde- PR. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2007;73(2): 245-250. 4. Carvalho WB, Pedreira MLG, Aguiar MAL. Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátrico. J. Pediatr (Rio J).2005;81:495-8. DESCRITORES: ruído; neonato; enfermagem.

14424

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAROLINA QUEIROZ DE SOUZA MENDES

PREVALÊNCIA DE NASCIDOS VIVOS COM ANOMALIAS CONGÊNITAS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Mendes, CQS; Cacella, BCA; Mandetta, MA; Balieiro, MMFG;

Introdução: Recém-nascidos com anomalias congênitas possuem necessidades e demandas diversificadas, exigindo do sistema de saúde um atendimento multiprofissional. O conhecimento da prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas pode contribuir para o planejamento de ações de prevenção e reabilitação. Objetivo: Identificar a prevalência da anomalia congênita em recém-nascidos do município de São Paulo, nos últimos cinco anos. Método: Estudo transversal, realizado a partir de Declaração de Nascidos Vivos do município de São Paulo, no período de 2007 a 2011, disponibilizados pelo Ministério da Saúde Brasileiro, no sistema TABNET. As variáveis foram: presença da anomalia congênita, características neonatais (sexo, idade gestacional, apgar, tipo de parto e peso ao nascer) e as maternas (número de consultas, faixa etária e raça). Utilizou-se a estatística descritiva para análise dos dados. Resultados: Do total de 955.990 nascidos vivos, no período estudado, 1,3% apresentaram anomalia congênita, sendo que em 2007 houve 0,82% casos e em 2011, 1,52%. As anomalias mais frequentes foram deformidades osteomusculares (20,7%), malformações do aparelho circulatório (20,2%) e deformidades dos pés (8,7%). Quanto às características neonatais identificou-se que 57,1% eram do sexo masculino, 75,7% possuíam idade gestacional entre 37 e 41 semanas, 70,2% apresentaram apgar entre 8 e 10 no primeiro minuto, 44,8% com peso ao nascer de 3000 a 3999g e 66,3% nasceram de parto cesáreo. Quanto às características maternas, identificou-se que 23,6% das mulheres possuíam idade entre 25 a 29 anos, eram de raça branca (67,0%) e tinham realizado mais de sete consultas no pré-natal (73,5%). Conclusão: Os resultados possibilitam conhecer a prevalência da anomalia congênita no município de São Paulo e servir de instrumento para planejamento na área de saúde. Descritores de Saúde: Anomalia Congênita. Epidemiologia, Recém-nascido

14426

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAROLINA QUEIROZ DE SOUZA MENDES

NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO AO NASCER NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Cacella, CQS; Mendes, CQS; Mandetta, MA; Balieiro, MMFG;

Introdução: o baixo peso ao nascer é considerado o mais importante fator de risco para a morbidade e mortalidade infantil, maior risco de infecções, hospitalização e propensão à deficiência de crescimento e déficit neuropsicológico pós-natal. A grande maioria dos recém-nascidos de baixo peso apresentam prematuridade e ou crescimento intra-uterino inadequado, e está associado às condições socioeconômicas, sendo um grande problema de saúde pública no Brasil. Objetivo: Identificar a prevalência de baixo peso ao nascer no município de São Paulo. Método: Estudo transversal, a partir da Declaração de Nascidos Vivos do município de São Paulo, disponibilizados no sistema TABNET, referente a 2007-2011. As variáveis estudadas foram características maternas, gestacionais, do parto e neonatais. Utilizou-se a estatística descritiva para análise dos dados. Resultados: Do total de 1.144.883 nascidos vivos, 9,6% apresentaram baixo peso; destes a média de peso foi de 2000,6 gramas (±499,39); idade materna 27,5 (±7,04) anos, solteiras (59,2%) e possuíam de 8 a 11 anos de estudo (53,8%). Das características gestacionais e do parto, 43,8% das mães possuíam idade gestacional entre 32 a 36 semanas, 82,4% gravidez única, 58,9% realizaram 7 ou mais consultas e 61% nasceram de parto cesáreo. Quanto às características neonatais, 53,3% eram do sexo feminino, apgar médio de 7,5 (± 1,97), no primeiro minuto, 8,8 (±1,43) no quinto minuto; e 3,3% apresentaram alguma anomalia congênita. Conclusão: a prevalência do baixo peso no município se mantém semelhante ao longo dos anos e requer análise dos seus fatores preditores para estabelecimento de políticas de prevenção. Descritores de Saúde: Epidemiologia, Recém-nascido de Baixo Peso, Fatores Epidemiológicos.

14588

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAROLINE MELO JORDÃO REIS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES DA TERAPIA INTRAVENOSA PERIFÉRICA: UMA ANÁLISE DA LITERATURA CIENTÍFICA

Rodrigues, EC; Reis, CMJ; Cruz, VOO;

CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES DA TERAPIA INTRAVENOSA PERIFÉRICA: UMA ANÁLISE DA LITERATURA CIENTÍFICA Resumo: Dispositivos intravenosos periféricos são comumente utilizados no ambiente hospitalar sendo um dos procedimentos mais dolorosos e estressantes para o recém-nascido. A flebite, infiltração e o extravasamento, são complicações frequentes da terapia intravenosa periférica. Esses eventos podem ser atribuídos a vários fatores, como o preparo do local de inserção, técnica de punção e tipo de infusão. Objetivou-se identificar os cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento da flebite, infiltração e extravasamento na produção científica nacional. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases Lilacs, Medline e Scielo. Selecionaram-se dez artigos dos últimos cinco anos, em português, disponíveis em texto completo que atendiam ao objetivo do estudo. Os resultados demonstraram que as medidas preventivas da flebite e infiltração utilizadas pelos enfermeiros são: utilização de cateter central de inserção periférica, troca da fixação, antissepsia da região, observação do local puncionado, dose e horário corretos da medicação, lavagem das mãos e rodízio do local de punção. Para tratar as complicações foram identificados os cuidados: retirar o acesso, usar compressas mornas ou frias, pomadas anti-inflamatórias e enfaixamento do local afetado. Concluímos há necessidade de outros estudos que embasem a prevenção e tratamento da flebite e infiltração em recém-nascidos, contribuindo para um cuidado seguro, baseado em evidências e para a redução da dor e sofrimento do recém-nascido. Referências: Cardoso JMRM, Rodrigues E.C, Rodrigues BMRD, Faria JCF. Escolha de veias periféricas para a terapia intravenosa em recém-nascidos: relatos da equipe de enfermagem. Rev RENE 2011, 12(2): 365-73. Rodrigues EC, Cunha SR, Gomes R. "Perdeu a veia": significados da prática da terapia intravenosa na unidade terapia intensiva neonatal. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro 17(4): 989-999.

14522

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CATIA BARROS LISBOA

Anormalidade Congênita: Sistematização da Assistência de enfermagem com abordagem nos cuidados paliativos

Lisboa, CB; Lima, CM; Lima, PC; Medeiros, MAS; Lívio, TA; Fernandes, AJC;

Introdução: Devido aos avanços das tecnologias para melhoria das condições de assistência ao recém-nascido podemos observar que ocorreu um aumento significativo na sobrevida de recém-nascidos com algum tipo de anomalia congênita1. As anomalias congênitas são defeitos na forma, estrutura e/ou função de órgãos, células ou componentes celulares presentes antes do nascimento e surgidas em qualquer fase do desenvolvimento fetal . Estes defeitos podem apresentar-se isolados (presença de um defeito) ou associados (dois ou mais defeitos), compondo síndromes de causas genéticas e/ou ambientais2. Em nosso cotidiano, atuando em uma unidade de internação neonatal, observamos o quanto é difícil para os profissionais de saúde em lidar com essas situações, em razão da sua complexidade. Por se tratar de um hospital de referência para o atendimento de gestações de alto risco, há um grande número de nascimentos de crianças com algum tipo de anomalia congênita, o que desencadeia nos profissionais de saúde, a preocupação em garantir e ampliar a qualidade do cuidado prestado a essas crianças e respectivas famílias. Tentando buscar formas de prestar o cuidado a esses recém-nascidos, podemos utilizar a abordagem de cuidados paliativos que tem como principio promover a qualidade vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento.Através da identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual3. Objetivo: Relatar a experiência em realizar a sistematização da assistência de enfermagem e elaboração de um plano de cuidados para um recém-nascido com anomalia congênita severa onde foi abordando o cuidado paliativo. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, desenvolvido por enfermeiras e residentes de Enfermagem de uma maternidade Escola de Alagoas, referência para alto risco. Realizou-se revisão de literatura e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com utilização da CIPE 2.0. Teve como desenho metodológico o relato de experiência, que permite um aprofundamento da unidade estudada, respeitando-se os aspectos éticos. Descrição do caso: Rn nascido em 02.07.2013 sexo feminino com 1920 gramas, estatura de 44 cm, Pc 31,5 e PT 26 cm. Apgar 1ºmin 4 e 5º min 7, Capurro 39 semanas. Feito VPP com ambu e mascara, evoluindo com desconforto respiratório. Genitora com 44 anos, Solteira, morado do municipo de girau do ponciano, agricultora G11 P10 A0. Deu entrada na maternidade apresentando bolsa rota < 24 horas. Gestação única e parto vaginal. Ao exame físico REG, gemente, apresentando fenda palatina e lábio leporino, tiragem subcostal. Ao chegar na Unidade Cuidados Intermediários instalado oxihood com FiO2 a 50%, SOg aberta. Admitido na UCI apresentando desconforto respiratório intenso, com queda de saturação no hood, sem possibilidade de instalação de CPAP com pronga nasal. Tentado CPAP com máscara, mas sem boa saturação. Rn apresentando cianose importante sendo intubado com COT 2,5. Com bastante dificuldade devido às malformações de VAS e tansferido para UTI neonatal. Posterioremente observado cardiopatia ACV: RCR em 3 T, BNF sem sopro - galope. Realizado acesso central no dia 2º dia de internação (DI) em subclávia esquerda. Apresentou icterícia no 3º DI iniciado fototerapia com proteção ocular. Evolui no 5ºDI apresentando convulsão iniciado fenobarbital e suspenso fototerapia . Realizado Ultrassonografia Transfontanela - achados ecográficos sugestivos de variante de Dandy- Walker com presença de liquido em fossa posterior, elevando a tenda ao cerebelo, posteriormente ao cerebelo. Leve dilatação dos ventrículos laterais. Avaliação geneticista fenda palpebrais obliquas para cima, orelhas baixo implantadas e rotadas

posteriormente. Fenda lábio palatina difícil avaliação no momento devido a intubação. Camptodactilia nas mãos, com sobreposição do 2º e 4º sobre o 3º quirodáctilo, bilateralmente. Calcaneos proeminentes. Ecocardiografia comunicação interatrial ampla. Comunicação interatrial ampla, comunicação interventricular ampla, canal arterial pérvio. Criança avaliada pelo geneticista que fez as seguintes hipóteses: polimalformado? Edwards? E cromossomopatia? No 17º DI instalado Hood, saturação em 95%, FC 145, apresentando melhor padrão respiratório - programado retornar para VMNI com mascara para repouso e pela manhã hood. No momento apresenta palidez, evacuações com sangue evoluindo para um estado geral grave, acionotico, dispnéico,hipocorado, AR: MV diminuídos em AHT, Abdomem semigloboso, distendido e extremidades aquecidas. Resultados: Uma vez realizada a coleta de dados, elaborou-se o plano de cuidados de enfermagem, sendo avaliadas as intervenções e os resultados através da evolução diária do RN. Principais diagnósticos encontrados: débito cardíaco comprometido, Padrão Respiratório Comprometido, desmame ventilatório comprometido, Susceptibilidade à Infecção Positiva; Dor atual, convulsão atual, Apego da criança ao cuidador comprometido como intervenções de enfermagem: Manter o RN em incubadora aquecida; Realizar balanço hídrico rigoroso; Avaliar sinais vitais; Oferecer cuidados agrupados de forma humanizada; Promover conforto e posicionamento adequado do RN; Minimizar o desconforto respiratório, mantendo vias aéreas pérvias; verificar a ocorrência de manifestações neurológicas e comunicar a equipe; promover ambiente reservado e calmo; Incentivar os pais a tocarem no neonato; Reforçar participação dos membros da família em cuidados com o neonato; Encorajar comunicação entre membros da família e equipe; Utilizar medidas não farmacológicas para o alivio da dor.Conclusão: Através desse relato e possível perceber como utilizar a sistematização da assistência de enfermagem com enfoque no cuidado paliativo, já que se tratava de um recém-nascido com múltiplas anomalias e quanto é importante ressaltar que o plano de cuidados paliativos deve ser individualizado e específico para as necessidades de cada recém-nascido. Contribuições e implicações para enfermagem: Proporcionar ao enfermeiro que cuidam de recém-nascido que é necessário pensar na inserção da enfermagem de maneira eficaz e profunda no cuidado paliativo, uma vez que o cuidado é inerente a nossa profissão. Assim, podemos nos sentir responsáveis por ajudar recém-nascido e crianças com doenças crônicas em processo de morte, tendo como ênfase a preservação de sua dignidade. Além de trazer uma reflexão sobre o nosso foco principal que é o cuidar. Referências: Guiller CA, Dupas G, pettengill MAM. Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 20, n. 1, Mar. 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100004&lng=en&nrm=iso>.
Acessado 10 Aug. 2013. BRITO, VRS et al. Malformações congênitas e fatores de risco materno em Campina Grande - Paraíba, Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 27-36, abr./jun.2010.Lopes CO, Lopes SO. Cuidados Paliativos. In: Enfermagem Pediátrica. Fonseca, AS. São Paulo: Martinari; 2013. p. 281-308.Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia prático. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. Descritores: Cuidados Paliativos, Anormalidades Congênitas, cuidados de enfermagem.

14176

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CECÍLIA DREBES PEDRON

MANUAL EDUCATIVO DE ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO TARDIO: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Pedron, CD; Zuberbuhler, MK; Evaldt, ACKP; Silva, DM;

MANUAL EDUCATIVO DE ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO TARDIO: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO No Brasil, nos últimos anos vem sendo discutido sobre assistência ao Recém-Nascido Pré-Termo Tardio, que são aqueles que nascem entre 34 e 36 semanas e 6 dias de idade gestacional. Anualmente 190.000 bebês brasileiros nascem com idade gestacional menor que 37 semanas. Os prematuros tardios são responsáveis por mais de 70% dos nascimentos prematuros, tornando-se uma "nova epidemia na área da neonatologia". São considerados mais susceptíveis a ter uma série de problemas, como: dificuldades com a alimentação, risco para doenças como a hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, dificuldade de ganho de peso, instabilidade da temperatura, levando mais tempo para se adaptar as exigências da vida extrauterina, necessitando ser internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, na qual é afastado dos seus pais para receberem o cuidado necessário a manutenção de sua vida. Em relação aos pais, estes percebem as limitações dos seus filhos, na qual emergem sentimentos de preocupação e medo de como cuidar de um recém-nascido com tantas particularidades, pois seus filhos estão bem assistidos por profissionais que são capacitados em intervir em qualquer situação envolvendo seu filho, entretanto, o suporte de vida destes recém-nascidos está relacionado diretamente aos cuidados prestados pelos pais no domicilio. 1,2 Percebe-se a necessidade de realizar estratégias que instrumentalize os pais para desenvolver os conhecimentos e habilidades no que concerne aos cuidados domiciliares do recém-nascido, objetivando a redução da ansiedade e melhorando a confiança dos pais após a alta hospitalar. A utilização de tecnologias criadas por profissionais enfermeiros como instrumentos que auxiliam o seu trabalho é pouco divulgada, e as publicações na literatura sobre essa temática ainda são escassas. Considerando essa realidade e a notória escassez de material educativo produzido para os pais acerca dos cuidados desse grupo, uma profissional enfermeira desenvolveu um manual educativo de orientações de cuidados aos pais. Os temas abordados no manual envolveram: conceito de um recém-nascido pré-termo tardio; temperatura; sinais e prevenção de hipoglicemia; banho do bebê; higiene do coto umbilical; respiração do bebê; icterícia neonatal e seus sinais; alimentação do recém-nascido; benefícios do leite materno; dificuldade dos bebês prematuros tardios na amamentação; orientações para posicionamento de sucção em seio materno; orientações sobre as necessidades nutricionais do recém-nascido prematuro tardio; orientações sobre conduta após engasgo e para prevenção do mesmo; orientações sobre vômitos intensos; ordenha manual; formas de alimentação do recém-nascido com auxílio de copo; acompanhamento de desenvolvimento psicomotor. Para este material ser considerado apto como recurso educativo, houve a necessidade de passar por um processo de validação, a fim de se conhecer sua eficácia e eficiência, na qual o presente estudo tencionou validar este manual educativo de orientações de cuidados ao Recém-Nascido Pré-Termo Tardio. Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, com foco na avaliação e aperfeiçoamento do manual, através da avaliação dos pais de recém-nascidos pré-termo tardios e equipe multidisciplinar envolvendo enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas e fonoaudiólogos 3,4. O estudo ocorreu entre maio-junho de 2013, na Unidade de Terapia Intensiva-Neonatal de um Hospital Universitário na região metropolitana de Porto Alegre-RS. Os dados foram organizados por meio da análise do modelo de Bardin,5 emergindo as categorias Comentários, Sugestões e Aprendizado. Na primeira, os informantes expressaram que as orientações contidas no manual são importantes, em

relação à leitura, tanto os profissionais e mães consideraram que o manual contribui para diminuir suas dúvidas. Na segunda Categoria Sugestões, emergiu três subcategorias: Substituição, inclusão e exclusão. No tópico substituição o ponto mais relevante foi acerca de termos científicos, layout, design do manual e ilustrações. Na inclusão, o aspecto com maior destaque, foi adicionar informações acerca do refluxo gastroesofágico e orientações caso o recém-nascido se engasgue. Na exclusão, acerca da quantidade de informação, foram excluídas informações consideradas pelos informantes como pouco relevantes no momento. A última categoria representou o Aprendizado, na qual reportaram que o manual traz influências positivas na construção do saber. Tendo em vista os resultados desta pesquisa, a partir da participação de mães e equipe multidisciplinar, foram alcançados os objetivos propostos pelo presente estudo conduzidos pela validação do manual. Esta validação conferiu maior credibilidade ao manual educativo e de seu conteúdo, fazendo com que estivesse de acordo com a necessidade do público alvo, comprovando sua eficácia, mostrando-se apto a ser utilizado como um recurso educativo que visa auxiliar os pais para a realização dos cuidados diários ao Recém-Nascido Pré-Termo Tardio quando alta hospitalar. Essa etapa assegurou o conhecimento da qualidade do manual, quanto à compreensão das informações, acessibilidade da linguagem utilizada, apresentação, eficácia e apontando para possíveis necessidades de reajustes e modificações. Ressaltamos a importância do profissional enfermeiro, tendo papel corroborativo nas ações de promoção e educação em saúde no ambiente hospitalar, que necessita utilizar-se de estratégias que vise o esclarecendo de dúvidas e auxilie os pais na tomada de decisões que podem contribuir para melhorar o cuidado despendido pelos pais para seus filhos no domicílio, garantindo uma atenção qualificada nos cuidados a essas crianças vulneráveis. Descritores: recém-nascido; educação em saúde; manuais. 1 Pesquisa apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil, Campus Gravataí. 2 Enfermeira. Mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Curso de Enfermagem da ULBRA Gravataí. E-mail: cepedron@gmail.com 3 Enfermeira formada pela Universidade Luterana do Brasil - Campus Gravataí. 4 Enfermeira formada pela Universidade Luterana do Brasil - Campus Gravataí. Enfermeira do Hospital Universitário ULBRA/ Mãe de Deus - Canoas. 5 Enfermeira. Mestre em enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Professora e Coordenadora do Curso de Enfermagem da ULBRA Gravataí. Referencias 1. Mcgrath JM. "He's just a little small:" helping families to understand implications of caring for a late preterm infant. Newborn Infant Nurse Rev. 2007;7:120-121. 2. Santos GFN. Prematuridade tardia: a nova epidemia. Revista Nascer e Crescer do hospital de crianças Maria Pia. n.3. 2010. 3. Polit D, Beck C, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Trad. Ana Thorell. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2004. 4. Echer, IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v.13, n.5, p.729-36, 2005. 5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. 2009.

14223

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CLARIGLEIDE MENEZES DE LIMA

DESLOCAMENTO DE PONTA DO PICC APÓS REPOSICIONAMENTO DE MEMBRO PUNCIONADO: RELATO DE CASO

Lima, CM; Lisboa, CB; Leite, CM; Mascarenhas, MLVC; Lima, PC; Lívio, TA;

INTRODUÇÃO: O Cateter Central de Inserção Periférica (peripherally inserted central venous catheter - PICC) foi descrito na literatura pela primeira vez em 1929, como uma alternativa de acesso venoso central por via periférica, quando um médico alemão chamado Forssman se auto cateterizou com uma sonda uretral através de uma veia da fossa cubital, mas pela precariedade dos materiais, o procedimento não foi implementado na época. O PICC é um dispositivo vascular de inserção periférica com localização central.1 Nos dias atuais é um dispositivo utilizado no auxilio da terapia intravenosa para Recém Nascidos (RN) principalmente os prematuros. As vantagens relativas à terapia com a utilização do PICC são: a redução do desconforto do paciente, que não passará pelo estresse das múltiplas punções venosas; a possibilidade de ser inserido por enfermeiros e à beira do leito; o fato de ser uma via confiável para administração de antibióticos, nutrição parenteral e quimioterápica; menor risco de contaminação.2 O PICC é considerado por muitos autores como um dispositivo de acesso vascular seguro, por permitir a administração de fluidos e medicamentos que não podem ser infundido em veias periféricas e sim diretamente na circulação central. As indicações para o seu uso incluem administração de nutrição parenteral com concentração de glicose alta; infusão de medicamentos vesicantes, irritantes, vasoativos, de soluções hiperosmolares ou com pH não fisiológico, a exemplo de alguns antibióticos e de quimioterápicos.2 O sucesso na inserção do PICC é obtido quando a ponta do cateter posiciona-se centralmente, isto é, em veia cava superior em seu terço superior ou inferior. Pontas de cateteres posicionadas centralmente estão associadas com baixas taxas de complicações comparadas aos cateteres não centrais. Certificar-se da localização inicial da ponta do cateter PICC, após o procedimento de sua inserção, é uma medida de segurança recomendada aos profissionais que atuam no manejo do cateter PICC.3 O cateter é considerado em posição periférica, quando se localiza fora dos limites do tórax, com a ponta próxima a veia axilar. Nesta localização, não se deve ministrar soluções hiperosmolares, irritantes ou vesicantes.4 O comprimento do cateter PICC a ser inserido depende da veia e do membro escolhido, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de assistir todos os pacientes com cateter PICC incluindo a checagem da posição da ponta do cateter pela radiografia (RX) de tórax imediatamente após sua inserção.1 Através do RX confirma-se a posição, devido à complexidade do procedimentos são recomendadas medidas prévias para a inserção do PICC, como, por exemplo, a solicitação do serviço de radiologia para realizar RX de tórax ao inserir o cateter; posicionamento do paciente em decúbito dorsal, mantendo o membro, preferencialmente o superior direito, em ângulo de 90º em relação ao tórax; a mensuração com fita métrica do perímetro braquial e a distância entre o ponto de punção e a articulação escapulo umeral, deste ponto até a fúrcula esternal e, em seguida, até o terceiro espaço intercostal.5 OBJETIVO: Descrever um caso de deslocamento de ponta do PICC visualizado em RX, após reposicionamento de membro puncionado. METODOLOGIA: Estudo descritivo do tipo relato de experiência. A coleta foi realizada com consultas aos dados contidos no prontuário e analisados com consulta ao referencial teórico. RESULTADO: Recém Nascido (RN), do sexo masculino, nascido de parto cesárea, com peso de 1640 kg, capurro 32 semanas e 2 dias. Ao nascimento gemente, taquipnéico, desconforto respiratório. Foi Intubado, instalado Ventilação Mecânica, recebeu surfactante, RX antes e depois do surfactante, submetido a cateterismo umbilical, iniciado antibiótico, sonda orogástrica aberta, repetindo surfactante no 3º dia de internação (DI). No 4º DI apresentou icterícia da prematuridade sendo

iniciada fototerapia, iniciou dieta e novo esquema de antibiótico. No 6º DI submetido à PICC, realizado medida com técnica correta procedimento sem intercorrências, puncionado veia cefálica acessória, RX confirmando posição de ponta no 3° (terceiro) espaço intercostal, no momento do RX membro puncionado rente ao corpo, realizado curativo com gaze e cobertura transparente. No 7º DI, realizado novo RX de tórax de rotina para avaliação pulmonar, onde foi visualizada posição de ponta do cateter no 1º (primeiro) espaço intercostal. Verificado no RX que a posição do membro puncionado estava a 90° em relação ao corpo. No 9º DI instalado Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), no mesmo dia instalado cpap nasal e após hood. No 13º DI encontrava-se em ar ambiente curativo do PICC com cobertura transparente sítio de inserção sem intercorrências. CONCLUSÃO: A confirmação da localização da ponta do PICC, através de exame de RX é de grande importância e faz parte do procedimento de inserção do PICC, só após a confirmação da posição da ponta do cateter é que pode ser liberada sua utilização. Neste relato a localização da ponta do cateter após a inserção foi confirmada através de RX e encontrava-se no 3º espaço intercostal, no segundo RX 01 (um) dia depois, a ponta do cateter estava localizada no 1º espaço intercostal. O que chamou a atenção é que o posicionamento do membro puncionado no 1° RX encontrava-se rente ao corpo diferente do que ocorreu no 2º RX que o membro encontrava-se a 90° em relação ao corpo, o cateter estava sem deslocamento exterior e sem ter sido tracionado. Deixando claro que o não posicionamento correto como a ponta localizada acima do terço superior ou inferior da veia cava superior poderá ocasionar um deslocamento da ponta do cateter ficando o mesmo numa localização não central. Caso localize-se a um centímetro da veia axilar em direção ao tórax, será considerado central, mas com a mudança de posição do membro puncionado, como aconteceu neste caso, estará periférico, perdendo todas as vantagens do PICC em relação a drogas vesicantes e irritantes que só podem ser administradas em cateter central, podendo ocasionar complicações como infiltração, extravasamento, necrose tecidual e flebite química. CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Este trabalho contribuiu de forma efetiva para a assistência de enfermagem voltada para a inserção e manutenção do cateter PICC. A realização deste relato despertou para que seja feita uma análise minuciosa da localização inicial do cateter antes de liberá-lo para uso. A enfermeira ao realizar o procedimento e confirmar o posicionamento pode se antecipar para possíveis extravasamentos e infiltrações, tornando o uso do PICC mais eficaz diminuindo as complicações. DESCRITORES: PICC, Recém Nascidos, Enfermagem REFERÊNCIA: 1. Brandão, M. N. M. O Cuidado do Enfermeiro ao Recém Nascido em Uso de Cateter Central de Inserção Periférica: uma revisão integrativa Teresina (PI), 2012 Artigo Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI) 2. Silvia, V. C. J., Secoli, R. Complicações Acerca do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC). Ciências Cuidado e Saúde 2007 Abr/Jun;6(2): 252-260 3. Camargo, P. P., Kimura, A. F., Toma, E., Tsunechiro, M. A. Localização Inicial da Ponta de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) em Recém Nascidos 2008. 4. Silva, A. V. S., Oliveira, R. M. C., Frota, A. M. B., Dellaguardia. L. Protocolo de Cateter Central de Inserção Periférica em Neonatologia e Pediatria Hospital Infantil Albert Sabin Secretaria de Saúde do Ceará 5. Garcia, S. R. N. Prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea Decorrente da Inserção de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) em Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal São Paulo 2010.

14614

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CLAUDIA MARIA FERNANDES

CARACTERIZAÇÃO DA MORBIDADE E ALTA CLÍNICA DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

Fernandes, CMF; Alves, AAP; Silva, AMSG; Barbosa, JBS; Sá, PCSL; César, ACLL;

INTRODUÇÃO: O período neonatal é considerado um dos mais críticos na vida do ser humano, pois nesse momento, se dá a transição do ambiente intra para o extra-uterino, sendo necessárias várias adaptações, dentre essas estão a respiração, a circulação e a termorregulação1. O recém-nascido de risco é a criança de 0 a 28 dias que apresenta risco de vida, em decorrência de imaturidade de múltiplos sistemas ou de algum processo patológico, necessitando, assim, de cuidados intensivos para sua sobrevivência2. Por isso, a mortalidade infantil é tida como algo preocupante provocando impacto negativo para a família como para sociedade. Sendo assim, as políticas de saúde vigente estão diminuir a mortalidade infantil investido na atenção básica e na assistência de qualidade no parto e primeiro ano de vida dessa criança. Com isso, verifica-se que o Brasil tem investido recursos nas melhorias das condições de saúde e em recursos que visem à redução dessa taxa, entre eles destaca-se a queda da taxa de fecundidade, a melhora geral das condições de vida, aumento na escolaridade das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde, o avanço das tecnologias médicas em especial a imunização, a terapia de reidratação oral, o aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros3. No entanto, verifica-se que ainda deve ser dada importância a conjuntura hospitalar observando a necessidade de incorporar novos espaços para o cuidar que diminua a mortalidade neonatal no ambiente hospitalar, para tanto as Unidade de Cuidados seja ela Intensiva ou Intermediária são capazes de monitorar, manter e restaurar a saúde dos recém-nascidos de risco1. Portanto, a manutenção do recém nascido (RN) nesse ambiente facilitará o desenvolvimento de condutas e bem como detectar qualquer intercorrência no desenvolvimento, de modo que seja possível intervir o mais rápido possível, empenhando-se em prevenir ou minimizar problemas futuros4. Sendo assim, torna-se imprescindível conhecer os dados epidemiológicos de uma determinada população concentrada em um determinado espaço geográfico, visto que, oportuniza uma maior clareza em relação aos problemas, e em especial a saúde infantil. Além de que evidenciam realidades que possam ser contornadas por meio de estratégias eficazes na redução da mortalidade infantil durante o período neonatal e bem como pode melhorar a assistência direcionada a uma clientela tão particular5. OBJETIVO: Identificar a morbidade e a alta clínica dos RN's atendidos em uma Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) de uma cidade do sertão paraibano. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva. A população foi composta por 76 neonatos vivos e admitidos no período de 01 de Janeiro a 31 de Julho de 2013. A coleta de dados foi realizada através do registro do livro de ocorrência da UCI, utilizando-se um formulário próprio, incluindo variáveis relacionadas ao motivo da internação, morbidades e altas do neonato. A coleta dos dados foi realizada nos meses de Julho a setembro de 2013. Participaram da pesquisa todos os neonatos atendidos na UCI, não havendo critérios de exclusão. A pesquisa foi realizada em uma UCI de uma Maternidade pública, ela é referencia na macro regional de saúde para o atendimento de RN's em situação de risco. A mesma possui uma estrutura física pequena, com quatro incubadoras equipadas e outros equipamentos indispensáveis para a assistência e com Recursos Humanos capacitados para a assistência. RESULTADOS: Na análise dos dados percebeu-se que os principais motivos para a internação foram neonatos com dificuldades na adaptação ao meio extra-uterino, Quanto a morbidade constatou-se que a maioria deles foram internados por desconforto respiratório com 27% (21), prematuridade e desconforto respiratório com 21% (16) e a prematuridade com 13%(10), as outras causas como: pequeno para idade

gestacional, icterícia patológica, mal formação, taquicardia, cianose, convulsões, imperfuração anal, gemência, sepse, hemorragia digestiva e hipoglicemia perfizeram os 39% (29). Quanto ao destino dos RN's, observou-se um maior percentual de altas clínicas para o alojamento conjunto com 34% (26) dos neonatos, seguido de transferência para hospital de referência com 30% (23), alta hospitalar com 12% (9), óbito 9% (7) e sem informação na ficha 15% (12), CONCLUSÕES: Os dados da pesquisa realizada com neonatos no período de 01 de Janeiro a 31 de Julho de 2013 comprovam o que a literatura descreve, ou seja: neonatos com dificuldades na vida extra uterina nos primeiros momentos de vida, geralmente estão relacionados à prematuridade, apresentando também dificuldades respiratórias. A realidade dos dados da pesquisa não está diferente da realidade encontrada em outras UCI's desse imenso Brasil, principalmente quando nos deparamos com dados da região na qual estamos inseridas, o Nordeste. No estudo, o tipo de alta na qual o neonato recebeu demonstra que os recursos destinados para a recuperação deles foram eficazes, nesse contexto destaca-se a alta para o alojamento conjunto na maternidade e para a casa, perfazendo mais da metade do percentual desses neonatos. Como a UCI é um ambiente destinado a cuidados intermediários, justifica-se o percentual de transferidos para Unidade de Terapia Intensiva para as cidades referenciadas pelo SUS, demonstrando assim o compromisso e o interesse da equipe em manter viva e em boas condições o neonato. Quanto ao índice de mortalidade neonatal não discordância nos dados, logo, a maioria das UCI's estudadas apresentam o mesmo percentual.CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Mediante as informações da pesquisa, precisa-se investir mais no atendimento qualificado, investindo a partir da assistência ao pré-natal de qualidade realizado na atenção básica até o atendimento médico hospitalar durante o atendimento a gestante e o neonato na maternidade. A equipe de enfermagem tem uma parcela importante nesse contexto, ela deve investir mais na educação em saúde, no controle para não ocorrência de infecções, nas práticas seguras para a manutenção da saúde desse neonato já que o mesmo apresenta mais riscos para adquirir infecções que os nascidos em boas condições de vida. O poder público deve melhorar o numero de leitos destinados ao neonato de risco, e nessa perspectiva, melhorar o incentivo para a implantação e funcionamento de programas públicos. DESCRITORES: Recém nascidos ; Unidade de Cuidados intensivos; REFERÊNCIAS 1. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304. 2. Granzotto JÁ, Mota DM, Real RF, Dias CM, Teixeira RF, Menta Filho JC et al. Análise do perfil epidemiológico das internações em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, out.-dez., 2012, 56 (4): 304-307. 3. Benites PT, Nunes CB. Conhecendo o perfil do recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, diciembre, 2006, 10(3): 33-40. 4. Schmitz EM. A enfermagem em Pediatria e Puericultura. São Paulo: Atheneu, 2005. 5. Melson KA. et al., Enfermagem Materno - infantil: planos de cuidados. 3 ed. Coleção enfermagem prática. Rio de janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2002.

14201

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CLAUDIANA RIBEIRO DA SILVA

CUIDANDO RECÉM-NASCIDOS COM GASTROSQUISE: EXPERIÊNCIA DOS RESIDÊNTES DE ENFERMAGEM

Silva, CR; Martins, LA; Xavier, CFB; Costa, LS; Oliveira, MS; Camargo, CL;

INTRODUÇÃO. A gastrosquise caracteriza-se por malformação congênita - um defeito na base do pedículo umbilical, do qual exteriora-se parte das vísceras abdominais do recém-nascido (RN). Essa abertura abdominal situada à direita da inserção do cordão umbilical resulta na evisceração de órgãos da cavidade abdominal, que, intraútero, ficam flutuando livremente no líquido amniótico, podendo desenvolver um processo inflamatório. Estudos mostram que a incidência de gastrosquise tem aumentado em todo o mundo. Segundo dados do Estudo Latino-americanos Collaborative Malformações Congênitas (ECLAMC), a prevalência, na América do Sul, é de 2,9/ 10.000 nascidos vivos.1 Dados atuais trazem que a incidência de gastrosquise variam de 1-2 a 4-5 em cada 10.000 nascidos vivos.2 A gastrosquise pode ocorrer também como um defeito isolado ou associação com outras anomalias gastrointestinais.3 O RN com gastrosquise exige correção cirúrgica imediata ao nascimento - para minimizar as perdas de fluido abdominal, infecções e evitar danos para as vísceras expostas -4, a fim de reduzir as vísceras para dentro da cavidade e fechar a parede abdominal. A taxa de mortalidade é de 3,6%, estando essa patologia situada como a terceira principal causa de morte em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em hospitais espanhóis.5 Neste contexto, o enfermeiro possui papel fundamental durante o diagnóstico e o tratamento da gastrosquise, sendo responsável pela assistência direta ao RN, preparação dos pais e familiares no que tange a realização dos cuidados e as etapas que irão vivenciar. Cabe a esse profissional orientar os familiares que se trata de um processo de internamento longo com duração média de 35 dias, com elevada probabilidade dos RN desenvolver sepse infecciosa, além de informa-lhes sobre as possibilidades de sobrevida dessas crianças, apesar de um terço dos RN que desenvolve esse tipo de complicação ter risco de morte. Objetivo. Descrever experiências de residentes de enfermagem em neonatologia ao cuidar de recém-nascido com gastrosquise. Metodologia. Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizada por residentes de enfermagem (em neonatologia), durante as atuações práticas realizadas no primeiro semestre de 2012 com RN. O cenário do estudo foi uma UTIN de um hospital publico da capital baiana, sendo este referência estadual em cirurgia neonatal. Ressalta-se que foram respeitados os aspectos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional em Saúde. RESULTADOS: a apresentação dos resultados foram organizados em quatro categorias: 1) A expectativa da chegada do recém-nascido com gastrosquise - nessa etapa, com o intuito de preparar um ambiente adequado para a admissão do RN, os residentes de enfermagem tinham curiosidade e preocupação acerca do estado clínico desse paciente, da classificação da gastrosquise e do período operatório em que ele se encontrava; 2) O cuidado do recém-nascido com gastrosquise e sua interface com a família - durante a internação do RN com gastrosquise, frequentemente ocorrem instabilidades hemodinâmicas e complicações pós-operatória, porém, nesses momentos os enfermeiros buscaram orientar a família sobre os cuidados desenvolvidos e fortalecer o vínculo afetivo entre o paciente e sua família; 3) Momento de alta - momento raro, mas de grande alegria e satisfação para a equipe, como também para a família; nessa etapa foram compartilhados conhecimentos com a família a fim de auxiliá-la no cuidado ao RN no domicílio; e 4) O triste adeus - nesse momento, quando a morte é praticamente inevitável ou já confirmada, emergem os sentimentos de tristeza e impotência frente à doença, bem como a descrença nas medidas terapêuticas até então disponíveis. Anunciar o óbito à família representa uma das atividades mais difíceis. De modo geral, durante a

experiência dos residentes de enfermagem ao cuidar do RN com gastrosquise, afloraram alguns sentimentos como angústia, impotência, medo, fragilidade, desespero, tristeza, alegria, felicidade, afeição, entre outros. Conclusões. Assim, entende-se que a experiência de cuidar do RN com gastrosquise é permeada por significativas dificuldades de enfrentamento em atividades específicas de enfermagem. Isso exige do profissional da área, que permanece maior tempo junto ao paciente e sua família, constante equilíbrio emocional e elaboração de estratégias que busquem proporcionar um melhor enfrentamento da realidade e minimizar as dúvidas. Acredita-se que situações difíceis e inseguranças podem ser superadas se forem compartilhadas e discutidas coletivamente, como em grupos de estudos e/ou de treinamento específico para o desenvolvimento de atribuições nesta área, entre outras iniciativas. Fica notório que o cuidar dos enfermeiros ao RN com gastrosquise é permeado por sentimentos de amor, carinho e dedicação, entre outros. No entanto, ainda falta, por parte das instituições de saúde, promover suporte psicoemocional aos profissionais que trabalham com RN em estado de gravidade, uma vez que estes, presenciam o sofrimento dos RN, das mães e de seus familiares, e como pessoas sensíveis também precisam de suporte emocional para atuarem em um ambiente estressante onde o desgaste físico e emocional é constante. Contribuições para a Enfermagem. Em um contexto científico, é salutar destacar a necessidade de mais investimentos em pesquisa acerca do cuidar do RN com gastrosquise, em especial no âmbito da ciência enfermagem. Evidencia-se escassez de publicações científicas acerca da temática, destacando a necessidade de explorar formas diferenciadas de cuidados ao RN, família e cuidadores profissionais no contexto da gastrosquise, sobretudo por tratar-se de um grave problema de saúde, que esta atrelado à um alto índice de mortalidade no Brasil.REFERÊNCIAS 1. Castilhe EE, Mastroiacovo P, Orioli IM. Gastroschisis: Internacional epidemiology and public health perspectives. Am J Med Genet [Internet]. 2008 [cited 2012 july 20]; 148C: 162-79. Available from:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18655097>. 2. Santos HC, Magalhães JAA. Gastrosquise: diagnóstico pré-natal, seguimento e análise de fatores prognósticos para óbito de recém-nascidos [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade Federal de Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em medicina: ciências médica; 2010. 3. Abdullah F, Arnold MA, Nabaweesi R, Fischer AC, Colombani PM, Anderson KD, et al. Gastrosquise nos Estados Unidos 1988-2003: análise e classificação dos riscos de 4.344 pacientes. J Perinatol [Internet]. 2007 Jan [cited 2012 sept 01]; 27(1):50-5. Available from:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17036030 >. 4. Avery GB, Macdonald MG, Seshia MMK, Mullett MD. NEONATOLOGIA: fisiopatologia e tratamento de rescém-nascido. 6ª edição; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 5. Pachajoa H, Urrea MF, Torres J. Gastrosquisis em La unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, 2000-2004. Iatreia [Internet]. 2009 July-Sept [cited 2012 oct 15]; 22(3): 213-18. Available from:< http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932009000300002&script=sci_arttext>.Descritores: Recém-Nascido; Gastrosquise; Enfermagem.

13847

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CRISTIANE VÉRAS BEZERRA SOUZA

CONDUZINDO A PRIMEIRA VISITA DOS PAIS AO FILHO EM UTI NEONATAL: COMO FAZEMOS

Souza, CRISTIANE; Cabeça, LUCIANA; Carvalho, EVELLINE; Maciel, JACKE; Nunes, CIDÁLIA; Motta, ELAINNE;

INTRODUÇÃO: Atualmente uma das prioridades nos serviços de neonatologia tem sido a participação dos pais nos cuidados diretos ao recém-nascido (RN), assim como a inclusão deles nas decisões sobre seu filho.1 Diante disto, durante a primeira visita à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), os pais são abordados por um estado inicial de choque provocado pelo nascimento inesperado de um bebê em condições adversas e em seguida pelo confronto com uma realidade diferente da idealizada, traduzida por um RN frágil e com necessidade de cuidados especiais.2 Constitui um momento importante para desfazer ou confirmar as expectativas e impressões advindas do parto, e fazer emergir novos significados para a situação a ser vivenciada.3 Para amenizar essa situação , é preciso que os profissionais da UTIN reconheçam que a primeira visita é um momento crítico, porém favorável para incentivar o fortalecimento do vínculo familiar que é prejudicado pela separação do bebê e de seus pais logo após o nascimento.4 OBJETIVO: Relatar a vivência de enfermeiras no acompanhamento dos pais na primeira visita ao filho em uma UTIN. METODOLOGIA: Trata-se de estudo descritivo acerca de um relato de uma experiência em uma UTIN do município de São Luís- MA. RESULTADOS: No cotidiano vivenciado por enfermeiras em uma UTIN do município de São Luís- MA, que atuam junto aos pais no momento da primeira visita ao RN, procura-se agir de forma solícita, disponível para acolher, explicar e adaptá-los neste contexto antes de sua entrada na unidade e, muitas vezes, a mãe é visitada ainda no leito, no alojamento conjunto. Incentiva-se nesse primeiro contato a importância do estabelecimento do vínculo mãe-filho para desenvolvimento do bebê e algumas rotinas do serviço, como livre acesso aos pais na UTIN e visita dos avós e irmãos. A condição, o estado atual do RN, é exposta de forma clara e compreensível. Busca-se reconhecer e atender às necessidades dos pais permanecendo mais tempo ao seu lado e considerando seus questionamentos e sentimentos. Evidencia-se a importância da escuta sensível e da consideração do olhar do outro, estabelecendo uma comunicação empática, para os vínculos se constituírem e facilitarem as intervenções necessárias. Geralmente, nas primeiras 24 a 48 horas após o parto, acontece a primeira visita materna e, em alguns casos, este é o primeiro momento da mãe com o RN depois do nascimento, tratando-se de uma ocasião de significado especial para ambos, tornando-se o momento em que ocorre o reconhecimento mútuo através da voz, do toque e do olhar. Após a higienização das mãos, a mãe é conduzida até o leito do RN, acompanhada pela enfermeira, sendo incentivada a tocar e a conversar com o filho, chamando-o pelo nome e aos poucos sendo informada sobre as condições de saúde do RN e os tipos de aparelhos utilizados no tratamento. Vale ressaltar que explica-se e incentiva-se a prática do método Canguru desde este momento e, na maioria das vezes, é iniciado neste primeiro contato dependendo apenas da avaliação do estado clínico do RN. Aborda-se também o incentivo ao aleitamento materno, orientando quanto ao início da amamentação ou ordenha do leite materno para a dieta por técnica de gavagem. Também neste momento, a mãe é informada de que será garantida a sua alimentação durante todo o período em que estiver acompanhando seu RN. Prioriza-se atender às necessidades e solicitações emergentes e não transmitir informações desnecessárias ou em excesso, para que não agrave o estado de angústia da mãe, visto que algumas vezes as informações fornecidas não são assimiladas no primeiro contato. Faz-se importante o contato do médico neonatologista a fim de esclarecer informações quanto ao diagnóstico, à evolução do caso e aos exames a que o RN poderá ser submetido. Ressalta-se que neste serviço todas as

mães recebem atendimento da psicologia e serviço social. Assim, inicia-se o desenvolvimento de um vínculo com a equipe que estará cuidando do RN, baseado na confiança e no respeito mútuo. CONCLUSÃO: Este relato de experiência mostra que a atenção humanizada aos pais na primeira visita a UTIN é uma prática cotidiana neste serviço de neonatologia e que demanda um espaço constante de reflexões e compartilhamento sobre atitudes que valorizam os sentimentos expressos pelos pais e contribuem para amenizar a vivência dessa fase, minimizando as sequelas emocionais e psicológicas e estabelecendo um maior vínculo entre pais e filho. Acredita-se que uma assistência que priorize o apoio aos pais e às suas necessidades favoreça o estabelecimento e a continuidade do vínculo afetivo entre eles e o RN, tornando eficaz o cuidado prestado ao RN. O enfermeiro pode reconhecer e atender às necessidades dos pais, permanecendo mais tempo ao lado deles; ao considerar suas opiniões, dúvidas, questionamentos e sentimentos poderá construir interações efetivas, compartilhar os cuidados e, assim, elevar a qualidade e a satisfação da assistência prestada. É de grande relevância nos serviços de neonatologia a necessidade de haver discussão sobre a importância dessa acolhida aos pais no momento da primeira visita ao RN, visto a necessidade de prepará-los para a sua experiência na UTI. CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Implicações visíveis no aspecto prático-científico e teórico de Enfermagem. Torna-se pertinente que os serviços de neonatologia, em especial a equipe de enfermagem, revejam suas condutas e rotinas quanto à atenção aos pais no momento da primeira visita ao filho em UTIN, bem como estratégias e elaboração de protocolos que possam ser utilizadas, promovendo maior segurança e bem-estar aos pais e à equipe. REFERÊNCIAS: 1. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método mãe canguru. Manual do curso. Brasília(DF). 2009. 2.Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC, Carvalho JBL, Silva MLC. Representações das mães sobre a hospitalização do filho prematuro. Rev Bras Enferm. 2009 set out; 62(5);729-33. 3.Schmidt KT, Higarashi IH, Sassá AH, Marcon SS, Veronez M. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal. Percepção dos pais. Esc Anna Nery 2012 jan mar; 16(1);73-81. 4. Iserhard ARM, Budó ML, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. Esc Anna Nery. 2009 jan mar;13(1);116-22. Descritores: Enfermagem; UTI Neonatal; Pais.

14476

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CRISTINE DE FÁTIMA CORRÊA

SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO CANGURU: VIVÊNCIA MATERNA

Corrêa, CF; Souza, CVB; Oliveira, DPF; Rafael, EV; Rodrigues, EC; Souza, FS;

SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO CANGURU: VIVÊNCIA MATERNA Cristine de Fátima Corrêa Cristiane Veras Bezerra Souza Dinorah Pinheiro Ferreira Oliveira Eremita Val Rafael Elzimar Costa Rodrigues Francisca da Silva Souza INTRODUÇÃO: O desenvolvimento de estratégias para melhorar o panorama da mortalidade infantil no Brasil envolve a adoção de políticas públicas. Nesse sentido, a adoção do Método Canguru (MC) é uma alternativa viável devido a seus baixos custos, e por ser uma modalidade de cuidados de atenção humanizada que prioriza o contato pele prolongado entre a mãe e o recém-nascido (RN). É uma forma de atenção que incentiva e valoriza a presença e a participação da mãe e da família na unidade neonatal.1 Vários estudos têm demonstrado a eficácia do MC na sobrevivência de crianças pré-termo, considerando que favorece a prática do aleitamento materno, a formação do vínculo afetivo, a alta hospitalar antecipada, dentre outros benefícios. Com a adoção do MC o ambiente, a forma de cuidar dos RNs, da família e dos próprios trabalhadores da saúde foi transformada. A presença dos pais e da família teve como objetivo proporcionar maior interação mãe-pai-recém-nascido-família.2 O Método Canguru é um tipo de cuidado que prioriza o contato pele a pele entre a mãe e seu filho de forma crescente e prolongada desde o seu nascimento.3 OBJETIVO: Analisar a vivência da mãe na 2ª etapa do Método Canguru. METODOLOGIA: Estudo de natureza descritiva com enfoque qualitativo, realizado na Unidade Neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Foram coletadas informações por meio de entrevista sobre a vivência da mãe na segunda etapa do Método Canguru. Utilizou-se o diário de campo, onde foram anotados todos os encontros com os sujeitos. A utilização do gravador ocorreu quando houve maior interação entre entrevistados e entrevistadores. Participaram do estudo 13 mães de recém-nascidos pré-termo internados na Unidade Canguru. A análise dos dados foi feita por meio da transcrição das falas e leituras exaustivas das mesmas com o objetivo de extrair categorias e analisá-las à luz da literatura existente sobre a temática. Todas as mulheres foram informadas sobre a metodologia do estudo, e, em qualquer momento, puderam retirar-se da mesma, sem que isso lhes trouxesse qualquer penalidade ou prejuízo, conforme preconiza a resolução 196/96 que trata de pesquisa com seres humanos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer número 011/07. RESULTADOS: As mães participantes estão na faixa etária entre 15 e 35 anos, casadas, (84,62%), e com ensino fundamental incompleto (46,15%), A maioria trabalha (53,85%); e 69,23% tiveram parto vaginal. Quanto ao número de filhos, 69,23% tem até dois filhos e moram em casa própria (92,31%), com renda familiar variando entre 4 a 5 salários mínimos. A procedência (61,54%) é oriunda do interior do Estado. Após transcrição das falas foram realizadas leituras e releituras, onde se abstraiu as seguintes categorias e subcategorias: Categoria 1: Enfrentando o nascimento prematuro. Para as mães, vivenciar o nascimento prematuro significa experiências e sentimentos diversos. Nessa categoria abstraíram-se as subcategorias: preocupação, medo, coragem e religiosidade. Categoria 2: Superando dificuldades. Na categoria superando dificuldades, abstraíram-se as subcategorias: o apoio do profissional de saúde e da família, considerados importantes pelas mães na 2ª etapa do MC. As subcategorias foram estabelecidas de acordo com o suporte que a mãe recebeu para enfrentar o nascimento de um RNBP. Categoria 3: Estabelecendo vínculo. O nascimento de um bebê pré-termo representa complexos desafios tanto para os profissionais de saúde como para sua família. Considerando-se que o vínculo afetivo inicia sua formação intra-útero e terá sua efetivação após o nascimento, o parto prematuro vem permeado por dúvidas, conforme pode ser observado nas

subcategorias que emergiram dos discursos: cuidado, insegurança e confiança. Categoria 4: - Convivendo no dia-a-dia com outras mães. A união entre as mães surge como suporte na superação desse momento e auxilia de forma menos dolorasa no convívio diário. Emergiram as subcategorias: união, convivendo com as diferenças. Categoria 5: Preparando-se para o retorno. O retorno e os cuidados dispensados pelas mães aos seus bebês são as principais expectativas. Emergiu a subcategoria: expectativa. Toda família deseja um filho com saúde e, quando tem um bebê pré-termo sob seus cuidados, se sente triste por não poder retornar logo para sua casa. Esse retorno é esperado com muita expectativa por parte da família. CONCLUSÃO: O Método Canguru, também denominado "Cuidado Canguru" ou "Contato Pele a Pele", surge como alternativa no cuidado neonatal para bebês de baixo peso. Esse método, no qual as mães carregam seus bebês após o nascimento de forma semelhante aos marsupiais, contribui para uma alta precoce dos bebês que apresentam condições clínicas estáveis. Observou-se neste estudo que inicialmente as mães vivenciaram sentimentos de medo e insegurança em relação aos cuidados e manuseio com seus bebês demonstrando que as mães foram surpreendidas pelo nascimento prematuro e necessitavam de um trabalho da equipe para superar as dificuldades iniciais, adquirir confiança e estabelecer vínculo afetivo. A permanência em enfermaria conjunta mostrou-se importante por capacitar as mães no reconhecimento de situações de riscos para o seu filho e pela possibilidade no desenvolvimento de habilidades no cuidado com o bebê, proporcionando segurança e superação das dificuldades oriundas do nascimento prematuro. Ficou evidente a importância do convívio entre mães, uma vez que uma apoiava-se na outra nos momentos de dificuldades. A religiosidade foi outro ponto positivo na superação das dificuldades. Destaques importantes para o apoio dos familiares e dos profissionais de saúde. Essa proposta de humanização no atendimento do RNBP leva em consideração o desenvolvimento global do bebê, a participação dos profissionais de saúde e sua atuação baseada em uma visão ampla de informações que convergem para um trabalho dinâmico e humanizado e principalmente a participação da familia como fator essencial na recuperação do RNBP. O MC contribui para o estreitamento da relação entre mãe e seu RN, diminuição da permanência do bebê na UTIN e da estruturação psicossocial da família que se depara com um RN pré-termo. O estudo realizado pôs em evidência que o MC tem em sua prática, resultados positivos, pois além de promover, fisiologicamente a recuperação do RN pré-termo, cria um ambiente de afetividade muito maior entre mãe e seu filho, fomentando estreita relação de cumplicidade na relação de amor que se põe a descoberto. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A experiência da realização desta pesquisa deixa a certeza que as atividades desenvolvidas pela equipe de Enfermagem se confirmam na responsabilidade social que se vivenciou junto às mães. É necessário que a enfermagem conheça, compreenda e transforme o cuidar, na qual mãe-RN-família devem ser vistos em sua cultura, entendendo a necessidade de promover cuidados de enfermagem na perspectiva transcultural. Descritores: Método Canguru; Cuidado; Pr. REFERÊNCIAS 1.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 2.LAMY, ZC. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI Neonatal. In: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSH, Denise Streit (orgs.). Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 141-156. 3. CARVALHO, MR; Prochinick M. Método mãe canguru de atenção ao prematuro. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

13717

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DAIANA FERNANDEZ GARCIA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM PACIENTE NEONATAL EM VENTILAÇÃO MECÂNICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.

Garcia, DFG; Rodrigues, JPR; Lopes, LSL; Salomão, PRS;

Cuidados de enfermagem com paciente neonatal em ventilação mecânica: uma revisão sistemática de literatura. Daiana Fernandez Garcia [1] Juliana Pires Rodrigues [1] Lidiane da Silva Lopes [2] Paloma Reschke Salomão [2] Introdução: Entende-se como assistência ventilatória a manutenção da oxigenação ou ventilação, de maneira artificial, de pacientes portadores de insuficiência respiratória aguda até que eles estejam capacitados a reassumir. Ventilação mecânica tem por objetivo melhorar as trocas gasosas, atenuar a dificuldade respiratória, alterar as relações pressão-volume, permitir a reparação dos pulmões e vias aéreas e evitar complicações 1. Isso ocorre mediante produção de pressão positiva nas vias aéreas. No modo não invasivo o paciente respira espontaneamente através do circuito pressurizado do aparelho, de tal forma que a pressão positiva, definida conforme ajuste do respirador, é mantida praticamente constante durante todo o ciclo respiratório, ou seja, o paciente respira espontaneamente durante todo o ciclo, com pressão positiva, aplicada ao longo das vias aéreas 2. CPAP normalmente é utilizado em casos que cursam com lesão parenquimatosa, pulmonar, de grau leve a moderado, também durante o repouso de pacientes com apnéia obstrutiva do sono 3. Justificativa: Embora os procedimentos de utilização da máscara ou introdução de tubos sejam descritos em livros ou manuais em seus vários passos, técnicas de fixação e cuidados com ventilação são pouco difundidas sendo que cada instituição tem suas características e rotinas para realizar cuidados. Objetivo: conhecer cuidados de enfermagem em pacientes neonatal em uso de ventilação mecânica. Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática de literatura 5. Com o descritor "Pressão Positiva Continua nas Vias Aéreas" em formulário avançado na base de dados LILACS obteve-se 60 resultados. Como critério de inclusão os artigos deveriam abordam a necessidade de ter como autor ao menos um enfermeiro, ser pesquisa inédita, de acesso gratuito e online, ser artigo nacional ou internacional, envolver ações de cuidados de enfermagem com ventilação mecânica neonatal, ter sido publicado entre 2006 e 2012. Estes resultados foram obtidos no dia 10 de maio de 2013. Destes apenas 4 adequaram-se aos critérios de inclusão. Resultados e discussão: De acordo com o ano de publicação, verifica-se que os artigos foram publicados nos anos de 2006 e 2010. Quanto às técnicas de coleta de dados predominou a abordagem quantitativa, sendo que dois eram estudos descritivos, um de corte transversal e outro exploratório. Todos os estudos foram realizados com neonatos ou profissionais que trabalham com neonatologia. Os cuidados mais citados dos artigos são aspiração de secreções, posicionamento e fixação adequados da VM. São mencionados também como cuidados posicionamento e aquecimento adequados do recém-nascido (RN), sonda nasogástrica (SNG) para drenagem ou alimentação, ausculta pulmonar, massagem em septo nasal, identificar dor e administrar analgésicos. A aspiração pode ser naso, oro e/ou em tubo para VM, através de uma sonda estéril e tem por objetivo manter a permeabilidade da via respiratória. Deve ser realizado por dois profissionais, sendo que um profissional fica responsável pela ventilação e outro responsável pela aspiração 4. Faz-se necessário cuidar o padrão ventilatório, atentando para cianose, aumento do esforço respiratório, apnéia e bradicardia. A aspiração é procedimento doloroso para o RN deve se iniciar com a ausculta pulmonar, ter técnica asséptica, mensuração correta da sonda e tempo de realização do procedimento 4. O correto posicionamento do CPAP ou Tubo faz-se necessário para evitar iatrogênicas. Devem ser utilizados proteção nasal produzidas com fita hipoalergênica ou de hidrocolóide 6. Nos artigos a lesão nasal mais recorrente aparece em neonatos com uso de pressão

positiva continua nas vias aéreas com pronga por utilizar por período maior esse tipo de ventilação. Para o posicionamento adequado da pronga indica-se que a ponte não encoste no septo nasal e não permitir a movimentação desse dentro das narinas 6. Aparece também como medida para posicionamento adequado o uso de gorro para proteger o couro cabeludo e gazes para prevenção das lesões na pele, além do tamanho adequado da pronga 7. Posicionar, manter aquecido o RN e massagear septo são medidas de conforto que aparecem nos artigos. Introduzir sonda naso ou orogastrica para drenagem e assim facilitar movimentos respiratórios aparecem como pratica frequente em um dos artigos 7. Conclusão: Mostrou-se relevante identificar dor e desconforto no paciente durante a instalação e manutenção da VM. Essa identificação torna-se difícil pelo fato de RN não expressar verbalmente a dor, sendo manifestada através de expressões faciais ou choro. Por meio da identificação da dor/desconforto o cuidado que é mencionado em um dos artigos é a administração de analgésicos ou sedativos 8. Conclui-se que os cuidados mais relevantes, segundo os artigos, são aspiração de tubo ou vias aéreas e posicionamento adequado da VM a fim de evitar iatrogênias nos recém nascidos. Mostrou-se nos estudos que os cuidados de enfermagem devem ser realizados principalmente por enfermeiros e técnicos de enfermagem treinados e atualizados. Também, a importância de realizar as técnicas com no mínimo dois profissionais a fim de realizar melhor assistência, uma vez que, trata-se de uma fase da vida que inspira cuidados redobrados da equipe neonatal. Devemos levar em conta sempre o conforto do paciente mesmo que esse não demonstre sinais de dor ou desconforte e prestar uma assistência com o objetivo de não causar danos. Descritores: cuidados de enfermagem; pressão positiva continua nas vias aéreas; neonatologia. Referencias 1. Pádua AId, Martinez JAB. Modos de assistência ventilatória; Modes of mechanical ventilation. Medicina (Ribeirão Preto). 2001;34(2):133-42. 2. Bowden VR, Greenberg CS, de Araújo CLC, Lisboa MTL. Procedimentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 3. Cintra EdA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000. 4. Barbosa AL, Campos AdCS, Chaves EMC. Complicações não clínicas da ventilação mecânica: ênfase no cuidado de enfermagem neonatal. Acta Paul Enferm. 2006;19(4):439-43. 5. Galvão C, Sawada N, Trevizan M. Revisão Sistemática: Recurso que Proporciona a Incorporação das Evidências na Prática da Enfermagem. Rev Latino-am enfermagem. 2004;12(3):549-56. 6. Nascimento RMd, Ferreira ALC, Coutinho ACFP, Veríssimo RCSS. Frequência de lesão nasal em neonatos por uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas com pronga. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2009;17(4). 7. Silva DMd, Chaves EMC, Farias LM, Lélis ALPdA. Uso de pressão positiva contínua das vias aéreas em recém-nascidos: conhecimento da equipe de enfermagem. Rev Rene. 2010;11:195-203. 8. Antunes JCP, Nascimento MAdL, Gomes AVdO, Araujo MC. Instalação do cpap nasal? identificando a dor do recém-nato como um cuidado de enfermagem; Installation cpap nasal? identifying the pain of newborns as a nursing care. Rev. enferm. UFPE on line. 2010;4(1):137-44.

14110

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIÉLLE BERNARDI SILVEIRA

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA.

Silveira, DB; Rosa, EB;

Introdução: O período neonatal para o paciente com cardiopatia congênita pode ser crítico em virtude da gravidade de defeitos comumente presentes e das mudanças fisiológicas da circulação fetal para o neonato. 1 Entre os lactentes com cardiopatias congênitas, cerca de 99% manifestam os sintomas característicos de defeitos cardíacos sopro cardíaco, cianose, taquipnéia e arritmia cardíaca ainda no primeiro ano de vida. 2 O tratamento cirúrgico visa o controle dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida da criança e devido a sua complexidade requer uma equipe de enfermagem altamente qualificada.3 Objetivo: Relatar a experiência da prestação de cuidados de enfermagem a uma criança com cardiopatia congênita. Metodologia: Relato de experiência da observação e prestação da assistência de enfermagem a crianças portadoras de cardiopatia congênita. Resultados: Dentre os cuidados de enfermagem prestados ao neonato os principais consistiram em avaliar os locais de inserção de cateter venosos, administração de drogas vasoativas, avaliação da perfusão venosa, manutenção da temperatura e dos aspectos hemodinâmicos e prevenção de complicações. Conclusão: Conclui-se a importância do diagnóstico precoce, o conhecimento dos sintomas e do tipo de cada cardiopatia, para uma assistência adequada e de qualidade. Contribuições: O relato contribui para o reconhecimento da relevância do papel da Enfermagem no desenvolvimento de ações que direcionam-se às alterações hemodinâmicas que surgem precocemente. Descritores: Cardiopatia congênita; cuidados de enfermagem; neonatologia. Referências: 1. Silva VM, Araujo TL, Lopes MVO. Evolução dos diagnósticos de enfermagem de crianças com cardiopatias congênitas. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 14, n. 4, Aug. 2006. 2. Bernstein D. O sistema cardiovascular. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Tratado de pediatria. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p. 1318-433. 3. Braunwald E.Tratado de doenças cardiovasculares.8ª Ed.Rio de janeiro (RJ):Elsevier;2010.

13935

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELLE DA SILVA NASCIMENTO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA DOR NO RECÉM-NASCIDO.

Nascimento, DSN;

Em minha vivência profissional como residente em enfermagem em uma UTI neonatal, observei que por muitas vezes, durante os procedimentos, muito deles dolorosos, com os recém-nascidos, os profissionais de enfermagem se preocupavam apenas em terminar suas atividades e não em aliviar a dor que estavam causando. Durante a internação o recém-nascido passa por diversos procedimentos e intervenções que causam dor. Guinsburg afirma que, durante esse período, o recém-nascido recebe cerca de 50 a 10 procedimentos potencialmente dolorosos por dia. Já os prematuros pesando menos de 1000g sofrem cerca de 500 ou mais intervenções dolorosas ao longo da internação. A dor foi conceituada em 1986 pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou discreta nos termos desta lesão. A dor é sempre subjetiva, cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor através da vivência de experiência dolorosa, que ocorrem desde o início da vida"1. Até meados da década de 1970, acreditava-se que o recém-nascido não sentia dor. Havia a suposição de que o seu sistema nervoso central, ainda imaturo, era incapaz de realizar efetivamente a condução de estímulos dolorosos, pela falta de mielinização e ausência de memória, sendo a dor desconsiderada durante muitos anos2. A equipe de enfermagem possui dificuldade em reconhecer a dor no RN, isso se deve em grande parte a não verbalização ao sentir dor, tornando-se necessário utilizar alguma escala de avaliação fisiológica no paciente. Com a impossibilidade de verbalização, a principal forma de expressar a dor no RN passa a ser por atitudes comportamentais com alterações fisiológicas. Dessa forma, para avaliar a dor no RN é utilizada a avaliação das respostas destes á dor, analisando as alterações das medidas fisiológicas e comportamentais antes, durante e depois de um estímulo doloroso. Todavia, esse tipo de avaliação, por vezes torna-se difícil, pois alguns desses indicadores para observação da dor podem ser mínimos ou ausentes, o que exige muitas das vezes uma adequação dos profissionais na prática de avaliação da dor, atendendo a realidade de cada paciente3. Algumas medidas fisiológicas são utilizadas para o reconhecimento da dor no RN, dentre elas podemos citar: frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, pressões parciais de oxigênio e gás carbônico, pressão arterial e intracraniana, sudorese palmar e o tônus vagal4. A partir do exposto, acredita-se ser de suma importância que a enfermagem preste cuidados com medidas de conforto, a fim de minimizar a dor do RN durante o período de internação, sendo capaz de identificar a dor, para a partir disso administrar o tratamento adequado, deixando de lado a ideia de que o RN é um ser não verbal. O tratamento da dor no recém-nascido é realizado por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As primeiras referem-se às diversas drogas, enquanto as outras privilegiam outras modalidades de cuidados, a exemplo da amamentação, da sucção não nutritiva, da solução de glicose, do contato pele a pele, da musicoterapia, das massagens, entre outras. Pesquisas científicas evidenciam a eficácia destas formas de tratamento, quando os seus resultados demonstram que as alterações fisiológicas e comportamentais que haviam sido provocados pela dor no recém-nascido foram amenizadas ou restabelecidas, proporcionando conforto físico e psicológico5. Neste sentido, através da observação do trabalho efetuado pelos profissionais de enfermagem, verificou-se a necessidade de realizar o presente estudo, que tem como objetivo: identificar quais as intervenções que a equipe de enfermagem utiliza para minimizar a dor no recém-nascido. Trata-se de um estudo de campo descritivo, de caráter qualitativo, realizado em um Hospital Universitário localizado no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados se deu

através de uma entrevista semiestruturada, com roteiro contendo questões abertas a respeito dos dados pessoais dos sujeitos e sobre o conhecimento técnico e prático dos profissionais de enfermagem no manejo da dor do recém-nascido respeitando todos os aspectos éticos e legais ligados à pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para a coleta de dados foram construídas as seguintes perguntas: 1) Você acredita que o RN e o prematuro sintam dor? 2) Como você avalia, identifica e percebe a dor no RN? Que sinais você identifica como dor? 3) O que pode causar dor no RN? 4) Você utiliza que intervenção para minimizar a dor no RN? 5) Você utiliza algum tipo de escala para avaliar a dor? Como resultados verificou-se que dentre os parâmetros utilizados pela equipe de enfermagem para avaliação da dor, a expressão facial e o choro foram os mais citados, seguido de agitação e alterações dos sinais vitais. O método farmacológico utilizado para alívio da dor foi: o uso de analgésicos. Os métodos não farmacológicos utilizados para o manejo da dor foram: uso de glicose 24%, mudança de decúbito, sucção não nutritiva e banho de imersão para acalmar e minimizar a dor no RN durante a realização dos procedimentos. Com base nos resultados, observou-se um conhecimento superficial dos profissionais de enfermagem quanto à visualização da dor no recém-nascido em seu tratamento, com isso se faz necessário um treinamento para toda equipe de enfermagem, para saber identificar sinais de dor utilizando escalas e até mesmo a criação de protocolos. DESCRITORES: Dor, recém-nascido e intervenções de enfermagem. 1. GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 75, nº. 3, p. 149-160, 1999. 2. CASTRAL, TC. O contato materno pele a pele no alívio da dor em prematuros durante o teste do pezinho [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007. 3. SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros; HORTENSE, Priscila. Mensuração da Dor. In: Lucimara Duarte Chaves; Eliseth Ribeiro Leão; Jaime Olavo Marquez. (Org.). Dor 5º Sinal Vital-Reflexões e Intervenções de Enfermagem. 1 ed. Curitiba, 2004, v. 1, p. 75-84. 4. GAÍVA, M.A.M. Dor no recém-nascido: prática e conhecimentos atuais. Pediatria Moderna, vol.37, n.5, 2001. 5. GUINSBURG R, Balda RCX. Dor em neonatologia. In: Teixeira MJ, Braum Filho JL, Arquez JO, Yeng LT. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Editora: Maio; 2009. p. 547-54.

14597

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELLE SEPULVIDA TEIXEIRA SILVA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A PELE DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Silva, DST; Souza, LC; Alves, AMA;

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A PELE DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO INTRODUÇÃO: Com os avanços técnico-científicos na neonatologia melhorou-se o atendimento ao recém-nascido pré-termo (RNPT) nos últimos anos, reduzindo assim as taxas de mortalidade. O Enfermeiro vem se especializando no cuidado a estes RNPT a fim de melhorar a assistência e minimizar as possíveis injúrias causadas. OBJETIVOS: Levantar as produções científicas dos enfermeiros que discutam sobre a preservação da integridade da pele do RNPT e identificar as ações preventivas de enfermagem realizadas no cuidado com a pele do RNPT. METODOLOGIA: Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicos da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e SciELO nos últimos 10 anos, sendo utilizados 13 artigos científicos como fonte de pesquisa, os quais foram organizados e analisados por categorias. RESULTADOS: Em relação ao banho observou-se que deve ser realizado de acordo com as condições clínicas do RN; Quanto ao uso dos emolientes houve unanimidade sobre a recomendação da sua utilização, atentando-se ao tempo de vida, frequência de uso e tipo de produto; Em relação à termorregulação os artigos enfatizaram a importância do uso de incubadora de parede dupla; Quanto aos cuidados com a fixação/remoção de adesivos ou dispositivos na pele do RNPT foi citado o uso de algodão embebido em óleo mineral ou água esterilizada; Em relação à mudança de decúbito há um consenso em relação a manipular menos este RNPT. CONCLUSÃO: Através dos dados obtidos, observou-se que é suma importância a intervenção sistematizada do Enfermeiro aos cuidados específicos à pele do RNPT prestando a eles cuidados individuais e de forma holística. Descritores: cuidados de enfermagem; pele; recém-nascido prematuro. REFERÊNCIAS Adriano LSM, Freire ILS, Pinto JTJM. Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):173-80. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a22.htm.

14384

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DAYANNA SANTOS DE PAULA FERREIRA

PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Ferreira, DSP; Cursino, EG;

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado através da revisão integrativa, instrumento da prática baseada em evidências. Como objeto tem-se as produções científicas nacionais e internacionais no que tange a pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva neonatal. Os objetivos desse estudo foram mapear as produções científicas nacionais e internacionais em relação à pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva neonatal, segundo algumas variáveis pré-determinadas e analisar essas produções científicas à luz da literatura vigente. A busca foi efetuada em bases de dados digitais a partir de uma ficha de análise documental utilizando-se os descritores: "Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica" AND "Terapia Intensiva Neonatal". Foram incluídos apenas estudos na íntegra e excluídos estudos cuja pneumonia neonatal não tivesse como causa a ventilação mecânica, ou pneumonia secundária à doenças de base. Encontraram-se 14 publicações segundos os critérios de inclusão e exclusão, onde 4 se encontram na BVS indexados na MEDLINE e 10 na PUBMED, e deste quantitativo, apenas 1 não se adequou a todos os critérios de inclusão supracitados na metodologia, sendo analisados 13 publicações. Todos os estudos, foram publicados na língua inglesa, sendo 9 com liberação gratuita e 4 acessado por convênio da Biblioteca da Mulher do Instituto Fernandes Figueira. As publicações procediam, em sua maioria, de estudos com enfoque na morbimortalidade e na prevenção, seguidos então pelo diagnóstico e curativo. Apenas um estudo, apresentou enfoque no cuidado. Frente às lacunas encontradas, sugere-se que sejam realizados mais estudos qualitativos, e com enfoque no cuidado de enfermagem. Como as publicações online caracterizam-se pelo acesso rápido e eficaz, apresentando facilidades e agilidade para o profissional de saúde no repasse do conhecimento, torna-se imprescindível e necessário que estas produções estejam publicadas na íntegra para que a divulgação do conhecimento seja estabelecida integralmente.

13915

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DEBORA CALÇADA DOS REIS

BANHO EMBRULHADO DE IMERSÃO AO NEONATO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS.

Reis, DCR; Salvado, ACNS; Stumpf, AES; Soares, TS; Rodrigues, FAR;

INTRODUÇÃO: Na tentativa de reduzir o estresse do neonato durante o banho e oportunizar aos pais que participem dos cuidados do seu bebê a equipe de enfermagem da Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) instituiu o banho de imersão embrulhado na sala de cuidados intermediários. O banho é realizado na cúpula de acrílico do berço com água a 38°C. O neonato embrulhado em um cueiro é colocado lentamente na água de modo que seu corpo fique submerso até o pescoço. A técnica consiste de limpar e secar a face; lavar a cabeça e enxaguar; limpar o pescoço sem desembrulhar; lentamente descobrir os membros; higienizar e cobri-los novamente; gentilmente desembrulhar e colocar sobre a toalha para ser novamente embrulhado. OBJETIVO: Relatar a experiência da equipe de enfermagem da neonatologia do HCPA, com relação ao banho de imersão embrulhado do neonato. MÉTODOS: Trata-se de um relato de experiência. RESULTADOS: Foi percebido que a temperatura corporal do bebê se mantém estável, que eles ficam mais tranquilos, seguros e choram menos durante o banho. Permite maior interação dos pais com o bebê sendo uma oportunidade de fortalecerem o vínculo com seu filho. O banho de imersão é considerado um dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor[1]. CONCLUSÃO: Os pais sentem-se mais seguros para realizar o banho sob a orientação da equipe de enfermagem, fortalecendo o vinculo com o neonato. CONTRIBUIÇÕES: Toda a mudança de rotina gera certa insatisfação do grupo, porém a equipe de enfermagem percebeu que o banho embrulhado é uma forma de humanizar a assistência de enfermagem. Descritores: Neonatologia, enfermagem, imersão. Referências: 1-Crescêncio EP, Zanelato S, Leventhal LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(1):64-9.

13972

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DÉBORA MENEGHEL SCHWANZ

CONHECIMENTO DOS PAIS E RESPONSÁVEIS SOBRE O TESTE DO PEZINHO REALIZADO EM NEONATOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO MATEUS.

Schwanz, DMS; Reis, EFSR; Nascimento, LCNN;

A Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) é um importante instrumento na prevenção, rastreamento e detecção precoce de doenças congênitas, como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme, hiperplasia adrenal congênita e fibrose cística, na população de 0 a 30 dias. O atraso na realização da triagem implica em inicio tardio do tratamento e, conseqüentemente, agravamento das seqüelas. O Objetivo da pesquisa é Identificar o conhecimento dos pais e responsáveis em relação ao teste do pezinho realizado nos neonatos atendidos em uma Unidade de Saúde de São Mateus. Método: Foi utilizado um instrumento que caracterizou o neonato e os pais / responsáveis, identificou o conhecimento dos mesmos acerca das doenças triadas no teste do pezinho e qual o profissional os orientou os 24 participantes sobre o teste. Resultados: a maioria dos neonatos é do sexo masculino (67%), pardos (62%), com idade entre 5 e 9 dias (42%). A maior parte dos entrevistados é do sexo feminino (88%), mães (58%), com um único filho (33%), com idade ente 17 e 28 anos, ensino médio completo e renda familiar até 1 salário mínimo. A maior parte relatou ter recebido no hospital as informações repassadas por enfermeiros e médicos, principalmente. A maioria demonstrou não conhecer o objetivo do teste do pezinho. Sobre as doenças triadas, não possuíam nenhum tipo de conhecimento. Considerações: Acredita-se no papel social deste estudo uma vez que a identificação do conhecimento dos pais e responsáveis em relação à triagem neonatal justifica mais investimento na educação em saúde a ser prestada a esta população específica. Referencia Bibliográfica BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. Disponível em:

14225

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DÉBORAH GOMES ADAME

ORIENTAÇÕES PARA O CUIDADO DE RECÉM-NASCIDOS: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM NEONATAL

Pacheco, STA; Adame, DG; Enrici, MJC; Araújo, MG; Rodrigues, AS;

Introdução: No Brasil, o modelo de assistência adotado ao atendimento do binômio mãe-filho é o Sistema de Alojamento Conjunto. Este é definido pelo Ministério da Saúde como um sistema hospitalar, no qual o bebê sadio, após seu nascimento, permanece ao lado de sua mãe, 24 horas por dia, em um mesmo ambiente, até receber alta1. Objetivos: Conhecer as orientações fornecidas pelos enfermeiros às mães, em relação aos cuidados com seu filho no alojamento conjunto, com vistas à alta hospitalar; e analisar se essas orientações estão à luz da literatura cientifica. Metodologia: Os sujeitos foram mães de bebês a termo, internadas no alojamento conjunto de um hospital universitário localizado no Rio de Janeiro. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética. Resultados: A análise dos dados ocorreu a partir da Análise de Conteúdo de Bardin, emergindo 03 categorias: 1- orientações com relação à técnica da amamentação e cuidados com a mama materna; 2- orientações a cerca da higienização do recém-nascido; 3- cuidados educacionais relacionados ao coto umbilical. Conclusão: A maioria das orientações transmitidas pelo enfermeiro às mães, no alojamento conjunto, vão ao encontro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde e pela literatura cientifica. Porém, algumas orientações relacionadas aos cuidados de seguimento da criança, como a importância da vacinação, teste do pezinho e o acompanhamento ambulatorial, não estiveram presentes nas falas das entrevistadas. Contribuições para a enfermagem: Assim, é necessário sistematizar as ações educativas de enfermagem, para que sejam abordados todos os aspectos importantes, minimizando os riscos de morbidade no neonato e, consequentemente, o seu retorno ao hospital. Descritores: Alojamento conjunto, enfermagem, mães. Referências: 1 - Ministério da Saúde (Brasil). Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. Atenção a saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 2011.

14380

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DIANA DO NASCIMENTO SOUSA MACHADO

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA-PI

Machado, DNS; Brito, PF; Conceição, UP; Fontenele, GM;

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA-PI O Aleitamento Materno é uma das maneiras mais eficientes de atender a todas as necessidades que o bebê possui, essa prática apresenta inúmeros benefícios à mãe, à família e à sociedade como todo. A equipe atuante na atenção básica, especialmente o enfermeiro tem papel fundamental de promover educação em saúde relacionada ao incentivo e apoio à amamentação. Assim o objetivo foi conhecer a percepção dos profissionais enfermeiros sobre Aleitamento Materno Exclusivo na Estratégia Saúde da Família no município de Parnaíba-PI, através de um estudo de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. O levantamento de dados foi realizada por meio de questionários, aplicados em 9 profissionais enfermeiros da ESF, pertencentes ao distrito 4, deste município. Os resultados foram relacionado às dificuldades para implementação do AME com 89% diferenças socioculturais, 67% baixo nível educacional e 44% falta de materiais educativos, e quanto ao apoio da equipe multiprofissional 89% relataram que sim e apenas 11% não tinham e referente às atividades que desenvolvem na ESF 89% citaram a visita domiciliar, palestras e durante as consultas de enfermagem, apenas uma realiza oficina. Por constituir medida fundamental para promoção da saúde da criança e melhoria dos indicadores da saúde pública, faz-se necessário fomentar reflexões contínuas sobre o incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo no âmbito da saúde e na sociedade em geral. Bosco, Simone M.D. Terapia Nutricional em Pediatria, São Paulo: Atheneu, 2010. Ohara, Conceição Vieira. Fujimore, Elizabeth. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri, SP: Ed Manole. 2009. Rego, Jose dias. Aleitamento Materno. 2 ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009. Vitolo, M. R. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro, RJ: Rubio, 2008. Xxvi, 628 p. Palavras - Chave: Aleitamento Materno. Enfermeiros. Atenção Básica.

14181

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DIANA DO NASCIMENTO SOUSA MACHADO

A PERCEPÇÃO DA MÃE SOBRE OS CUIDADOS OFERECIDOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NA INTERNAÇÃO NA UCI NEONATAL DA MATERNIDADE DR. MARQUES BASTOS

Sousa, DNSM; Machado, JSM; Fontenele, PFB; Araujo, EAA;

A PERCEPÇÃO DA MÃE SOBRE OS CUIDADOS OFERECIDOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO RN NA INTERNAÇÃO NA UCI NEONATAL DA MATERNIDADE DR. MARQUES BASTOS Introdução:O nascimento é um momento único, onde se desenvolvem perspectivas tanto para a mulher como para a família. O esgotamento em ter um recém-nascido de alto risco causa às mães agitações no seu cotidiano, comovendo a vivência e a dinâmica familiar. Na assistência em saúde pouco é articulada a situação da mãe que possui um bebê internado em uma UCI Neonatal. Objetivos:Reconhecer e abordar os sentimentos e necessidades das mães frente às dificuldades de lidar com o RN na UCI. Buscar a melhor forma de bem-estar para a mãe, visando tranquilizá-la. Identificar as principais orientações que as mães recebem por parte da equipe de enfermagem, relacionadas à UCI. Metodologia:Questionário com 3 perguntas abertas e 7 fechadas. Aplicadas na M.M.B., localizado na cidade de Parnaíba-PI, com amostra de 7 mulheres. Resultados e conclusão:Não existe homogeneidade quando se trata de UCI neonatal, das entrevistadas há uma flutuação etária de 16 a 30 anos, com variação de níveis de escolaridade e estado civil. Percebe-se que em sua maioria elas não conseguem descrever sua relação com a dor do RN, pois nesses casos o neonato é o primogênito. A equipe orientou sobre a internação do RN e estimulou o contato entre mãe e filho, mas a percepção da dor pelas mães mostrou-se subjetivo. Deve-se estimular maior contato para diminuir a ansiedade da mãe, esclarecendo a patologia e os procedimentos prestados. Palavras-chave: UCI. Sofrimento. Enfermagem. Referências ARAÚJO, L.A.; REIS, A.T. Enfermagem na prática: materno-neonatal. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. GOMES, G.C.; ERDMANN, A.L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. Rev Gaúcha Enfem. 2005 jan/abr; 26: 20-30.

14016

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELEMARA FRANTZ

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO ERRO DE MEDICAÇÃO NA UTI NEONATAL.

Frantz, E; Wienekiewicz, CM;

Introdução: Esta pesquisa discute a respeito da precaução da equipe de enfermagem sobre o erro de medicação e o discorrimento que ele causa nos profissionais da saúde. Erros de medicação são considerados eventos previsíveis, que os profissionais tem capacidade para realizar, mas o uso inapropriado do medicamento poderá causar danos ao paciente1. Objetivo: conhecer a percepção da equipe de enfermagem frente ao erro de medicação na UTI neonatal. Metodologia: pesquisa qualitativa caracterizada como descritiva exploratória. Os participantes deste estudo foram enfermeiros e técnicos de enfermagem em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal de um hospital de Porto Alegre/RS. A análise foi através da técnica de análise de conteúdo2. Resultados: As categorias são: fatores que induzem ao erro de medicação; condutas apresentada pelo profissional; ocorrência, prevenção e sentimento do erro de medicação e a UTI e o erro de medicação. Este estudo possibilitou evidenciar o conhecimento da equipe de enfermagem em relação ao erro de medicação. Contribuições: A identificação dos erros e como ocorreram, fornecem subsidio para que as Instituições hospitalares entendam melhor a percepção dos profissionais na administração de medicamentos, possibilitando mudanças significativas para redução do erro de fármacos. Contudo, possibilita fornecer a precisa segurança do paciente, que de acordo com a JCI, rege as metas para segurança do paciente em relação à administração de medicamentos3. Referências:1.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Promovendo remédios seguros para as crianças. GENEBRA. 2007; 2. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Huctec, 2010. 3.JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Padrões de Acreditação da Joint Commission International (JCI) para Hospitais [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação. 2011. Descritores: Enfermagem Neonatal. Erro de medicação. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

13711

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELIANE FERREIRA LEITE

CUIDADOS MATERNOS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN

Leite, EF; Agripino, SA; Dias, MS; Paula, FE;

A internação de um filho em uma UTI é uma situação de crise para a mãe e toda a família, pois é um ambiente estranho em que sendo o bebê real é visivelmente diferente do imaginado. Assim, os diversos sentimentos que são vivenciados, atuam como um fator inibidor do contato entre mãe e filho. A visita materna deve ser valorizada e vista como uma alternativa de estímulo precoce entre mãe e filho. Incentivar os pais a conversar e a tocar o bebê pode fazer com que a família sinta-se acolhida pela equipe, além de facilitar a participação nos cuidados básicos do bebê. Para uma assistência humanizada ao RN, um dos fatores mais importantes é a presença e inserção materna no cuidado, tornando tal momento menos estressante e doloroso. O objetivo desse estudo foi avaliar a participação das mães nos cuidados diários ao RNPT na UTI do Hospital Sofia Feldman. Trata-se de um estudo observacional transversal realizado através de aplicação de um questionário com 13 perguntas fechadas durante 2 meses. Participaram deste estudo 11 mães de 12 RNPT com IG ao nascimento menor ou igual a 30 semanas, entre o 10º e o 15º dia de vida, estáveis, e sob algum modo de suporte ventilatório. Esta pesquisa demonstrou que, ainda que haja estratégias favorecedoras da participação da mãe nos cuidados dos bebês internados na UTI do HSF, tal envolvimento ainda não é garantido, nem explorado. Além disso, constatou-se que a interação entre família e profissional ainda é um grande desafio a ser conquistado.

14628

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELINY APARECIDA VARGAS MACHADO SALAZAR

A ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO INTEGRAL AS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (AIDPI) NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIA: PNEUMONIA

Salazar, ELINY; Lima, BRUNYELE; Oliveira, VANESSA; Bonfim, DEBORA;

AIDPI tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância nos menores de 5 anos. Trata-se de uma nova abordagem da atenção à saúde na infância, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), caracterizando-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças (afecções perinatais, as Infecções respiratórias, as doenças diarreicas e a desnutrição) de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida. (BRASIL, 1996). É nosso desejo que este material represente uma contribuição na melhoria da atenção prestada à saúde infantil que, associada a ajustes na organização dos serviços e a um processo de educação permanente desenvolvido com a família e a comunidade, propicie uma melhoria significativa dos nossos indicadores de saúde no Brasil. (BRASIL, 1999). O objetivo desse artigo foi discutir a implantacao da Estratégia da Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) na Prevenção de Doenças Respiratória: Pneumonia. RESULTADO O resultado da implantação do AIDP foi bastante satisfatório, os profissionais de saúde aderiram bem aos manuais e souberam utliza-lós corretamente DISCUSSÃO Concluímos que se orientados e instruídos corretamente sobre como utilizar aos manuais do AIDPI os profissionais de saúde e também os agentes comunitários de saúde, são capazes de aplicá-los adequadamente, tendo como objetivo a promoção de saúde, a prevenção de doença.

14649

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELINY APARECIDA VARGAS MACHADO SALAZAR

AVALIAÇÃO DE PUERICULTURA EM MENORES DE CINCO ANOS E EDUCAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Salazar, ELINY; Cruz, CAROLINA; Botelho, CAROLINE; Barbosa, ERIKA; Neta, HILDA; Siqueira, ROBERIA;

Para que o enfermeiro se torne um bom profissional, não basta ter o conhecimento teórico como base de ensino, é preciso ter uma boa iniciação prática dentro da área a ser exercida. Dentro disto será relatado as experiências vivenciadas enquanto extensionistas do CEI, com o objetivo de demonstrar a importância do enfermeiro quanto aos cuidados das crianças, conforme seus desenvolvimentos. O Centro de Educação Infantil São Domingos Sávio (CEI) tem como objetivo oferecer uma formação integral, gratuita e de qualidade as crianças, tendo um acompanhamento diferenciado pelas suas faixas etárias. Neste sentido atuamos em todas as turmas oferecidas pelo CEI (6 turmas) do turno vespertino, abrangendo 92 crianças entre quatro meses a cinco anos de idade, incluindo as 35 educadoras, para se realizar um cuidado integral e permanente com as crianças. A metodologia foi acompanhar as crianças quanto à avaliação nutricional e estrutural, realizando assim as medidas antropométricas de cada uma, acompanhamento quanto às carteiras de vacinação e a orientação para as educadoras, abordando os temas mais relevantes quanto às boas práticas a serem realizadas com as crianças, incluindo a prevenção de acidentes com crianças, a violência sexual contra crianças e adolescentes, primeiros socorros, promoção e prevenção de asfixia, prevenção de envenenamento doméstico, "Criança bebe tudo!", risco de acidente com correntes elétricas. Estas apresentações foram realizadas em dias diferentes por conta de compatibilidade de horários com a programação do CEI e foi abordada de forma lúdica, sendo teatral ou explicativo com uso de objetos ou até mesmo uso de fantoches e cartilhas, sendo a maneira mais compreensível possível para o bom entendimento das crianças e educadoras. Os resultados dessas intervenções são positivos, pois os temas viram rotina entre as crianças e educadores, tendo assim uma melhor compreensão e entendimento das atividades.

14550

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELISA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE INFILTRAÇÃO EM RECÉM NASCIDOS SUBMETIDOS À TERAPIA INTRAVENOSA PERIFÉRICA

Gomes, ACR; Rodrigues, ECR;

A via intravenosa é o principal acesso para a administração de fármacos em recém nascidos (RN) internados em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), sendo vital para sua sobrevivência. As frequentes interrupções da terapia intravenosa (TIV), por perda do acesso venoso, são fonte de dor e sofrimento para os recém nascidos (RN) e estresse para a equipe e família. Os RN criticamente enfermos necessitam de TIV por tempo prolongado, composta por diversos fármacos irritantes ao endotélio aumentando o risco de eventos adversos. A infiltração é a maior causa de perda do acesso venoso entre os RN, levando ao esgotamento da rede venosa e múltiplas punções. Objetivou-se identificar os fatores associados à infiltração e sua gravidade em RN internados na UTIN. Trata-se de um estudo prospectivo de caso-coorte. Parecer de aprovação no Comitê de Ética Nº 286.228. A amostra foi composta por 50 sítios de punção de 23 recém nascidos submetidos à TIV. Os dados foram analisados estatisticamente no SPSS. Foram analisadas variáveis relacionadas aos RN e à TIV. Os fatores associados à ocorrência de infiltração no grupo estudado foram a infusão continua e o uso de solução glicosada 10%. Em relação à gravidade da infiltração o grau I foi o predominante com 62% de ocorrência. Concluímos que a ocorrência de infiltração está associada aos fatores relacionados à terapia intravenosa. Faz-se necessária a avaliação das características da TIV para a indicação do tipo de acesso venoso, bem como a implementação de tecnologias de manutenção e avaliação do local de punção evitando assim a ocorrência e o agravamento da infiltração outros eventos adversos. Descritores: Infusões intravenosas, recém nascidos; cateterismo periférico. Referências Gomes ACR, Silva CAG, Gamarra CJ, Faria JCO, Avelar AFM, Rodrigues EC. Assessment of phlebitis, infiltration and extravasation events in neonates submitted to intravenous therapy. Esc Anna Nery, 2011; 15(3): 472-79

13906

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELIZA CRISTINA MACEDO

CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIA E SUA REDE SOCIAL

Souza, EMS; Macedo, ECM; Silva, LRS;

Introdução: Crianças nascidas em condições desfavoráveis de saúde, frequentemente, ficam condicionadas a utilização continua de artefatos que monitorem e auxiliem suas funções vitais. Essas crianças são conhecidas como Crianças Dependentes de tecnologia (CDT) por dependerem de dispositivos tecnológicos e/ou farmacológicos1,2. Objetivos: apresentar o histórico de uma CDT e identificar a rede social de apoio ao desenvolvimento desta. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso, uma estratégia que permite a avaliação de uma unidade social3. Os dados coletados foram descritos por meio de fluxogramas na forma de genograma e ecomapa. Resultados: Foi realizada a construção do ecomapa e do genograma de uma criança que nasceu com quatro meses e 28 dias de idade gestacional. Observou-se a dificuldade e complexidade da manutenção da vida com qualidade de uma criança que necessita de cuidados em tempo integral. Conclusão: Fazem-se necessários mais estudos sobre a temática para melhora da assistência prestada a essas crianças. Contribuições: Contribuir para o aperfeiçoamento da assistência prestada as CDTs. Referencias: 1. Okido, A.C.C, Pizzignacco T.M.P., Furtado, M.C.C., Lima R.A.G. Criança dependente de tecnologia: a experiência do cuidado materno. Rev Esc Enferm USP. [internet] 2013. [citado 2013 março 15]. 46(5):1066-1073, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000500005&script=sci_arttext 2. Geraldi, G. S., Aruto, G. C., Honorato, T., Souza, A. I. J. D., & Anders, J. C. (2013). Cuidando de famílias de crianças e adolescentes dependentes de tecnologia: experiência de acadêmicas de enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde. [internet] 2013. [citado 2013 março 15]. 11(3), 529-534. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20261 3. Slechticius, A. G., Biancolino, C. A., Guimarães, E. H. R. (2012). Gerenciamentos de projetos complexos de ti: estudo de caso sob o enfoque da estratégia empresarial na indústria de serviços financeiros. DOI: 10.5585/riae. v11i3. 1923. Revista Ibero-Americana de Estratégia. [internet]. 2012, [citado 2013 março 15]. 11(3), (2012) 289-318. Disponível em: http://www.revistaiberoamericana.org/ojs/index.php/ibero/article/view/1923

14106

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ENY DÓREA PAIVA

COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO TIPO DE CATETER CCIP EM UMA COORTE DE NEONATOS

Dórea, EDP; Kimura, AFK; Costa, PC; Magalhães, TECM; Faria, LFS; Aguiar, RCBA;

Introdução: Por se tratar de um procedimento invasivo, o uso do cateter central de inserção periférica (CCIP) não é isento de riscos. Há uma escassez de literatura relacionada às taxas de complicações do uso desse dispositivo em neonatos, havendo variação acentuada em sua incidência. Para a população de neonatos, estão disponíveis no mercado cateteres confeccionados com materiais biocompatíveis, como o silicone e o poliuretano, com único ou duplolúmen, com calibre de 1 a 3 Frenchs (Fr)(1). O cateter confeccionado com silicone apresenta maior flexibilidade comparado ao de poliuretano, são inertes, conferindo menos irritação à parede vascular e menos interações medicamentosa; são também termoestáveis, têm alta resistência às dobras, baixas trombogenicidades e aderência bacteriana(2). Apresentam diâmetros internos menores comparados aos cateteres de poliuretano de igual diâmetro externo, característica que dificulta e retarda o tempo de infusão de hemocomponentes e intralípides em razão de maior viscosidade, mesmo as soluções salinas podem apresentar dificuldade no fluxo; Apresentam maior taxa de ruptura e obstrução quando comparado ao cateter de poliuretano(1). Os cateteres de poliuretano apresentam maior rigidez, maior resistência química, moldabilidade, bioestabilidade e baixa trombogenicidade(2). Por apresentar paredes mais finas e maior diâmetro luminal, o de poliuretano confere maior velocidade na infusão de soluções e aumento no tempo de permanência no paciente, entretanto, verificou-se maior incidência de flebite mecânica e infecciosa por irritação da túnica intima da veia(1). Objetivos: Comparar a taxa de incidência de complicações e a média de tempo de permanência de cateteres monolúmen de silicone com duplolúmen de poliuretano. Método: coorte prospectiva, composta por neonatos submetidos à instalação do cateter CCIP. Resultados e discussão: foram analisados 270 CCIPs, 189 (70%) cateteres de monolúmen de silicone e 81 (30%) de duplolúmen de poliuretano. A taxa de incidência de complicações para o monolúmen foi 34,8 em 1.000 cateteres-dia e a do duplolúmen foi 32,8 em 1.000 cateteres-dia. No grupo de cateteres de monolúmen de silicone, a complicação mais frequente foi a ruptura, com incidência de 10,5% e taxa de incidência, TI = 10,4 por 1.000 cateteres-dia. Esta complicação no grupo de cateteres de duplolúmen foi de 4,9% e taxa de incidência, TI = 3,5 por 1.000 cateteres-dia. Nos estudos publicados com dados de crianças internadas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTINs), essa taxa variou de 1,9% a 11,4%(3,4). O segundo tipo de complicação mais frequente, nos dois grupos, foi a obstrução, 9,5% e TI de 9,4 por 1.000 cateteres-dia no grupo de monolúmen, e 7,4% e TI de 5,3 por 1.000 cateteres-dia no grupo de duplolúmen. Os achados apontam incidências semelhantes às encontradas nessa coorte, variando de 1,4 à 16,6% (3,4). A obstrução do cateter pode ser ocasionada por diversos fatores, incluindo a posição do CCIP, a formação de trombos, a precipitação de drogas, e a presença de colônias de micro-organismos em sua ponta(3). A remoção do cateter por suspeita de infecção foi o motivo de maior incidência de complicação no grupo de cateteres de duplolúmen (18,5%), com TI de 13,3 por 1.000 cateteres-dia. Esta complicação no grupo de CCIPs de silicone foi 6,3%, com TI de 6,2 por 1.000 cateteres-dia. As incidências de remoção por suspeita de infecção em população neonatal variou de 1,9% a 20,2%(4). Estudiosos apontaram que a presença de diagnóstico de infecção no momento da inserção do cateter CCIP está associada a menores taxas de complicações relacionadas à infecção do cateter(4). Contudo, não há consenso quanto as taxas aceitáveis de complicações relacionadas à infecção do dispositivo CCIP na população neonatal. A saída acidental do dispositivo ocorreu em 4,2% no grupo dos cateteres de monolúmen de silicone (TI de 4,2 por 1.000 cateteres-dia) e 6,2% (TI de 4,4 por 1.000

cateteres-dia) no grupo dos cateteres de duplolúmen de poliuretano. Estudos na população neonatal apontam taxas de incidência de saída acidental do cateter que variam de 1,9% a 9,3%(4). O edema de membro foi motivo de remoção para 2,1% dos cateteres de monolúmen de silicone, com TI de 2,0 por 1.000 cateteres-dia, e 2,5%, com TI de 1,8 por 1.000 cateteres-dia dos cateteres de duplolúmen. A incidência nos dois grupos foi de 2,2%. Coorte prospectiva com 237 cateteres inseridos em população neonatal apontou uma incidência de 2,1% na ocorrência de edema(5). A infiltração ocorreu em 1,6% no grupo de cateteres de monolúmen de silicone, com TI de 1,6 por 1.000 cateteres-dia, e 3,7% no grupo de cateteres de duplolúmen, com TI de 2,7 por 1.000 cateteres-dia. Foi removido apenas um cateter por trombose (0,5% com TI de 0,5 por 1.000 cateteres-dia) e um cateter por hipoperfusão (0,5% com TI de 0,5 por 1.000 cateteres-dia) no grupo de cateteres de silicone, e nenhum dispositivo por esses dois motivos no grupo de cateteres de poliuretano. Foi removido apenas um cateter por trombose (0,5% com TI de 0,5 por 1.000 cateteres-dia) e um cateter por hipoperfusão (0,5% com TI de 0,5 por 1.000 cateteres-dia) no grupo de cateteres de silicone, e nenhum dispositivo por esses dois motivos no grupo de cateteres de poliuretano. A migração da ponta do cateter ocorreu em apenas um cateter do grupo de duplolúmen de poliuretano (1,2%, com TI de 0,9 por 1.000 cateteres-dia). Em relação à média do tempo de permanência entre os dois tipos de cateteres, houve diferença estatística significante, p=0,0005, maior para o dispositivo de duplolúmen, 14 dias em relação ao dispositivo de monolúmen, 10 dias. Um dos passos mais importantes da terapia intravenosa com a utlização do CCIP é a escolha do tipo de cateter. É fundamental escolher um dispositivo que atenda aos seguintes requisitos: segurança, durabilidade, resistência à pressão e confiabilidade(1). Conclusão: o cateter de duplolúmen apresentou vantagens comparado ao cateter de monolúmen, pois sua taxa de incidência de complicações foi menor e seu tempo de permanência foi maior. Portanto, na literatura não há recomendações que indiquem a melhor escolha pelo tipo de cateter CCIP, de acordo com as necessidades do paciente. Os profissionais responsáveis pela terapia intravenosa necessitam decidir, de acordo com sua prática assistencial e disponibilidade do material em sua instituição, qual o tipo de dispositivo que atende as necessidades do serviço e dos pacientes. Contribuições e implicações para a enfermagem: nesse contexto, torna-se fundamental o conhecimento da equipe de enfermagem dos dispositivos disponíveis na instituição onde trabalha, avaliando o paciente e a terapia medicamentosa, a fim de realizar a melhor escolha do tipo de cateter CCIP para sua instalação e terapia intravenosa. Descritores: Enfermagem neonatal; Cateterismo venoso central; Complicações. Referencias: 1. Giacomo M. Comparison of three peripherally inserted central catheters: pilot study. British Journal of Nursing, 2009; Jul-Aug. 18(1):8-16. 2. Camargo, P.P. Procedimento de inserção, manutenção e remoção do cateter central de inserção periférica em neonatos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007. 3. Paulson PR. Miller KM. Neonatal peripherally inserted central catheters: recommendation for prevention of insertion and post insertion complications. Neonat Netw. 2008;27(4):245-257. 4. Liu H, Han T, Zheng Y, Tong X, Piao M, Zhang H. Analyses of complications rates and reasons for nonelective removal of PICCs in neonatal intensive care unit preterms infants. Journal of Infusion Nursing. 2009;32(6):336-340. 5. Costa P. Análise da relação entre a posição anatômica da ponta do cateter CCIP e o motivo de remoção do dispositivo em uma coorte de neonatos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

14472

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ERNANI BOHRER DA ROSA

PADRONIZAÇÃO DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA PRÁ-NENÊ, A IMPORTÂNCIA DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO.

Bohrer, ER; Silveira, DB; Canabarro, ST; Sakamoto, VTM; Coelho, DF; Rosa, RFM;

Introdução: Os procedimentos operacionais padrão (POPs) são uma forma de fazer com que os profissionais realizem os procedimentos seguindo um roteiro específico. Os POPs são elaborados baseados na literatura científica para que os processos sejam realizados com base em um roteiro específico. 1 O programa prá-nenê, realiza ações de vigilância em saúde em crianças menores de um ano, com isso facilita o acesso ao serviço de saúde. Este programa está inserido nos serviços básicos de saúde e nas equipes da Estratégia de Saúde da Família na cidade de Porto Alegre. 2 Objetivos: Padronizar as rotinas das consultas do programa prá-nenê de uma Unidade Básica de Saúde e diminuir a ocorrência de possíveis erros no processo de gerenciamento dos documentos do programa. Métodos: Realizou-se um fluxograma de atendimento para a realização das consultas de enfermagem do programa prá-nenê. Resultados: Os principais resultados foram a padronização das consultas de enfermagem no programa prá-nenê, com isso a possibilidade da ocorrência de erros no processo diminui e auxilia na segurança dos pacientes. Conclusões: Trabalhos como este são imprescindíveis para a criação de protocolos institucionais, e são uma forma fácil e segura de padronizar os processos de trabalho. Implicações para a enfermagem: A intervenção dirigiu-se a beneficiar as consultas de enfermagem, oferecendo aos enfermeiros um roteiro específico para guiá-los nestas. Além disso, os pacientes beneficiam-se obtendo maior segurança e uniformidade no atendimento. Descritores: Enfermagem, Infância, Procedimentos operacionais padrão. Referências 1 HONORIO, Rita Paiva Pereira; CAETANO, Joselany Áfio; ALMEIDA, Paulo César de. Validação de procedimentos operacionais padrão no cuidado de enfermagem de pacientes com cateter totalmente implantado. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 64, n. 5, Oct. 2011. 2 PRÁ-SABER: INFORMAÇÕES DE INTERESE À SAÚDE. (Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Equipe de Informação). - Porto Alegre, RS, 2003 v. 6 no 1(jun)

14245

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

EUJCELY CORDEIRO SANTIAGO

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM USO DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Santiago, ECS;

A assistência de enfermagem dentro da UTIN é um desafio, pois requer atenção, destreza, respeito e sensibilidade, afinal trata-se de clientela vulnerável e dependente da equipe de saúde. O paciente neonatal apresenta peculiaridades anatomo-fisiológicas que interferem na administração de medicamentos logo, faz-se necessário que os profissionais levem em consideração essas variáveis, fazendo os ajustamentos necessários para que a adimistração de medicamentos na UTIN seja feita de maneira precisa e segura. Assim, objetivou-se identificar publicações científicas que abordem a atuação dos enfermeiros aos recém-nascidos (RN) prematuros em uso de cateter venoso periférico (CVP). Tendo como trajetória metodológica a revisão bibliográfica, com seleção de artigos através dos Descritores em Ciências da Saúde (Decs Bireme) onde foram localizadas as publicações indexadas nas bases de dados do SciELO e conseqüentemente nas revistas eletrônicas. Ao total foram encontradas 18 publicações, entretanto utilizou-se somente 05 para análise e discussão. Concluiu-se que para o CVP não apresentar complicações aos RN´s prematuros, é necessário que a equipe de enfermagem desenvolva estratégias para melhorar o cuidado a esses pacientes submetidos à punção venosa, desde a promoção de segurança até a identificação dos fatores de risco , destacando que o tempo de permanência dos dispositivos intravenosos também está relacionado ao cuidado que é destinado a eles. Assim, esse estudo pode contribuir para o levantamento de novas estratégias para minimizar as complicações que a terapia medicamentosa invasiva pode ocasionar. Descritores: recém-nascido prematuro, cateter venoso periférico, atuação do enfermeiro. Referências: MODES, P. S. S. A. et al. Cuidados de enfermagem nas complicações da punção venosa periférica em recém-nascidos. Rev Rene, Fortaleza, 2011. MONCAIO, A. C. S.; FIGUEIREDO, R. M. Conhecimentos e práticas no uso do cateter periférico intermitente pela equipe de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. 2009.

14102

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FABIANA LUCIA PASSOS MARQUES

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO NEONATO SUBMETIDO À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marques, FLP; Jesus, R; Chagas, FP; Souza, MV; Sazaki, NY; Teixeira, TF;

Introdução: A hipotermia terapêutica tem sido empregada como estratégia para o tratamento neuroprotetor em recém-nascidos acometidos por encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI), visando a redução da mortalidade e a ocorrência de incapacidade funcional neurológica grave. A hipotermia desenvolve a diminuição do metabolismo e edema cerebral associado à inibição da apoptose e diminuição da extensão da lesão cerebral. Objetivos: Descrever o processo de implementação de um protocolo de assistência de enfermagem ao neonato submetido à hipotermia terapêutica. Metodologia: Estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado na UTI Neonatal (UTIN) de um Hospital Universitário do Município de São Paulo. Inicialmente realizou-se pesquisa bibliográfica sobre a hipotermia induzida em neonatologia e após foi formulado protocolo pelos enfermeiros da unidade. Resultados: Na pesquisa bibliográfica somente foram encontrados artigos na língua inglesa sobre implicações para a enfermagem na hipotermia induzida, o que reforçou a necessidade da elaboração do protocolo que contém: definição, objetivo, critérios de inclusão, cuidados de enfermagem no esfriamento e reaquecimento e considerações importantes. Antes da implementação, toda a equipe de enfermagem foi capacitada. Conclusão: O protocolo contribuiu para uma prática de enfermagem segura e sistematizada, melhorando assim a qualidade de assistência prestada ao neonato, favorecendo o prognóstico dos recém-nascidos com asfixia neonatal. Ressalta-se a necessidade de mais estudos pela enfermagem sobre esta temática. Contribuições/Implicações para a enfermagem: Disseminar o conhecimento e evidenciar a importância da padronização da assistência de enfermagem proporciona o êxito da terapêutica. Referências: 1.Takazono PS, Golin MO. Asfixia Perinatal: Repercussões Neurológicas e Detecção Precoce. Rev. Neurocienc; 2013; 21(1):108-11. 2.Cooper DJ. Induced hypothermia for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy: pathophysiology, current treatment, and nursing considerations. Neonatal Netw. 2011; 30(1):29-35. Descritores: hipotermia induzida ; recém-nascido ; asfixia neonatal

14388

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ÉRICA CORREIA DA SILVA

TERAPIA INTRAVENOSA EM NEONATOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Correiadasilva, ECS; Silvadias, CSD; Alexandredocarmo, CMAC;

INTRODUÇÃO: A produção de conhecimento sobre Terapia Intravenosa, no município do Rio de Janeiro poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias inovadoras, tanto na avaliação dessas práticas quanto em propostas que subsidiem a aplicação de novas tecnologias do cuidado á saúde do recém-nascido. O Enfermeiro é indispensável na abordagem do cliente portador de cateter venoso central, por ser o profissional que tem maior período de contato com esta clientela, sendo responsável ainda pela prevenção de complicações, além de possuir competência técnica e legal para indicação, inserção e manutenção de Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP), conforme a Resolução nº 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem1. Para desempenhar tal atividade, o mesmo deve estar qualificado e/ou capacitado profissionalmente, garantindo um cuidado seguro, humanizado e voltado para o desenvolvimento de evidências científicas relacionadas com a prática assistencial da enfermagem neonatal. A Resolução RDC n.º45/20032 destaca a importância deste profissional na escolha do tipo de acesso venoso juntamente com a equipe médica, devendo considerar as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Vale destacar que a enfermagem configura-se no cenário nacional com uma profissão independente, autônoma e com legislação própria, tendo como responsabilidade alcançar primordialmente os cuidados relativos à saúde do individuo, de acordo com as suas necessidades.3 Segundo a Lei nº 7.498/19864, cabe ao Enfermeiro privativamente a realização de cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. Com o avanço tecnológico e o constante desenvolvimento técnico-científico dos profissionais de enfermagem em neonatologia, houve uma modificação do perfil da clientela internada, demandando cuidados mais complexos e procedimentos invasivos para a garantia da sobrevivência. A Terapia Intravenosa incorpora saberes, práticas e tecnologias de várias especialidades indispensáveis à sobrevivência dos recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. Todavia, mesmo com todo o aparato tecnológico, possui riscos e benefícios e está potencialmente associada a diversas complicações, como infecção, infiltrações, extravasamentos e múltiplas punções venosas causando dor e sofrimento aos recém-nascidos. A realização da TIV no neonato apresenta algumas especificidades que vão desde a escolha do tipo de acesso venoso até à administração de medicamentos, por isso é de suma importância que o enfermeiro tenha conhecimentos básicos em relação à fisiologia e à anatomia da rede venosa, além dos cuidados inerentes à inserção, a manutenção e a retirada do cateter, assegurando o êxito do tratamento. OBJETIVO: Identificar os cuidados de enfermagem em terapia intravenosa referentes a indicação e a manutenção dos Cateteres Centrais de Inserção Periférica nas unidades neonatais do município do Rio de Janeiro; METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão bibliográfica, sendo realizado um levantamento da produção científica, buscando nas principais bases de dados, LILACS, BDENF e PUBMED/MEDLINE, onde encontramos artigos completos/incompletos e teses. Com a combinação dos descritores, obtivemos como resultado o total de 60 artigos, sendo 15 artigos na BDENF, 21 na LILACS e 24 na PUBMED/MEDLINE. Foram incluídos os artigos que possuíram relação com o cateter central de inserção periférica em neonatos, sendo excluídos aqueles que não estavam relacionados com a temática, como: protocolos, teses, dissertações, monografias, artigos incompletos e documentos publicados há mais de 5 anos. Após a utilização destes critérios, foi realizado um refinamento a partir da leitura dos títulos. RESULTADOS: Em relação ao conhecimento geral sobre o CCIP, os enfermeiros que eram habilitados,

obtiveram melhores resultados do que os enfermeiros que não possuíam habilitação. Lourenço e Ohara (2010) realizaram um estudo com a população de 40 enfermeiros qualificados para a inserção do CCIP em neonatos, onde evidenciou a média do índice total de acertos, que foi de 67,7%, denotando conhecimento ruim dos enfermeiros em relação à técnica de inserção do PICC. Dórea et al (2011), destacou a importância da capacitação dos profissionais e de novos instrumentos para registro da assistência clinica de enfermagem em relação ao manejo do cateter, pois mesmo após a adoção de um protocolo institucional em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital privado, constatou-se que as complicações estavam relacionadas ao cuidado do cateter. Costa; et al (2012); Johann et al (2012); Baggio, Bazzi e Bilibio (2010); ressaltaram a importância da manutenção do cateter para prevenir a sua remoção. Costa; et al (2012), exploraram os motivos da remoção não eletiva do CCIP, dos 33 cateteres que foram removidos, 13,1% por obstrução, 9,5% ruptura, 7,1% edema do membro, 6% suspeita de infecção, 1,2% tração acidental, 1,2% má perfusão e 1,2% extravasamento. As prevalências desses motivos estão intrinsecamente relacionadas com a manutenção desses cateteres e que indicam a necessidade de estratégias para a prevenção de complicações evitáveis relacionadas ao CCIP. Johann et al (2012), revisaram estudos sobre a temática CCIP e o seu uso em neonatos, onde os estudos apontam lacunas no que tange à essa população; destacando o conhecimento insuficiente dos profissionais quanto indicações; variados temas sobre uso de anticoagulantes; infecção relacionada a cateter e sua prevenção; evidenciando a necessidade de publicações científicas nacionais, de acordo com a realidade brasileira e sejam de fácil acesso aos profissionais de enfermagem. Baggio, Bazzi e Bilibio (2010), descreveram a utilização do CCIP em uma unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica, tendo destaque a remoção antecipada desse dispositivo que ocorreu em virtude de obstrução (25%), infiltração (18%), suspeita de contaminação (16,6%), tração (13,9%), ruptura (11,2%), dentre outros, constatou a importância da capacitação e de estratégias que qualificam a assistência dos profissionais para realizar a manutenção adequada do cateter. CONCLUSÃO: Pelo presente estudo, pode-se desconhecer a real magnitude das demandas de cuidados realizados e quais os fatores que contribuem para sua utilização adequada, pois há um reduzido número de publicações no Brasil na área de terapia intravenosa, com enfoque nas demandas de cuidados referentes à indicação e a manutenção do CCIP da clientela neonatal. Ressalta-se a necessidade de realizar estudos com foco em cuidados relativos à manutenção dos cateteres venosos centrais, pois estes cuidados devem ser priorizados a fim de melhorias, para que dessa forma, garantam o seu desempenho e qualidade. Assim como destacou Harada e Pedreira (p. 224, 2011), "o aspecto mais controverso na utilização do CCIP está relacionado com a manutenção da sua permeabilidade, pois não há consenso em literatura e nenhuma evidência científica que respalde essa prática". Por isso, a TIV merece destaque por ser ainda pouco conhecida, pois demanda grandes cuidados para esta, sendo de grande importância para o sucesso da terapêutica e, ainda, pouco explorada. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O estudo poderá contribuir para a assistência de Enfermagem neonatal, através do conhecimento das demandas de cuidados geradas pelo uso do CCIP na TIV, utilizada como uma tecnologia fundamental para a sobrevivência dessa clientela através de novos resultados sobre a temática, e assim, ter subsídios para a criação de protocolos pautados no conhecimento científico, a fim de qualificar a assistência prestada. Além de contribuir para o campo de ensino e pesquisa, visando aprimorar estratégias através de um cuidado fundamentado nas evidências científicas e nas inovações tecnológicas na área, o que será essencial para estruturar um referencial teórico que auxilie na elaboração dos critérios para a indicação do CCIP, assim como para os cuidados necessários, a fim de realizar uma manutenção adequada desse dispositivo, livre de danos para a clientela neonatal. DESCRITORES: cateterismo periférico; cateterismo venoso central; enfermagem neonatal;

14024

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FATIMA SOARES

MANOBRAS DE REANIMAÇÃO USADAS NA SALA DE PARTO EM RECEM NASCIDOS QUE INTERNARAM NA UTIN/HE/UFPEL,2012

Soares, FATIMA;

Introdução: A introdução de normas de atendimento em sala de parto através de cursos realizados pela Sociedade Brasileira de Pediatria poderá ter modificado a conduta do pediatra na sala de parto. A asfixia neonatal tem uma contribuição importante na mortalidade neonatal precoce além de causar danos ao RN alongo prazo. Conhecer as manobras de reanimação que os pacientes foram submetidos poderá contribuir para o aprimoramento de técnicas de reanimação. Objetivo. Analisar as condutas imediatas realizadas na sala de parto entre os RN que necessitaram de internação em UTI neonatal Metodologia. Estudo transversal de todos os RN que internaram na UTIN entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2012 na UTIN do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FAMED e no COCEP da UFPel. As informações foram coletadas através do prontuário de internação e entrevista com familiares. Os dados foram ingressados no programa Excel 2007 e analisados no programa estatístoco SPSS 17.0. Resultados: O estímulo tátil foi realizado em 52,3% dos RN, 51,2% usaram oxigênio inalatório, 28,5% necessitaram de ventilação com pressão positiva, sendo 19,2% intubados. A massagem cardíaca foi aplicada em 5,8% e em 5,3% foi utilizada drogas para reanimação. Conclusão: A maioria dos RN internados na UTIN necessitou de suporte ventilatório e 1/3 necessitaram de ventilação com pressão positiva. Contribuições/ implicações para enfermagem: O conhecimento das manobras a que foram submetidos em sala de parto poderá favorecer o cuidado imediato do RN que ingressa na UTIN Tais modificações têm como base o Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO, disponível em www.sbp.com.br (http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP- ReanimacaoNeonatal-atualizacao-1abr2013.pdf; páginas 1-21 e 48-50) desde 1º de abril de 2013.

14025

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FATIMA SOARES

DIAGNÓSTICO INICIAL, DIAGNÓSTICO FINAL E DESFECHO DOS RECEM NASCIDOS INTERNADOS NA UTIN-HE-UFPEL,2012

Soares, José Aparecido Granzotto, Denise Marques Mota, Maria Amália Saavedra, Anne Elise Alexandre, Matheus De Aquino Guimarães, Fátima Rosangela Rodrigues Soares;

Introdução: A redução da mortalidade infantil faz parte das estratégias de desenvolvimento da região. Em nosso meio a mortalidade neonatal representa em torno de 70%. A prevalência das principais patologias necessitam ser conhecidas para que se possa adequar o atendimento.Identificar o desfecho das internações contribui para a elaboração de programas que possam modificar os índices de mortalidade. Objetivo. Analisar as causas, diagnóstico e resultado final dos RN que internados no ano 2012 em uma UTIN. Metodologia. Estudo transversal de todos os RN que internaram entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2012 na UTIN do HE UFPeL. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FAMED e pelo COCEP da UFPel. Resultados: 176 neonatos hospitalizaram sendo 53,1% internaram por problemas respiratórios, 34,3% por prematuridade e 6,3% com diagnóstico de infecção. Como diagnóstico final 30,4% septicemia, 22% doença da membrana hialina, 12,5% icterícia, 6% asfixia e 3,6% taquipnéia transitória. 74,9% receberam alta para outra unidade do hospital, 3,9% necessitaram transferência e 18,1% foram a óbito. Conclusão: Os problemas respiratórios predominaram como motivo de internação, seguido da prematuridade o que é compatível com os dados encontrados na literatura. . Como diagnóstico final a septicemia ocupou o 1º lugar seguido da doença da membrana hialina. Contribuições/ implicações para enfermagem: O conhecimento das patologias mais freqüentes permite ao enfermeiro a preparação antecipada dos equipamentos necessários ao adequado atendimento do RN na UTIN. A equipe de saúde deve estar apta a conhecer e valorizar as necessidades destes sobreviventes. Atenção à saúde do RN, guia para profissionais de saúde , cuidados com o RN pré-termo, volume 4, Ministério da Saúde, Brasilia, 2011 Gestação de alto risco - Manual Técnico Ministério da saúde, 5ª edição, Brasilia, 2012. VAZ, FAC, Pediatria , Instituto da Criança, Hospital das Clinicas, FMUSP. Editora Manole, SP, 2011

13842

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FERNANDA ARAÚJO RODRIGUES

META INTERNACIONAL DE SEGURANÇA: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UNIDADE NEONATAL

Rodrigues, FA; Salvado, AC; Stumpf, A; Reis, DC; Soares, T;

INTRODUÇÃO: A identificação do paciente é prática indispensável para garantir a segurança em qualquer ambiente de cuidado à saúde e deve ser feita por meio de documentos padronizados. Erros de identificação podem acarretar graves consequências1. OBJETIVOS: descrever a metodologia de identificação utilizada em uma unidade neonatal de hospital universitário, explorar estratégias para minimizar falhas e exemplificar identificadores. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência, que foi divido em duas etapas: revisão de literatura para conhecer a temática proposta; observação e apresentação das atividades. RESULTADOS: O Plano de Identificação de Pacientes do hospital estabelece critérios e responsabilidades para a adequada identificação de todos os pacientes2. Este processo é realizado através do uso de pulseiras com etiquetas impressas, desde a admissão hospitalar. Os pacientes alérgicos recebem pulseiras diferenciadas. Os bebês são identificados ainda na sala de parto com duas pulseiras (braço e perna). Quando os bebês são transferidos para a neonatologia, a pulseira é trocada e o RN recebe um número próprio de prontuário. A conferência é obrigatória para qualquer procedimento. CONCLUSÃO: Considera-se de extrema importância a participação da equipe de enfermagem para a melhoria destas ações. Nas unidades neonatais, ressalta-se a relevância da participação familiar na identificação do bebê. CONTRIBUIÇÕES: É essencial conscientizar e capacitar profissionais e acompanhantes, de que a identificação é responsabilidade de todos. REFERÊNCIAS: 1 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. 10 Passos para a segurança do paciente. SÃO PAULO, 2010. 2 HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Plano de Identificação dos Pacientes. Porto Alegre, 2012. DESCRITORES: Segurança do paciente, Sistema de Identificação de Pacientes, Neonatologia.

14532

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FERNANDA ARAÚJO RODRIGUES

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES NEONATOS EM USO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL

Rodrigues, FAR; Vaccari, AV;

Introdução: A nutrição parenteral é uma solução estéril e apirogênica, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e sais minerais, administrada via intravenosa, que fornece os elementos necessários aos pacientes que se encontram com a via gastrintestinal impossibilitados de ser utilizada visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas1. Essa terapia tem proporcionado à recuperação de pessoas em larga escala, no entanto, para que seja realizada de forma adequada, são necessários cuidados especiais de múltiplos profissionais habilitados que, atuando em equipe, venha atender as necessidades nutricionais do paciente, oferecendo possibilidades de reabilitação no seu estado de saúde, entre eles, o enfermeiro2. O enfermeiro é responsável pela administração da nutrição parenteral1,2. A administração da nutrição parenteral deve ser executada de forma a garantir ao paciente uma terapia segura e que permita a máxima eficácia na utilização de materiais e técnicas padronizadas1,2. Objetivo: Descrever as práticas recomendadas na literatura frente aos cuidados de enfermagem a pacientes neonatais em uso de nutrição parenteral. Metodologia: Revisão bibliográfica, com seleção de três livros da área, um artigo científico nacional e um guia institucional com os seguintes descritores: Nutrição Parenteral, Neonatologia e Assistência ao Paciente. As referências utilizadas nesta pesquisa compreendem os seguintes critérios: publicação nos anos de 2000 a 2012, conter ao menos um dos descritores pré-estabelecidos e livre acesso em meio eletrônico ou publicação. A coleta dos dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2013. Resultados: A atuação do enfermeiro neste processo abrange principalmente a etapa de administração da formulação e prescrição dos cuidados de enfermagem, porém também envolve outros cuidados como indicação, conservação e via de acesso da nutrição parenteral1. Em relação à indicação, apesar de ser uma atribuição do médico, a equipe de enfermagem está envolvida nesta etapa na medida em que identifica situações que impossibilitem o uso do trato gastrintestinal para a alimentação (distensão abdominal, vômitos, diarreia)1. Entre os cuidados na conservação, destaca-se a manutenção da temperatura entre 2°C a 8°C em geladeira exclusiva para medicamentos e a retirada com antecedência para que atinja a temperatura ambiente naturalmente1. A validade da nutrição parenteral refrigerada é de no máximo 48 horas após sua manipulação, e em temperatura ambiente a administração dessa solução deve ser realizada durante no máximo 24 horas1. A instalação exige ainda mais cuidados, como a conferência do rótulo com a prescrição médica, a avaliação da formulação (integridade da embalagem, alteração de cor, homogeneidade da solução, separação das fases ou presença de corpos estranhos na solução), a troca do equipo a cada fase instalada, a antissepsia do cateter e a confirmação de sua localização e permeabilidade3. Imediatamente após a instalação da nutrição parenteral no paciente o enfermeiro deve realizar com outro enfermeiro, ou na falta, um colaborador da equipe de enfermagem, a dupla checagem, que consiste em confirmar a instalação correta da solução no paciente (checar: solução correta, paciente correto, via correta, gotejo correto)3. A via de acesso também está sob responsabilidade do enfermeiro desde a inserção do cateter venoso (central ou periférico) até sua manutenção3. Quando a concentração de glicose é inferior a 12,5% na nutrição parenteral, pode ser instalada em acesso venoso periférico, caso contrário o enfermeiro deve sempre primar pela instalação da nutrição parenteral em um acesso venoso central4. Devemos lembrar, ainda, que para a utilização de acesso venoso periférico é recomendado que o fármaco tenha: a osmolaridade inferior à 500 mOsm/L, o pH deve ser entre 5 e 9 e o fármaco não deve ser da classe vesicante ou irritante5. O curativo

semipermeável é indicado no local de inserção e às trocas devem ocorrer a cada sete dias, ou antes, conforme necessidade, já o curativo com gaze estéril pode ser utilizado no momento da punção caso haja sangramento, porém recomenda-se a troca antes de completar quarenta e oito horas3. Sabemos que o ideal para a administração da nutrição parenteral é uma via exclusiva, entretanto em neonatologia nem sempre contamos com essa via exclusiva e necessitamos administrar a nutrição parenteral com outros fármacos, assim é essencial que o enfermeiro conheça todos os componentes da formulação e suas respectivas concentrações e estabilidades, para enfim analisar criteriosamente a compatibilidade entre esses fármacos5. Na dúvida, sempre o enfermeiro deve contatar o serviço farmacêutico da instituição antes da instalação da nutrição parenteral, gerando assim segurança em suas ações assistenciais5. As principais incompatibilidades são: anfotericina e aciclovir são incompatíveis com nutrição parenteral e lipídeos, furosemida é incompatível com nutrição parenteral que contenha sulfato de magnésio na sua formulação, midazolam é incompatível com os lipídeos e voriconazol é incompatível com a nutrição parenteral5. Nos casos de incompatibilidade como os citados, a infusão da nutrição parenteral não deve ser interrompida, outra via de acesso deve ser considerada para a administração do medicamento. O enfermeiro também deve atentar para os registros criteriosos do início e final da infusão, realizando as checagens necessárias no prontuário do paciente; e deve acompanhar de hora em hora o débito da infusão, verificando o funcionamento do equipamento gotejador, evitando assim infusões inadequadas no recém-nascido3. Conclusão: Constatou-se, com essa pesquisa bibliográfica, que é grande a importância da atualização dos enfermeiros sobre todo o processo que envolve a utilização de nutrição parenteral em Neonatologia, para que tenhamos sempre um cuidado de enfermagem de alta qualidade para os recém-nascidos que necessitam desse suporte nutricional. Descritores: Nutrição Parenteral, Neonatologia e Assistência ao Paciente. Referências: 1 OLIVEIRA, M. S. Assistência de enfermagem em nutrição parenteral. In: CALIXTO-LIMA, L. et al. Manual de Nutrição Parenteral. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2010: 123-134. 2 LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. A enfermeira vivenciando o cuidar do paciente em nutrição parenteral. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 189-199, ago. 2005. 3 BEGHETTO, M. G.; MELLO, E. D. Manual de Nutrição Parenteral. Orientação aos profissionais. 1. ed. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2003. v. 30. 80p. 4 TOMA, E. Acesso venoso em Recém-nascidos. In: Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN), organização: Sociedade Brasileira de Pediatria, Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2004. Ciclo 3. Módulo 2. p 94. 5 HCPA. Comissão Interna de Medicamentos. Medicamentos Injetáveis. Atualizado em: 30/04/2013.

14351

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FLÁVIA DO VALLE ANDRADE MEDEIROS

? BUNDLE DE CATETER?: TECNOLOGIA DO CUIDADO NO CONTROLE E PREVENÇÃO DA INFECÇÃO SANGUÍNEA NOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE BAIXO PESO.

Medeiros, FVA; Barbosa, MTSR; Carius, VC; Souza, RRB; Alves, VH;

Os recém-nascidos são muito susceptíveis à infecção, e a possibilidade de adquirirem é tanto maior quanto menores forem. Apesar dos avanços tecnológicos, as infecções relacionadas à assistência de saúde continuam sendo uma ocorrência comum nas unidades neonatais. A manutenção de um acesso vascular seguro é de importância vital no manejo do recém-nascido criticamente doente. As vantagens proporcionadas pelos cateteres venosos contrapõem-se às complicações que podem advir de seu uso. Os cuidados com "bundle" (múltiplas intervenções simultâneas) vêm demonstrando-se um importante e inovador meio de prevenir infecções relacionadas à assistência. Assim o presente estudo tem como objetivo analisar aplicação de blundle, como tecnologia do cuidado, na diminuição da infecção associada ao cateter venoso central. Método: revisão e análise sistemática de 15 artigos selecionados a partir dos critérios de inclusão do estudo. As fontes: o Portal da CAPES, Portal PUBMED e Manuais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Resultados observados demonstram grande eficácia do bundle, como intervenções interdisciplinares simples, de fácil execução e caráter educativo, para redução da infecção sanguínea. Também apontam períodos de aumento dos riscos para infecção necessitando cuidados preventivos mais intensos. Enfim caracterizou-se como processo de alto impacto aplicável em diferentes cenários. Conclusão: A fim de mitigar riscos infecciosos no prematuro, cuidados com bundle, mostrou-se eficaz na solução de problemas multidimensionais. Descritores: Infecção, Prematuro. 1. Vilela R, Dantas SRPE, Trabasso P. Equipe interdisciplinar reduz infecção sanguínea relacionada ao cateter venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Revista Paulista Pediátrica. 2010; 28(4):292-98. 2. Apisamthanarak A, Thongphubeth K, Yuekyen C, Warren DK, Fraser VJ. Effectiveness of a catheter-associated bloodstream infection bundle in a Thai tertiary care center. A 3-years study. A J of infection Control 2010;38:449-455.

14602

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FRANCIANE DO SOCORRO RODRIGUES GOMES

DESCRIÇÃO DE FATORES DE RISCO MATERNOS EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Gomes, FSR; Parente, AT; Parente, AN; Vieira, JSA; Santos, KM;

INTRODUÇÃO: A mortalidade infantil apresenta-se ainda como um grande problema de saúde pública. Nos últimos anos com melhorias na assistência a saúde das crianças o perfil dos óbitos infantis tem modificado, sendo que a maioria destes atualmente tem ocorrido no período neonatal e tem sua causa diretamente relacionada ao período de gestação, ao parto e aos defeitos congênitos. Desde a década de 1990 o óbito neonatal tem sido uma forte preocupação da saúde pública, pois a maioria destas mortes pode ser evitada com a existência efetiva da prevenção, como o acesso a serviços de saúde, assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido1,2. No Pará, foram notificadas no ano de 2010, 1.561 mortes neonatais. Em Belém ocorreram 240 óbitos, sendo 192 mortes neonatais precoces e 48 mortes neonatais tardias 3. As gestações classificadas de alto risco estão presentes em mulheres que não realizaram pré-natal; que tiveram intervalo entre as gestações menor que dois anos; altura uterina sem correlação com a idade gestacional; antecedentes de filhos prematuros, com baixo peso ao nascer ou mal formados; antecedentes de abortos, morte fetal ou neonatal precoce; presença de doença sistêmica, doença crônica como hipertensão e diabetes mellitus; infecção urinária; corrimento vaginal; alcoolismo, tabagismo ou drogas ilícitas durante a gravidez; ganho inadequado de peso; apresentação anormal; gestação de mãe Rh negativa; gestação múltipla; cesárea anterior; mãe primigesta ou multigesta; uso de drogas teratogênicas; diagnóstico para a sorologia de sífilis (VDRL); HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana); hepatite B e C; toxoplasmose entre outros4. Diante disto, é necessário que se faça estudos que descrevam o que tem levado os neonatos a manifestarem complicações que muitas vezes os colocam em risco de vida, para que se possam adotar medidas preventivas e possíveis resoluções de problemas na assistência, dando informações a população a respeito dos fatores de risco, a fim de evitá-los, além de esclarecer a importância do pré-natal. OBJETIVO: Descrever os fatores de risco maternos e neonatais de recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de referência no estado do Pará. METODOLOGIA: O estudo é do tipo descritivo, quantitativo, transversal. O local da pesquisa foi o setor de neonatologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), que é referência para assistência à média e alta complexidade materno-infantil do Norte do país. Os dados foram coletados de fontes primárias através de questionário aplicado a 30 (trinta) mães de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da FSCMPA, sendo também utilizados como fonte secundária os prontuários dos recém-nascidos. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos para melhor visualização dos resultados e analisados com base em estudos atuais sobre a temática, abordando a descrição dos fatores de risco que permeiam a morbimortalidade neonatal e seu impacto na atenção a saúde das crianças. O presente estudo foi submetido a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FSCMPA sob Folha de Rosto-435750 e protocolo n°.074/11-CEP. RESULTADOS: Sobre a caracterização socioeconômica das entrevistadas a pesquisa revelou que 66,7% das mães são provenientes da região metropolitana de Belém e 30% vieram do interior do Estado. A maioria das entrevistadas, 43,3% é autônoma, 36,7% são donas de casa e 10% são estudantes. Constatou-se que 23,3% das mães são solteiras, 16,7% são casadas e a maioria delas 60%, declarou ter união estável. Verificamos que das trinta mães entrevistadas, 56,7% (17 mães) relataram ter uma renda familiar de um a dois salários mínimos, para uma família de 3,7 pessoas em média. Vimos também que 46,7% das entrevistadas não terminaram o ensino médio, 33,3% conseguiram

terminar os 11 anos de estudo, 10% são universitárias e 10% são graduadas. Sobre a assistência pré-natal vimos que 86,7% realizaram o pré-natal, com início das consultas sendo em média aos 2,6 meses, com realização, em média de 4,6 consultas Do total 33,3% apresentaram intercorrências em gestações anteriores, em 13,3% houve morte neonatal precoce, e 6,7% morte fetal. Na gestação atual 13,3% fizeram uso de álcool e 10% fumou durante todo o período gestacional. Destas mulheres 60% apresentaram infecção de trato urinário(ITU), 76,7% apresentaram corrimento vaginal e 26,7% sofreram de prurido. A Doença Hipertensiva Específica da Gestação esteve presente em 26,7%. Sobre o parto 61,3% foi cesárea e 38,7% via vaginal. Sendo que 87% dos recém-nascidos nasceram prematuros de baixo peso, com média de peso ao nascer de 1.328 Kg, e Idade Gestacional em média de 32 semanas. CONCLUSÃO: Na descrição dos resultados podemos ver que a maioria das mulheres procede da região metropolitana de Belém, com baixa escolaridade e de estrato econômico também baixo, realizaram pré-natal com início ainda no primeiro trimestre, como pedem os protocolos do Ministério da Saúde, porém observamos que apesar do pré-natal existir muitas apresentaram intercorrências como ITU e corrimento vaginal que poderiam se prevenidos na atenção primária a saúde. Nestas mulheres entrevistadas o parto prematuro e o recém-nascido de baixo peso foram os resultados da provável deficiência na assistência à saúde ofertada a esta clientela. É de extrema importância dar ênfase para essa questão, onde políticas públicas relacionadas à prática do pré-natal se tornam indispensáveis para reduzir esse índice de morbidade neonatal que evoluem para a internação dos neonatos nas unidades de terapia intensiva. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Neste sentido, vemos a importância da enfermagem e o papel que o enfermeiro desenvolve na assistência pré-natal, sendo um profissional dinâmico e também educador, participa diretamente na estratégia de prevenção e educação em saúde dentro da proposta da Estratégia Saúde da Família, não apenas realizando consultas de pré-natal, mas também com palestras educativas, realizando campanhas preventivas dentro da comunidade e utilizando o próprio conhecimento dessas pessoas, a partir disso, esclarece dúvidas a respeito do preparo para a gravidez. Pois a assistência à criança inicia ainda na fase pré-natal, e através da prevenção e promoção da saúde garantimos grande redução nas taxas de nascimentos prematuros que geram grandes prejuízos ao crescimento e desenvolvimento infantil. DESCRITORES: Fatores de risco, Nascimento prematuro, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Referências: 1. Figueiredo Junior I, Lima GL, Ribeiro CL, Rezende KRF. Perfil nosológico de recém-nascidos de muito baixo peso: revisão em Maternidade Universitária. Pediatria Moderna, 2010 mar/abr; 46(2): 75-79. 2. Leite MMJ. Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente. Associação Brasileira de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2006. 3. DATASUS. Número de óbitos neonatais (masculinos e femininos) notificados, no ano 2011.(acesso em 22/03/2011), Belém, 2011. Disponível em: 4. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual AIDPI Neonatal. Washington: OPAS 2ª edição, 2010.

14477

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GABRIELA DE ALMEIDA COSTA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: REFLEXOS SOBRE A UNIDADE NEONATAL (UTI/UCI) DO ESTADO DERORAIMA NO ANO DE 2012

Lima, CDS; Costa, GA; Pinto, LS;

INTRODUÇÃO: A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera gravidez na adolescência como gestação de alto risco devido as repercussões sobre a mãe e o recém-nascido (Rn). Em Roraima, não se têm informações divulgadas sobre as admissões na UTI/UCI neonatal de Rn's provenientes de mães adolescentes bem como o impacto dessa demanda.OBJETIVOS: Determinar o quantitativo de Rn's provenientes de adolescentes admitidos na UTI/UCI neonatal, no ano de 2012; Identificar os principais diagnósticos de admissão determinando a incidência de óbitos, alta e/ou transferência para alojamento conjunto.METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa quanto-qualitativa. Foi realizado coleta de dados em livros de Registro da unidade neonatal UTI/UCI do Estado de Roraima de Janeiro a Dezembro do ano de 2012. Vale salientar que esta é a única Unidade existente em todo o Estado absorvendo todas as demandas públicas e particulares. É composta por oito leitos de UTI e 24 de UCI. A população alvo são os Rn's de mães adolescentes da faixa etária de 10 a 19 anos em conformidade com a OMS. RESULTADOS: No Estado de Roraima, de Janeiro a Dezembro de 2012,os Rn's de genitoras adolescentes representaram 15,9% da demanda da UTI/UCI. Destes 41,9% entrou devido desconforto respiratório seguido de prematuridade (32%). 8,3% devido icterícia e 6,8% por aspiração meconial. Em 11% dos casos não foi relatado o diagnóstico de entrada. 29% dos Rn's obtiveram alta hospitalar; 56,4% foram transferidos para alojamento conjunto.Contudo, 14.6% evoluíram para óbito. Destes 93,3% eram prematuros.CONCLUSÃO:Diante do exposto, torna-se necessário fazer com que as estratégias de prevenção ocasionem mudança de comportamento nas adolescentes, pois isso muito contribuiria para a redução das admissões na UTI/UCI do Estado de Roraima que sofre constantemente com superlotação.IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:A equipe de enfermagem participa ativamente dos cuidados a saúde da mulher em geral e cuidados durante o pré-natal; além do parto e pós parto.

13454

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GIULIANA BASTOS ARAUJO

PERFIL MICROBIOLÓGICO DAS INFECÇÕES PRIMÁRIAS DE CORRENTE SANGUÍNEA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO

Araujo, GBA; Gomes, AVOG; Silva, APAMS; Figueiredo, CESF; Ragasse, BR; Campos, DCC;

As Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde Neonatais possuem particularidade, quando comparadas às Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde em outras idades, pois os recém nascidos são, imediatamente após o parto, estéreis e ainda não entraram em contato com micro-organismos.1,2 Pode-se dizer que estes pacientes, além das individualidades desta fase da vida, possuem maior risco de adquirir IRAS, pois são mais susceptíveis, visto que não possuem anticorpos por não terem entrado em contato com bactérias que induzem a sua formação. As Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde são mais frequentes e mais graves nos recém-nascidos. Estudos apontam a alta mortalidade de recém nascidos com Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde e o aumento do tempo de hospitalização em recém nascidos internados com esta doença. 1,2A topologia mais frequente e grave de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde em indivíduos neonatais é a Infecção Primária de Corrente Sanguínea, ou sepse tardia. Pode-se afirmar que esta infecção corrobora, razoavelmente, para a mortalidade neonatal em indivíduos internados, e chega a ser a primeira da lista de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde em neonatologia. 1,2 Durante a internação em uma Unidade de terapia Intensiva, os pacientes, em geral, são submetidos a muitos procedimentos invasivos e ao uso de antimicrobianos por vezes desnecessários.3 O objetivo do presente estudo é descrever o perfil microbiológico das Infecções Primárias de Corrente Sanguínea confirmadas laboratorialmente. Para os profissionais de saúde que trabalham no controle de IRAS, é necessário estudar, entre outros subtemas relacionados às IRAS, os microorganismos que participam desta complicação da hospitalização e o perfil de sensibilidade destes micro-organismos aos antimicrobianos. Este é um estudo observacional descritivo retrospectivo, realizado nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Pediátrico de alta complexidade da Cidade do Rio de Janeiro. Foram incluídos no estudo, todos os micro-organismos causadores de Infecções Primárias de Corrente Sanguínea confirmadas laboratorialmente nos recém nascidos internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal no ano de 2011 e 2012. A coleta de dados foi realizada retrospectivamente nos prontuários dos RN internados incluídos no estudo e em dados do acervo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Durante o ano de 2011 e 2012, foram encontrado 51 Infecções Primárias de Corrente Sanguínea confirmadas laboratorialmente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Dentre os 44 pacientes, 47,7% (n=21) eram do sexo masculino e 52,3% (n=23) eram do sexo feminino. A média de idade foi aproximadamente 35,5 dias. A idade que mais apareceu foi 20 dias. O peso que mais vezes apareceu foi 2500g ou mais, (41,0%, n=18). A média de dias de internação foi 67,2 dias. O diagnóstico de internação mais frequente foi gastrosquise (52,9%, n=27). Em nenhuma internação havia infecção no momento da internação e um neonato possuía exposição à sífilis no momento da internação. O desfecho de internação que mais apareceu foi a transferência interna, com 43,1% (n=22). O cateter mais utilizado foi o cateter central de inserção periférica (78,8%, n=41). Em média, estes cateteres foram utilizados por 21,7 dias. Um recém nascido, possuía, no ato da infecção, dois cateteres. Embora tenham sido coletadas 51 hemoculturas referentes a 51 infecções, três hemoculturas possuíam dois micro-organismos causadores das Infecções Primárias de Corrente Sanguínea confirmadas laboratorialmente, somando assim 54 micro-organismos. O micro-organismo que mais apareceu foi o Sthaphylococcus epidermidis (33%, n=18). A bactéria gram negativa que mais apareceu foi Escherichia coli (7%, n=4). Duas infecções foram causadas

por fungos, que não foram identificados. Os Sthaphylococcus epidermidis eram todos sensíveis a linezolida, sulfametoxaxol/trimetropim e vancomicina, e a maioria sensíveis à ácido fusídico, rifampicina, teicoplanina e clindamicina. Cerca de 89% desta bactéria era resistente à oxacilina. Todas as Escherichia coli eram sensíveis a cefepime, ciprofloxacino, e a carbapenêmicos. Concluímos que, o diagnóstico de gastrosquise justifica o peso e a média de idade contradizerem os fatores de risco de aquisição de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde em neonatologia indicados pela literatura.2,3,4 A vigilância das IRAS em neonatologia deve ser realizada a partir da estratificação de peso

14457

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GLÁUCIA CRISTINA LIMA DA SILVA

MANEJO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO NO ALOJAMENTO CONJUNTO: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM

Glauciacristinalimadasilva, GCLS; Analuizadornelesdasilveira, ALDS; Marialdamoreirachristoffel, MMC;

Recém-nascidos a termo saudáveis são submetidos rotineiramente a múltiplos procedimentos dolorosos realizados no alojamento conjunto[1]. Este estudo teve o objetivo Identificar as produções cientificas referente ao manejo da dor no recém-nascido no alojamento conjunto. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa na base de dados LILACS, BDENF, MEDLINE, SCIELO e PUMED. Foi utilizado os descritores: dor, recém-nascido, alojamento conjunto e enfermagem neonatal. Os critérios de inclusão foram artigos na integra, idioma português, inglês, espanhol com recorte temporal a partir 1993, ano que foi instituída a Politica de Alojamento Conjunto no Brasil. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados um total de 5 artigos. O resultado apontou a efetividade do uso de medidas não- farmacológicas para o alívio da dor abordando escore de dor e o tratamento utilizado durante punção de calcâneo para teste de glicemia e injeção intramuscular para a vacinação da hepatite B e vitamina K, além de punçoes venosa periférica para administração de antibioticoterapia. Dentre as intervenções utilizadas destaca-se o uso da sacarose, contato pele a pele e amamentação. Conclui-se que poucos estudos sobre manejo da dor são realizados no alojamento conjunto. Apesar das evidencias de que o uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor serem efetivas e recomendadas existe uma lacuna entre o que é recomendado e o que é realizado pelos profissionais de saúde no cuidado ao recém-nascido no alojamento conjunto, trazendo implicações relacionadas a um maior investimento no cuidado ético e humanitário ao recém-nascido. Descritores: DOR, RECÉM-NASCIDO, ALOJAMENTO CONJUNTO. Referência: Morrow C. Wilkinson-Faulk D. Reducing routine heel lance Procedures Neonatal Pain during. Lippincott Williams e Wilkins. November/December 2010.

14455

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GLÁUCIA CRISTINA LIMA DA SILVA

REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O USO DA GLICOSE A 25% ASSOCIADO A SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA NA DOR DO PREMATURO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO DOLOROSO NA UTIN.

Analuizadornellesdasilveira, ALDS; Glauciacristinalimadasilva, GCLS; Marialdamoreirachristoffel, MMC;

Os recém-nascidos prematuros são diariamente expostos a uma média de 10 procedimentos dolorosos1, podendo gerar consequências negativas em decorrência da sua plasticidade cerebral. Este estudo teve o objetivo de identificar a produção cientifica relacionada ao uso sistemático de abordagens não farmacológicas (glicose a 25% associada a sucção não nutritiva), utilizadas para o alívio da dor na terapia intensiva neonatal. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, CINAHL e COCHRANE, com os descritores: dor e prematuro. Os critérios de inclusão foram artigos na integra, idiomas inglês, espanhol e português, artigos de pesquisas com o recorte temporal a partir do ano 2000. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 20 artigos de pesquisas sobre a temática. O resultado apontou o uso de glicose 25% associada a sucção não nutritiva, além de outras medidas como o enrolamento e contenção facilitada como efetivas em procedimentos únicos como a punção venosa periférica, punção de calcâneo e aspiração traqueal. Observa-se que somente nos estudos envolvendo a investigação da efetividade de medidas não farmacológicas, os neonatos receberam sistematicamente as intervenções. Quando foi realizado dimensionamento da dor, os estudos apontaram que procedimentos dolorosos ainda são realizados sem qualquer intervenção não farmacológica para o controle da dor. Conclui-se que, apesar das evidencias de que o uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor ser efetivas e recomendadas existe uma lacuna entre o que é recomendado e o que é realizado, trazendo implicações relacionadas a um maior investimento no cuidado ético e centrado no desenvolvimento do prematuro. Descritores: DOR, PREMATURO. ENFERMAGEM NEONATAL. Referencia: CARBAJAL, R. et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. JAMA, v. 300, n. 1, p. 60-70, Jul 2 2008.

14155

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GRACIANE APARECIDA MARTINS ESTEVES

DOR NEONATAL: AVALIAÇÃO E MANEJO

Esteves, GRACIANE;

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas houve grande progresso no conhecimento sobre os estímulos nociceptivos no recém-nascido pré-termo. Até então, os prematuros eram considerados incapazes de responder aos estímulos dolorosos, devido à imaturidade orgânica. Nos últimos anos, estudos sobre a fisiologia da dor demonstraram que o recém-nascido apresenta os componentes anatômicos e funcionais necessários ao estímulo doloroso. Segundo, Whaley e Wong1 as evidências indicam que as vias da dor, centros corticais e subcorticais necessários para a percepção da dor, e sistemas neuroquímicos associados à transmissão e modulação da dor estão intactos e funcionais no neonato.. Guinsburg2 assinala em seu artigo que a dor constitui uma das principais causas de estresse neonatal, podendo ter repercussões orgânicas e emocionais que comprometem o bem-estar do neonato. Ainda segundo a autora: uma série de parâmetros físicos e comportamentais se modificam no recém-nascido diante de um estímulo doloroso. No entanto, não basta supor que o neonato tenha uma linguagem própria de expressão dolorosa, faz-se necessário reconhecer e traduzir esta linguagem com objetividade. Segundo Veronez e Corrêa3, a dificuldade de avaliação e mensuração da dor no recém-nascido pré-verbal constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado da dor nas unidades de terapia intensiva neonatal. Santos et al.4 perceberam que há pouco conhecimento a respeito da avaliação a ser realizada para a detecção da dor no RNPT. Uma vez reconhecidos os sinais indicativos de dor e suas conseqüências sobre a estabilidade clínica do bebê prematuro ou criticamente enfermo, é de responsabilidade da equipe de saúde prevenir e tratar a dor de maneira efetiva e segura. OBJETIVO: Identificar os principais indicadores utilizados para avaliação da dor neonatal e apresentar as intervenções realizadas para o alívio da dor no neonato pelos enfermeiros. METODOLOGIA: Este estudo trata-se de uma pesquisa do tipo revisão bibliográfica. O estudo foi realizado por meio de busca online das publicações científicas. Como fonte de dados foi utilizada publicações científicas na área de enfermagem baseado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina). Para o levantamento dos artigos, os descritores (DECS) foram: dor neonatal, manejo da dor no prematuro, avaliação da dor no recém-nascido. Ao realizar a seleção de artigos foram determinados como critérios de inclusão: artigos publicados no idioma português, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012; artigos encontrados na íntegra para leitura e que retratassem a temática da dor neonatal dentro da área da enfermagem; independente do método de pesquisa utilizado. Como critérios de exclusão foram utilizados: artigos que não estejam na íntegra; artigos em outros idiomas que não seja português; artigos fora do período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011; não abordassem o tema em questão. Após identificação das literaturas científicas e posterior seleção, iniciou-se o processo de análise. RESULTADOS: Apesar do conhecimento sobre a importância da realização de tais ações, não têm transformado à prática, atitude que se espera do enfermeiro, como agente ativo na identificação de formas cada vez mais qualificadas de atender as necessidades integrais e individuais do recém-nascido. Nos artigos pesquisados, permitiu perceber que houve consideráveis mudanças no conceito e manejo da dor do RN ao longo do tempo, principalmente por ocasião dos inúmeros avanços tecnológicos em Neonatologia. Este crescente desenvolvimento tecnológico proporcionou novos estudos e conhecimentos que foram progressivamente sendo agregados à prática profissional diária e interferindo significativamente na assistência prestada ao RN. O cuidado de

enfermagem prestado ao recém-nascido pré-termo apresenta-se nos artigos de forma ambígua, na medida em que precisa conciliar o cuidar mecanizado, com uma abordagem mais humana, um olhar mais sensível, voltado para compreensão de gestos, posturas e reações utilizados como código de dor pelo neonato. A falta de conhecimento técnico-científico e a utilização incipiente das escalas de dor impedem a uniformidade em sua determinação, condicionando sua avaliação a experiências pessoais e a vivências individuais de cada profissional, dificultando à intervenção efetiva no manejo da dor. Porém, nota-se que ainda é escassa a literatura nacional sobre o tema e também há poucos trabalhos relacionados à dor do RN na área da enfermagem, principalmente em relação a avaliação e manejo da dor. Entende-se que outros estudos são necessários para novas indagações que contribuirão para o aprimoramento da pesquisa e a consequente melhoria da qualidade da assistência em enfermagem neonatal, tornando-a cada vez menos empírica e mais humanizada. CONCLUSÃO: Sabe-se, atualmente, que o recém-nascido, mesmo prematuro, apresenta todo substrato anatômico e bioquímico para sentir dor. A dor sentida pelos neonatos criticamente doentes pode alterar a estabilidade respiratória, cardiovascular e metabólica, aumentando a morbidade e a mortalidade neonatais. A dor sentida pelos recém-nascidos significa desconforto e sofrimento, podendo ter repercussões em longo prazo em termos de interação da criança com a sua família e em termos de cognição e aprendizado do paciente em sua vida futura. Apesar da equipe de enfermagem aceitar, a existência da dor no recém-nascido, a determinação correta do evento doloroso nesta faixa etária, ainda é uma das grandes dificuldades na prática diária da assistência neonatal. A incapacidade do neonato em verbalizar seu sofrimento e sua forma singular de se expressar faz deste, um ser totalmente dependente da sensibilidade e da empatia de seu cuidador, que precisa estar atento para identificar e compreender as alterações comportamentais e fisiológicas que acompanham o evento doloroso. Uma vez não tratada, a dor promove alterações fisiológicas e hemodinâmicas capazes de comprometer o bem-estar e a recuperação do recém-nascido, bem como implicações para seu desenvolvimento neurocomportamental a médio e longo prazo, reiterando a importância da dor ser adequadamente identificada, avaliada e, sobretudo, tratada. Podemos concluir que, embora vivamos em uma época em que os avanços tecnológicos auxiliam no cuidado e tratamento dos RNs prematuros, a equipe de enfermagem, ainda não se encontra preparada para o controle da dor do RN, havendo, portanto, a necessidade de uma maior discussão, capacitação, treinamento e envolvimento de todos os profissionais para cuidarem com maior competência e humanização do RN de risco, visando melhoria na qualidade de vida, minimizando as repercussões adversas da dor e do estresse nesta faixa etária. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A contribuição deste estudo é no sentido de estimular e desenvolver o aprimoramento e a capacitação profissional que enfoquem não só o conhecimento técnico-científico, a habilidade e a destreza em executar tarefas, mas também a assistência humanizada, empática, capaz de se sensibilizar com a dor do outro. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. WONG, D. L. Enfemagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006. 2. GUINSBURG, R.; et al. Aplicação das escalas comportamentais para a avaliação da dor em recém-nascidos. Jornal de pediatria, Rio de Janeiro, v.73, n.6, p.411, Nov./Dez., 1997. 3. VERONEZ, M.; CORRÊA, D. A. M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. Cogitare enferm; 15(2)abr.-jun. 2010. 4. SANTOS, M. Z.; KUSAHARA, D. M.; PEDREIRA, M. L. G. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. Rev Esc Enferm USP; 46(5): 1074-1081, out. 2012. tab. DESCRITORES: dor neonatal, avaliação da dor no prematuro, manejo da dor no prematuro.

14163

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GRACIANE APARECIDA MARTINS ESTEVES

AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR NO NEONATO PRÉ-TERMO SOB CUIDADOS DE TERAPIA INTENSIVA NA VISÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

Esteves, GRACIANE; Motta, RAQUEL; Ferreira, GILSON;

INTRODUÇÃO: A Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP)1 define dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos da lesão" .Trata-se de um evento subjetivo, individual, cuja percepção varia de pessoa para pessoa. Carvalho2 afirma que estudos realizados nos anos setenta mostraram que alguns profissionais conduziam procedimentos invasivos em neonatos, sem analgesia e que crianças de até três meses de idade eram submetidas a cirurgias sem anestésicos. Para Cloherty e Stark³, os neonatos têm desenvolvimento neurológico suficiente para processarem sensações nocivas, e para responder à lesão com sinais comportamentais de sofrimento e sinais fisiológicos de estresse. A rotina de cuidados na UTIN está muito voltada para os procedimentos que podem levar os récem-nascidos prematuros a ficarem expostos à vários e sucessivos eventos estressantes e dolorosos, causando assim sofrimento à estes bebês. Segundo Guinsburg et al.4, a dificuldade de avaliação e mensuração da dor no recém-nascido pré-verbal constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado da dor nas unidades de terapia intensiva neonatal. Para Balda e Guinsburg5, a avaliação da dor do neonato baseia-se em alterações das medidas fisiológicas e comportamentais, observadas antes, durante e após a introdução de um estímulo potencialmente doloroso. Com o intuito de atenuar a subjetividade e facilitar a avaliação clínica e o manejo adequado da dor, vários autores têm tentado organizar instrumentos de decodificação, chamados escalas multidimensionais de dor. Estas escalas atribuem pontos a determinados parâmetros comportamentais, descritos da maneira mais objetiva possível, associando-os a respostas fisiológicas e tendo como resultado, uma pontuação final que auxilia na determinação do evento doloroso. Dentre as escalas mais utilizadas na prática clínica, destacam-se: a NFCS - Neonatal Facial Coding System (Escala da Mímica Facial de Dor do Recém-Nascido), a NIPS - Neonatal Infant Pain Scale (Escala de Dor para Recém-Nascidos). Uma vez reconhecidos os sinais indicativos de dor e suas consequências sobre a estabilidade clínica do bebê prematuro ou criticamente enfermo, é de responsabilidade da equipe de saúde prevenir e tratar a dor e o desconforto de maneira efetiva e segura. Dentre as medidas de alívio as mais citadas são: sucção não-nutritiva, toque, analgésico endovenoso. OBJETIVO: Identificar os principais indicadores utilizados pela equipe de saúde da UTI neonatal para avaliação da dor neonatal e apresentar as intervenções realizadas para o alívio da dor no neonato. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, onde foi realizado entrevista semi-estruturada, e observação não-participante. Após ter sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Petrópolis, Faculdade Arthur Sá Earp Neto e Hospital Alcides Carneiro, conforme Parecer n° 04/2011 r.A., a pesquisa foi realizada. A aplicação da entrevista semi-estruturada e o campo de observação não-participante foram realizados, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Alcides Carneiro. O objeto do estudo foi os recém-nascidos pré-termo. Foram incluídos na observação não-participante RN prematuros, com idade gestacional menor que 34 semanas e peso de nascimento menor que 1500g. Foram excluídos os RN portadores de malformações congênitas e síndromes genéticas. Para todos os pacientes incluídos na observação não-participante, foi preenchido um protocolo de avaliação da dor como critério da pesquisa. O protocolo foi elaborado exclusivamente para a referente pesquisa, auxiliando ao pesquisador na obtenção de dados. No protocolo foi abordado: identificação, diagnóstico, avaliação da dor, procedimentos dolorosos e medidas de alívio. Para identificação foram obtidos Peso de

Nascimento (g), Idade Gestacional (semanas), Diagnóstico e Tempo de Internação no prontuário médico. A avaliação da dor no RN, teve como base as alterações comportamentais frente ao estímulo doloroso, sendo anexado ao protocolo a Escala de NIPS. Foram considerados procedimentos dolorosos: coleta de sangue (periférico ou arterial), punção de acesso venoso periférico, punção de calcanhar para glicemia, intubação traqueal, cateter de inserção periférica, passagem de sonda vesical e gástrica, dissecção venosa, drenagem torácica, coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR) e aspiração traqueal e de vias aéreas superiores. Foram consideradas medidas de alívio: estímulo tátil (carinho), glicose oral antes e após procedimento e analgésico endovenoso. Na entrevista semi-estruturada, foi elaborada questões, para que os sujeitos do estudo respondessem livremente sobre o que pensam a respeito do assunto. Os dados coletados foram agrupados em categorias, analisados e interpretados com a intenção de compreender o que foi observado e manifestado no questionário. O questionário foi composto de questões abordando dados de identificação pessoal e questões que enfatizem o conhecimento e a percepção da dor do RN pelo profissional de saúde. Na observação não-participante, a amostra estudada foi caracterizada por análise descritiva dos dados. Foram descritos os procedimentos dolorosos avaliados pela Escala NFCS e as medidas de alívio para cada situação.RESULTADOS: A partir da análise das articulação das entrevistas com o diário de campo, foi constatado que, apesar do conhecimento sobre os efeitos imediatos e tardios da dor experimentada pelo RN pré-termo, as medidas de alívio ainda não são realizadas rotineiramente na unidade neonatal. Na entrevista semi-estruturada os profissionais alegam avaliar e intervir no processo doloroso, porém, não aplicam na prática. Conforme observamos no diário de campo os tratamentos foram medicamentoso e carinho. Intervenções simples, como o uso de glicose por via oral previamente à realização do procedimento e sucção não-nutritiva, não foram realizados em nenhum recém-nascido. Os procedimentos dolorosos foram frequentes durante a internação, sendo as medidas de alívio insuficientes. CONCLUSÃO: Apesar da equipe de saúde aceitar, a existência da dor no recém-nascido, a determinação correta do evento doloroso nesta faixa etária, ainda é uma das grandes dificuldades na prática diária da assistência neonatal. Podemos concluir que, embora vivamos em uma época em que os avanços tecnológicos auxiliam no cuidado e tratamento dos RNs prematuros, a equipe de saúde da UTIN envolvida neste estudo, ainda não se encontra preparada para o controle da dor do RN, havendo, portanto, a necessidade de uma maior discussão, capacitação, treinamento e envolvimento de todos os profissionais para cuidarem com maior competência e humanização do RN de risco, visando melhoria na qualidade de vida, minimizando as repercussões adversas da dor e do estresse nesta faixa etária. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A contribuição deste estudo foi trabalhar de forma enfática com a equipe de médicos e enfermeiros na avaliação da dor, para que o conhecimento da natureza dos procedimentos dolorosos e das medidas de alívio utilizadas em UTI neonatal possa contribuir para aperfeiçoar as estratégias de humanização no atendimento aos prematuros. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR, Subcomite de taxonomia. Pain terme: a list with definitions and notes on usage. Pain, Amsterdam, v.6, n.46, p.249-252. 1979. 2. CARVALHO, M.M.M.J. Dor. Um Estudo Multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999. P.259-261. 3. CLOHERTY, John P.; STARK, Ann R. Manual de Neonatologia, 4ª edição, Copyright 2000. p.703. 4. GUINSBURG, R.; et al. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.75, n.3, p.149-160, Maio/Jun., 1999. 5. BALDA, R.C. Fatores que interferem na comunicação da dor entre o recém-nascido e o adulto que o observa: influência das características pessoais e profissionais do observador. 2001. 177p. Tese (Doutorado em Pediatria Neonatal) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2001. DESCRITORES: dor neonatal, manejo da dor no recém-nascido pré-termo, escalas de dor neonatal.

14446

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GRACIANE LAFUENTE FERREIRA

CONSTRUÇÃO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) ? CURATIVO DE COTO UMBILICAL

Lafuente, GLF; Rocha, EN; Ferreira, AM;

Introdução: As atividades desenvolvidas pela equipe de profissionais de saúde são compostas por um conjunto de ações administrativas e assistenciais, as quais exigem conhecimentos técnicos e científicos do profissional, objetivando qualificar a assistência à saúde. Diante desse contexto, para que se obtenha resultados positivos no processo de atenção ao paciente, pela equipe de profissionais de saúde, é necessário que haja uma padronização no trabalho, que agilize e que facilite o realização das atividades de forma sistematizada e organizada, e propicie a presença de uma equipe de profissionais bem treinada, e tecnicamente habilitada (CCIH, 2011). As atividades gerenciais e assistenciais nos serviços hospitalares devem ser padronizadas, utilizando o Procedimento Operacional Padrão (POP), onde o mesmo consiste em uma descrição sistematizada e padronizada de cada atividade técnica - assistencial a ser desenvolvida, a fim de garantir e de atingir resultado (NOGUEIRA, 2003). Os procedimentos operacionais padrão tem o propósito de orientar a execução das ações, esclarecer as dúvidas e devem estar de acordo com as diretrizes e as normas da instituição hospitalar. Esses POPs deverão ser atualizados sempre que necessário, de acordo com os princípios científicos e ser seguidos por todos os profissionais de forma padronizada (FARACO ; ALBUQUERQUE; 2004; NOGUEIRA, 2003). Assim, ressalta-se a importância da utilização de POP em uma Instituição Hospitalar, cuidado a criança, uma vez que, a assistência hospitalar para esses pequenos exigem que a equipe de saúde tome medidas que venham prevenir as conseqüências traumáticas da hospitalização da criança, tomando como ponto de partida uma relação de respeito, preocupação e de envolvimento verdadeiro, através de uma relação de ajuda que promova a recuperação da criança hospitalizada e assim , visando a segurança dessa clientela (CRUZ, COSTA, NÓBREGA; 2006). Entre os procedimentos destaca-se o POP Curativo de Coto Umbilical. A construção desse POP, na assistência à saúde do Recém Nascido, torna-se importante uma vez que contribui para qualificar as práticas assistenciais e guiar o profissional para a realização do procedimento. A melhor forma de iniciar a padronização é através da compreensão de todo processo que envolve os mais diversos procedimentos. A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE) , contempla a organização dos processos assistencias, assim o POP contribui para segurança da criança, uma vez que ,que descreve os passos sequenciais que deverão ser realizados pelo profissional para garantir resultados esperados da atividade executada (FARACO; ALBUQUERQUE, 2004; NOGUEIRA, 2003). Os A implementação da utilização dos POPs em unidades assistenciais e gerenciais garantem a padronização e a uniformização das atividades executadas (HUSM, 2004).Objetivo: Descrever a construção do Procedimento Operacional Padrão do Curativo de Coto Umbilical, em uma Instituição Hospitalar. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência sobre a construção de um POP Curativo de Coto Umbilical. A construção do POP ocorreu por meio de revisão de literatura e de dos modelos de POPs utilizados pela instituição hospitalar, bem como com base na experiência profissional de enfermeiros da instituição. O POP construído será encaminhado para o Grupo de Estudos: com foco na Sistematização da Assistência de Enfermagem (GESSAE), para revisão, a qual será realizada pelo grupo de enfermeiros da instituição hospitalar, docentes e acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), integrantes do GESSAE. Após a revisão do POP será realizado os ajustes necessários e a finalização da construção do POP. Para a implementação

desse será realizado um teste piloto, e posteriormente, será disponibilizado para todas as unidades pediátricas assistenciais da instituição hospitalar. Resultado e discussões: A construção do POP Curativo de Coto Umbilical, ocorreu a partir de um modelo já existente na Instituição hospitalar. Realizou-se a atualização deste, incluindo-se de alguns itens considerados importantes na execução do POP. Os itens que compõem o modelo do POP do Curativo de Coto Umbilical são os seguintes: título da tarefa, logotipo da instituição, data de elaboração e aprovação, número da revisão, objetivos, quem executa a atividade, material necessário para realização sua realização, ação correta (descrição da atividade), cuidados especiais (observações) e referências utilizadas. Desta forma o item tarefa compõe o nome da atividade ou procedimento a ser executado; o item objetivo descreve o motivo pelo qual deverá ser realizado o curativo de coto umbilical; o item quem executa identifica o profissional responsável (enfermeiros e técnicos de enfermagem) para realizar a atividade ou procedimento descrito; o item material descreve todos os materiais necessários para a realização do curativo de coto umbilical; o item ação correta ilustra passo-a-passo de como deverá se executar o procedimento; o item cuidados especiais são orientações, esclarecimentos e cuidados que devem ser seguidos para a realização do curativo de coto umbilical. A importância do estabelecimento de um POP em serviços de saúde contribuem para um melhor preparo na realização das atividades assistenciais, atualização e qualificação das práticas (OPAS, 2006). Cada uma das etapas de elaboração de um POP, deverá ter a participação da equipe de profissionais de saúde, os quais podem avaliar e validar suas atividades. Um POP deve ser descrito de forma detalhada com o intuito de visar e obter a uniformidade na produção e na prestação de um serviço (BARBOSA et al, 2011). A ausência da padronização das atividades assistenciais pode acarretar em desorganização nos serviços de saúde, devido às diferentes formas de conduta do profissional, podendo acarretar a riscos à saúde do paciente. Assim, os padrões são definidos para estabelecer diretrizes no controle e melhoria contínua da qualidade da assistência (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008). Conclusão: A construção e atualização do POP Curativo de Coto Umbilical, contribuirá para a qualificação do cuidado e segurança do RN hospitalizado,. Permitirá que os profissionais de saúde desempenhem suas ações com mais segurança e efetividade. Implicações/Contribuições para a enfermagem: A construção desse POP Curativo de Coto Umbilical para utilização nas Unidades Pediátricas contribuirá para a padronização e uniformização das ações executadas, podendo oferecer segurança a criança e à equipe de profissionais de saúde, permitindo a atualização e a qualificação das práticas assistenciais. Descritores: Técnicas; Enfermagem; Cuidados de enfermagem.

13850

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GREICE DE SOUZA LENZ

HIPERTENSÃO PULMONAR PERSISTENTE?NO RECÉM-NASCIDO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Lenz, GSL; Schacker, LCS;

Introdução: ?A hipertensão pulmonar é uma patologia evidenciada pela?hipoxemia?grave logo após o nascimento, aumento da pressão pulmonar e vaso reatividade pulmonar com shunt de sangue não oxigenado da direita para a esquerda, através do forame oval e/ou canal arterial. Ocorre sempre que a transição da circulação pulmonar fetal não se instala normalmente ao nascimento Objetivo: ?Realizar uma revisão bibliográfica dos cuidados?de enfermagem ao?recém-nascido?(RN)?com Hipertensão Pulmonar Persistente?(HPP). ?Método: ?Foi realizada uma?revisão bibliográfica?no mês de julho de 2013?em?cinco?artigos?científicos, publicados entre o período de 2005 e 2012?, ?utilizando as palavras-chave: ?hipertensão pulmonar do recém-nascido, ?cuidados?de enfermagem?e?neonatologia. ?Como critério de inclusão do material definiu-se utilizar materiais de qualidade. ?Para análise, ?os resultados foram classificados em categorias. ?Resultados: ??Foram encontradas as categorias: Atenção com a Humanização do Ambiente e do Cuidado; Cuidados relativos à??Manipulação; ?Procedimentos e Terapia com o Óxido Nítrico; ??Orientação da Equipe e??Familiares. ?Para evitar estresse e o não agravamento do quadro o RN precisa ser mantido em um ambiente tranquilo, sem ruídos e com pouca luminosidade, acomodando-o para que fique confortável. A manutenção de um ambiente termoneutro é fundamental. O manuseio deve ser minimizado, o ideal é agrupar da melhor maneira possível, deve-se orientar a?família?e equipe sobre esse cuidado. O uso de Óxido Nítrico (ON) deve ser controlado para que não ocorram efeitos adversos. O ON não pode ter imediata supressão visto que pode causar uma?elevação da pressão arterial pulmonar, hipoxemia e arritmia como efeito rebote. É importante?orientar os familiares sobre os procedimentos e os cuidados com RN. A equipe deve manter um bom relacionamento com? os pais. Conclusão: ??Este estudo permitiu um melhor entendimento sobre a Hipertensão Pulmonar do Recém Nascido, pois a enfermagem exerce? papel importante para? reabilitação da saúde destas crianças, contribuindo para que ocorra uma assistência?de?excelência. Palavras-chave: Hipertensão pulmonar recém nascido. Cuidados de enfermagem. Neonatologia.

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

HIOGA PIMENTEL DE SOUZA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM RECÉM-NASCIDO COM GASTROSQUISE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Souza, HP; Medeiros, MAS; Lima, CM; Fernades, AC; Lívio, TA; Silveira, BL;

INTRODUÇÃO: Este estudo surgiu durante a prática de residência em Neonatologia, frente à detecção de um caso de Gastrosquise, admitido na Unidade Neonatal (UN) da Maternidade Escola do Estado de Alagoas. A Gastrosquise é uma anormalidade do trato gastrintestinal, definida como um dos principais defeitos da parede abdominal, onde parte do trato gastrintestinal do recém-nascido permanece fora da cavidade abdominal ao nascimento.[1] Ocorre lateralmente ao umbigo (em geral, o defeito ocorre à direita do cordão umbilical), é caracterizada como um defeito de toda a espessura da parede abdominal sem membrana de cobertura. Geralmente estão expostos o jejuno, íleo, cólon ascendente e metade do colo transverso. As alças podem ter aspecto normal ou edema, congestão, dilatação e necrose.[2] É classicamente uma entidade isolada atribuída a um evento vascular, raramente associada à anomalia congênita, mas é complicada por fibrose intestinal.1,3 Não há etiologia definida[2]. O diagnóstico ultra-sonográfico deve ser firmado com cautela antes do segundo trimestre (a partir da 10ª ou 12ª semana de gestação) e visa acompanhar o crescimento fetal, diâmetro e perfusão das alças expostas, espessamento da parede abdominal, peristaltismo, volume e aspecto do líquido amniótico, tamanho da abertura da parede abdominal e aspecto das vísceras intra-abdominais.1,2 Pode também ser diagnosticada por meio da triagem da alfa-fetoproteína sérica materna no início da gravidez.[1] O diagnóstico ultra-sonográfico ajuda a reduzir em até 74% a mortalidade neonatal.[2] A gastrosquise exige parecer imediato da cirurgia pediátrica. O tratamento cirúrgico objetiva restabelecer a integridade da parede abdominal anterior, através do fechamento primário, realizado desde que não haja pressão abdominal excessiva e não cause comprometimento hemodinâmico ou respiratório, ou através da confecção de silo, onde as vísceras intestinais são colocadas em bolsa de PVC estéril e progressivamente são inseridas dentro da cavidade abdominal até o fechamento da parede abdominal.2,3 Preocupa-se com a perda de líquido e hipotermia. A reposição hídrica intravenosa deve ser iniciada imediatamente. Deve ser coberto, utilizando gaze umedecida em solução salina, estéril e aquecida, ou com uma bolsa de plástico transparente e estéril. É preciso ter cuidado para evitar a torção e o infarto do intestino. Deve-se introduzir uma sonda nasogástrica para minimizar a distensão abdominal. O pós-operatório inclui sedação e ventilação mecânica de 48 a 72 horas, devido ao aumento da pressão intra-abdominal. É essencial realizar monitoração cuidadosa de líquidos e eletrólitos. É necessária uma taxa hídrica elevada. Durante o período pós-operatório, observa-se uma demora no retorno da motilidade intestinal, que pode perdurar por de até 8 meses, é comum a necessidade de um ciclo prolongado de nutrição parenteral. A incidência é maior nas gestantes com menos de 21 anos de idade, como também de prematuridade relacionados à gastrosquise. Os fatores que pioram o prognóstico são idade gestacional menor que 36 semanas, peso de nascimento menor que 2000 gramas, presença de comorbidades associadas, e alças intestinais com intenso edema e espessamento da parede, com grande quantidade de fibrina e sofrimento vascular. É essencial o aprimoramento e a permanente busca de conhecimento para que o enfermeiro organize a assistência de forma sistematizada, respaldada cientificamente e segura. É através do Processo de Enfermagem, metodologia assistencial fundamentada no método científico, que o enfermeiro constrói o planejamento e a implementação dos cuidados e aplica seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes, para a identificação e resolução das necessidades básicas das pessoas.5 Descrição do caso: RN de EBB, sexo masculino, admitido na UTI, logo após nascimento, com diagnóstico de Desconforto Respiratório Precoce e Gastrosquise. Parto cesárea, a termo (Capurro Somático = 37sem.1d), Apgar 7 e 9, bolsa rota de 01 hora,

líquido amniótico com mecônio fluido. Exame físico: P= 2870g; Estatura= 49cm; PC= 34,5cm; PT= 30cm. Ativo. Reativo. Corado. Hidratado. Fontanelas normotensas. Tórax simétrico, presença de tiragem intercostal. ACV: RCR em 2T, BNF, FC= 100bpm. AP: MVU + em AHT, com roncos. FR= 60 ipm. Abdome apresentando defeito de fechamento da parede abdominal, exposição das alças intestinais apresentando aspecto dilatado. Genitália sem malformações. Eliminações fisiológicas presentes. MMSSII simétricos, com mobilidade preservada. Extremidades aquecidas, boa perfusão. Conduta: solicitado avaliação da CIPE; incubadora aquecida; proteção das alças intestinais com compressa estéril umedecida em SF 0,9% aquecido e envolvimento com bolsa coletora do sistema de SVD; instalado oxihood com FiO2= 40%, instalado SOG aberta, drenado 05ml de RG, esverdeado e monitaração com oxímetro de pulso; realizado hemocultura, puncionado AVP em MSD, iniciado venóclise e terapia antimicrobiana prescrita. Encaminhado ao Centro Cirúrgico, após avaliação do CIPE. Submetido a tratamento cirúrgico de gastrosquise com fechamento primário e confecção de PICC em MSE. Pós-operatório acompanhado em UTI, recebendo NPT, evolução satisfatória, com restabelecimento do trânsito intestinal, ainda que lento, melhora do RG e presença de evacuação. Iniciado dieta por V.O ao 8º DPO, com boa aceitação. OBJETIVOS: Descrever a assistência de enfermagem através do Processo de Enfermagem, utilizando a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem para formulação de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem ao RN com Gastrosquise; Relatar o caso de um RN com Gastrosquise pela ótica da enfermagem. METODOLOGIA: Relato de caso desenvolvido durante a Residência de Enfermagem em Neonatologia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, na unidade neonatal da MESM, referência para alto risco. Foi realizado revisão de literatura e elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com a utilização da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE). Teve como desenho metodológico o estudo de caso, que permite um aprofundamento da unidade a ser estudada, respeitando-se os aspectos éticos. RESULTADOS: Principais diagnósticos encontrados: Sistema Gastrointestinal Comprometido; Padrão Respiratório Comprometido; Padrão Alimentar Comprometido; Padrão de eliminação Intestinal Comprometido; Susceptibilidade à Infecção Positiva; Dor Positiva; Susceptibilidade para Hipotermia Positivo. Com base nos diagnósticos, foram realizadas as seguintes intervenções: Solicitado avaliação do cirurgião pediátrico e serviço de NPT; Protegido alças expostas com compressa estéril umedecida em SF 0,9% aquecido e envolvimento com bolsa coletora do sistema de SVD; Avaliado distensão abdominal e RHA no período pós-cirúrgico; Sinais de desconforto respiratório; Mantido decúbito lateral; Instalado oxigenoterapia; Realizado passagem de SOG e mantida aberta; Avaliado resíduo gástrico, balanço hídrico rigoroso; dor conforme expressão facial; Utilizar técnica não farmacológica para alívio da dor; Troca de curativo de ferida cirúrgica a cada 48h e do PICC a cada 7 dias; Monitorado sinais de infecção em ferida cirúrgica; Mantido RN em incubadora aquecida; Agrupado os cuidados. CONCLUSÃO: O estudo mostrou a importância da SAE no cuidado ao RN malformado a fim de proporcionar uma assistência qualificada, com vistas à promoção de um cuidado individualizado e humanizado. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Oferecer respaldo científico, segurança, e direcionamento, para as atividades realizadas contribuindo para a maior credibilidade, competência e visibilidade da enfermagem. DESCRITORES: gastrosquise; sistematização da assistência de enfermagem; enfermagem. REFERÊNCIAS:1 Avery, neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido/editoria de Mhairi G. MacDonald, Mary M. K. Seshia, Martha D. Mullet. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 2.Motta, Ivan; Bastos, Natália; Sugai, Luciana. Gastrosquise: caso clínico. Disponível em: WWW.paulomargotto.com.br. 3.Marcelo Eller Miranda. Gastrosquise: inovação técnico- cirúrgca. Disponível em: http://www.paulomargotto.com.br/busca_resultado.php?busca=gastrosquise&Submit=Buscar.4.Hospital Materno Infantil de Brasília. Equipe de Cirurgia Pediátrica do Hospital Regional da Asa Sul. Protocolo de atendimento de pacientes portadores de gastrosquise. 2012.5.TANNURE, M.C; PINHEIRO, A.M. SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem Guia prático. 2ªEd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

14268

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

HIOGA PIMENTEL DE SOUZA

RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA NO ESTADO DE ALAGOAS: NOVAS PERSPECTIVAS PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Souza, HP; Medeiros, MAS; Lima, PC; Fernandes, AJC; Lívio, TA; Silveira, BL;

Introdução: A Residência em Enfermagem configura-se em modalidade de pós-graduação Latu Sensu, destinada a Enfermeiros e caracterizada pelo desenvolvimento das competências técnico-científicas e éticas, decorrentes do treinamento em serviço1. A difusão dos Cursos de Especialização como consequência natural do extraordinário progresso do conhecimento, na busca por proporcionar complementação aos cursos de graduação e treinamento técnico-científico para as carreiras profissionais impulsionou a Enfermagem brasileira à criação dos programas de residência, desde 1961. E que se multiplica ao longo dos anos em vários Estados2. As exigências do atual mercado de trabalho, além da constante atualização e propagação do conhecimento na área da saúde, fazem dos cursos de pós-graduação um essencial instrumento para capacitação e aprimoramento do profissional graduado A realização de um curso para pós-graduação oportuniza ao profissional: qualificação, apropriação de conhecimentos específicos que o torne capaz de desenvolver atividades pertinentes ao seu nível de conhecimento técnico científico, destacando-se no cotidiano da prática, através de uma visão fundamentada em experiências teórico-práticas e com disposição e segurança para promover mudanças 3. Objetivo: O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência da execução da Especialização em Enfermagem em Neonatologia, modalidade residência, em diferentes realidades e mostrar as facilidades e dificuldades para a sua permanência e a articulação entre a especialização e estes serviços de saúde. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo exploratório para apresentar o relato de experiência da execução da Especialização de Enfermagem em Neonatologia, modalidade residência, desde a sua implantação no ano de 2005, vinculada a Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas. Resultados: O programa de Residência de Enfermagem em Neonatologia oferta anualmente duas vagas por meio de seleção pública. O residente tem uma jornada de atividades de 60 horas semanais com direito a bolsa de estudos durante a realização do curso. Do total desta carga horária, geralmente 54 horas são designadas para atividades nos campos de atenção à saúde e 06 horas para atividades teóricas, seminários que são apresentados pelos residentes com temática voltados para a Neonatologia, ou aulas ministradas por convidados especialistas da área. Há ainda os módulos teóricos que são ofertados geralmente a cada mês a depender da disponibilidade do professor convidado, esses módulos são assuntos gerais para todos os programas de Residência vinculados ao estado, como metodologia científica, bioestatística, formação pedagógica, relações interpessoais, sistematização da assistência de enfermagem, políticas de saúde, informática em saúde, dentre outros. Além dos módulos e seminários, o residente é inserido na prática docente tendo que durante os dois anos de residência ministrar 14 aulas em instituições de ensino superior. Ao final do curso o residente deverá cumprir carga horária de 5.760 horas, distribuídas em dois anos, sendo 2880 horas em cada ano em tempo integral, incluindo atividades teóricas e práticas. Para a definição das atividades do residente nos diferentes campos, o programa foi elaborado juntamente com os enfermeiros de cada campo para integrar as necessidades do serviço e alcançar as habilidades e competências inerentes ao enfermeiro neonatologista. O Programa é desenvolvido, principalmente na Maternidade Escola Referência para alto risco no estado de Alagoas, passando o residente por todos os setores que tenham correlação com a assistência voltada para o recém nascido. No primeiro ano o residente cumpre 2.880 horas, fazendo parte dessa carga horária os seminários, aulas, prática docente, módulos teóricos e atividade prática, sendo estas

com enfoque na assistência ao recém-nascido, sejam de modo direto ou indireto como: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, Nutrição Parenteral e Enteral, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Banco de Leite Humano, Unidade de Cuidados Intermediários, Alojamento Conjunto, Assistência ao recém-nascido na Sala de Parto, Unidade Canguru. O residente conclui o primeiro ano com a apresentação de um artigo sendo este apresentado em algum congresso e posteriormente a coordenação da residência. No segundo ano, permanece a mesma didática do ano anterior com a inclusão da apresentação da monografia. Os setores que os residentes são inseridos: Unidade Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Escola, Unidade de Cuidados Intermediários e de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital da Rede Privada, Casa do Pezinho e por fim o residente escolhe um hospital do Brasil que tenha um programa de residência para que o mesmo possa vivenciar uma outra experiência dentro da Neonatologia. A avaliação dos desempenhos é realizada de forma sistemática e individualmente ao término dos rodízios com a utilização de um instrumento que pontua a desenvoltura do residente no setor. Há também a avaliação dos seminários e da prática docente com a utilização de um instrumento específico e ao final dos módulos teóricos realizam-se trabalhos para avaliar o aprendizado dos residentes. Mensalmente as coordenações da Residência geral se reúnem junto com os representantes dos residentes a fim de estarem sempre buscando meios que proporcionem a melhor qualidade do programa de residência para que ao final sejam colocados no mercado profissionais qualificados e diferenciados. Para o desenvolvimento das ações da residência, todos os enfermeiros que estão inseridos na prática sejam eles diaristas ou plantonistas, acompanham os residentes envolvidos nos diferentes campos. Conclusão: A residência certamente é uma conquista não apenas para a classe, mas também para o serviço, que qualifica profissionais que certamente darão um retorno com a qualidade da sua assistência. A Neonatologia ainda é um campo relativamente novo para os enfermeiros, pois os mesmos durante sua vivência na graduação não tiveram oportunidade de estar inseridos nesse campo e, quando inseridos, sentem ausências e inseguranças no modo de executar suas atribuições. Atualmente a residência viabiliza capacitar profissionais que tenham interesse pela área e com isso é oferecido ao neonato uma assistência de qualidade e por pessoas capacitadas e diferenciadas para tal cuidado. Dentre as facilidades que a residência proporciona está na aproximação entre os profissionais do serviço com os residentes e coordenação, além de favorecer uma melhor qualidade na assistência ao neonato e a família, além de motivar a busca pela atualização aos enfermeiros preceptores através da participação em congressos, apresentação de trabalhos e artigos. As dificuldades são inerentes a escassez de recursos para se trabalhar de modo correto o que muitas vezes acaba frustrando o residente que tem toda uma perspectiva para desenvolver um trabalho de qualidade, mas se depara com as dificuldades da atual realidade do serviço de saúde pública, embora que isso não tem se tornado empecilho para a formação desses residentes porque os mesmos demonstram interesse e vontade de aprender e se superar mesmo diante nas dificuldades. Contribuições/implicações para a Enfermagem: Este trabalho ressaltou a importância da existência do Programa de Residência de Enfermagem em Neonatologia e seus benefícios para os residentes, para a Enfermagem e para a sociedade, pois contribui para a prestação de uma assistência de Enfermagem com qualidade e responsabilidade no que se exerce. Descritores: Enfermagem, Residência, Recém nascido.

REFERÊNCIA 1. COFEN. Resolução Cofen-259/2001. Registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em enfermagem. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/node/4297. 2. UFMA. Departamento de Enfermagem - Hospital Universitário. Residência de Enfermagem. Maranhão: 2010. Disponível em: http://www.huufma.br/site/estaticas/mostra_estat.php?id=30.3. 3. AGUIAR BGC; MOURA VLF; SÓRIA DAC. Especialização Nos Moldes De Residência em Enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília. (DF). 2004; set/out; 57(5):555-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500008

14404

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ISABEL CRISTINE OLIVEIRA

EVENTOS ADVERSOS EVIDENCIADOS NA ATENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA.

Oliveira, IC; Silva, LAA; Gomes, IEM; Signor, E; Petry, L;

EVENTOS ADVERSOS EVIDENCIADOS NA ATENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA OLIVEIRA, Isabel Cristine SILVA, Luiz Anildo Anacleto da GOMES, Iris Elizabete Messa SIGNOR, Eduarda4 PETRY, Leticia5 Introdução: Pode-se entender que os eventos adversos em enfermagem sejam multifatoriais. Esses estão vinculados às formas de organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho; disponibilidade de equipamentos, materiais e medicamentos em quantidade e qualidade suficientes para prestar uma atenção qualificada; definição quantitativa de pessoal de enfermagem; organização de estratégias educativas destinadas a continua qualificação dos trabalhadores; do estabelecimento de gestão de risco e de estratégias que visem à segurança dos trabalhadores e, consequentemente, dos usuários dos serviços de saúde. As atividades assistenciais em saúde não são isentas de riscos, contudo, o conhecimento dos possíveis riscos, permite aos trabalhadores desenvolverem ações que possam modelar e/ou minimizá-los. Os riscos, implicitamente, estão acondicionados na possibilidade que as coisas ocorram de maneira diferente daquilo que foi decidido. 1 Os riscos são inerentes às atividades, independentes da ação preconizada, não podem ser excluídos, contudo, de pleno conhecimento da ação, os riscos podem ser modelados e minimizados. Os eventos adversos1 podem ser definidos como ?incidentes que podem resultar em danos aos pacientes'. Em decorrência da gravidade dos problemas advindos dos eventos adversos o Governo Federal institui através da Portaria nº 529/20132, O Programa Nacional de Segurança ao Paciente (PNSP), o qual tem por objetivo: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde. Procura-se estabelecer através dessa Portaria uma cultura de trabalhar-se com segurança. Essa parte da premissa de operacionalização a partir de cinco características definidoras de gestão de segurança: 1) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, e a dos colegas, pacientes e familiares; 2) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; 4) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; 5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança. 2Estabelece essa Portaria o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). De instância colegiada, tem por objetivo o desenvolvimento de ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde, propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas. Entre esses constam o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde; monitoramento dos procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. 2O estudo se justifica na necessidade de suscitar o tema, de forma

que se possam estabelecer discussões, definirem-se estratégias e trabalhar-se em ações que visem à minimização dos riscos e, consequentemente, estabelecer uma cultura de segurança na atenção em saúde. A questão de pesquisa busca responder: qual conhecimento cientifico vem sendo produzido sobre eventos adversos no atendimento em pediatria expressos na literatura? O objetivo da pesquisa está em ?evidenciar quais são os eventos adversos que mais acontecem em pediatria que vem sendo publicados nos periódicos de enfermagem'. Metodologicamente, a pesquisa pode ser classificada como qualitativa3 tipo revisão da literatura4, incluindo as fases: identificação do tema, formas de buscas, categorização dos estudos, avaliação, interpretação e a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos que foram analisados. Os critérios de inclusão dos artigos foram: textos publicados em português no período de 2008-2012, na base dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os resultados obtidos até o momento evidenciam a revisão de 288 artigos e a captação de 91 textos. Para compor esse estudo, analisou-se10 artigos. Esses dados permitiram relacionar os eventos adversos em situações tais como: 1)Eventos adversos relacionados à vacinação primária de recém-nascidos pré-termo e razões de prevalência de fatores associados a eventos cardiorrespiratórios indesejados; 2) diferenças fisiopatológicas entre procedimentos neurocirúrgicos em crianças e adultos e as principais complicações e eventos adversos; 3) incidência de eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); 4) meningoencefalite causado pelo vírus vacinal da febre amarela transmitido pelo leite materno; 5) principais ocorrências de reações adversas com vacinas, para possibilitar a formação de profissionais com mais conhecimento, para poder proporcionar mais segurança aos pacientes e evitar falsas contraindicações; 6) segurança e proteção da criança hospitalizada que, devido a condições peculiares de crescimento e desenvolvimento, necessita de atenção especial dos profissionais de saúde; 7) violência e estresse pós-traumático na infância; 8) eventos adversos relacionados ao uso de cateteres intravenosos periféricos em crianças de acordo com o tipo de curativo; 9) indicação, contraindicação e eficácia da vacinação em situações especiais de imunossupressão, prematuridade, gestação e pós-exposição; 10) complicações maternas e as ocorrências neonatais associadas a gestações múltiplas pós-reprodução assistida. Como a origem dos eventos adversos é múltipla, a resolução destes, também é complexa e necessita ser vista como prioritária na reorganização dos serviços de enfermagem. Portanto, a adequação das condições de trabalho, configura-se como uma importante estratégia na redução dos riscos e, consequentemente minimização dos eventos adversos, assim como a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na atenção em saúde, onde subsidia o desenvolvimento da prática assistencial. A aplicabilidade dessa estratégia confere maior segurança na atenção aos usuários, melhora a qualidade dos serviços e, também, assegura maior autonomia para a enfermagem.5 Conclusão: embora seja um estudo ainda em construção, pode-se entender o significado e o impacto que representa os eventos adversos na atenção em saúde. Mesmo sabendo-se que as ações humanas não sejam isentas de riscos, precisa-se desenvolver estratégias administrativas e assistenciais nos serviços de saúde, de forma que possam minimizar os riscos de eventos adversos para os níveis mais ínfimos possíveis. A reorganização dos serviços com a disponibilização de materiais; medicamentos e equipamentos; definição quantitativa de pessoas; organização de serviços de educação permanente no trabalho; revisão e redefinição do processo de trabalho e principalmente a implantação de um programa de gestão de riscos, resulta em importantes estratégias de minimização de riscos e da ocorrência de eventos adversos. Descritores: Gestão em saúde; Processo de Trabalho; Pediatria. REFERÊNCIAS: 1. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2012. 2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529. Brasília DF. 2013. Disponível em ttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acessado em 12/06/2013. 3. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1997. 4. Polit, DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 2011. 5. Tannure, MC; Pinheiro, AM. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2012.

13952

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ISABELA DIAS FERREIRA DE MELO

AVANC?OS NA PREVENC?A?O DE ERROS DE MEDICAC?A?O EM UMA UTI NEONATAL

Melo, IDF; Menezes, ANS; Almeida, VS;

O termo segurança do paciente perpassa por diversos processos de cuidado, dentre eles a terapia medicamentosa. Esta depende do sistema de medicação que é constituído de etapas que vão desde a prescrição, distribuição, preparo, até a administração de medicamentos e a monitorização dos efeitos . Assim, a equipe de enfermagem participa de todas as fases, sendo responsável pela três últimas, fato que impõe conhecer a natureza do medicamento e os seus efeitos. Erros de medicação é qualquer incidente prevenível que possa causar dano ao paciente ou que dê lugar a uma utilização inapropriada dos medicamentos, quando estes estão sob o controle de profissionais de saúde. Objetivo: identificar os erros de medicação na prescrição médica na unidade de terapia intensiva neonatal;comparar a ocorrência dos erros de medicação na prescrição médica, antes e após a implantação de um time de medicação na unidade de terapia intensiva neonatal. Método: estudo descritivo, longitudinal, abordagem quantitativa, pesquisa documental em prontuários. Serão coletados prontuários no período de maio de 2010 a abril de 2011 e de junho de 2011 a maio de 2012, comparando a ocorrência de erros nestes dois períodos. O cenário da pesquisa será a unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital universitário da rede pública estadual. Resultados: matriz de análise para configurar a interação entre o time de medicação e a ocorrência de erros de medicação na prescrição médica. Conclusão: A existência de um time de medicação com objetivos de trabalho definidos dentro de um serviço de terapia intensiva, e a utilização de um instrumento para quantificar a ocorrência de erros de medicação após a implantação grupo, possibilitará a disseminação de novos conhecimentos através da avaliação de resultados e construção de estratégias que atribuam segurança ao sistema de medicação. Descritores: Erros de Medicação;Prescrição Inadequada.

13829

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ISAIANE SANTOS BITTENCOURT

ANÁLISE DOCUMENTAL DA VITALIDADE DE RECÉM-NASCIDOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE SENHOR DO BONFIM-BA NO PERÍODO DE JULHO DE 2011 À JULHO DE 2012.

Bittencourt, IS; Nascimento, DE; Andrade, MS; Salgado, MA; Oliveira, TM; Santos, MKR;

Introdução: a vitalidade ao nascer é definida pelas condições clínicas apresentadas pelo recém-nascido (RN) nos momentos iniciais de vida. O índice de APGAR e a avaliação de quatro aspectos proposto pelo Ministério da Saúde, sendo eles: a idade gestacional, o padrão respiratório, o tônus muscular e a presença de mecônio, são utilizados para mensurar a condição do bebê ao nascer. O índice de Apgar é usado para determinar a condições ao nascer nos recém-natos no 1º e 5º min após o parto. Algumas alterações como a prematuridade ou pós-datismo, baixo peso, má-formações, distósias no trabalho de parto e doença materna são responsáveis por alterar o curso do nascimento e predispor o aumento da mortalidade. No Brasil, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% dos óbitos infantis. Ou seja, a maior parte de óbitos de menores de um ano está concentrada na idade de 0 a 28 dias. Objetivo: analisar a vitalidade dos recém-natos em um hospital público da cidade de Senhor do Bonfim-BA no período julho de 2011 à julho de 2012; e Classificar os nascimentos quanto a vitalidade ao nascer com base no Apgar no 1º minuto e Identificar as principais condições clínicas presente nos grupos de recém-nascidos com vitalidade alterada. Metodologia: trata-se de uma pesquisa documental, sendo realizada a coleta de dados em um hospital público do município de Senhor do Bonfim. Teve como fonte de dados os registros de partos, arquivados no arquivo do referido hospital, abrangendo o período de julho de 2011 a julho de 2012, onde foram coletados informações do recém-nascido como: Idade gestacional, peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico, Apgar e principais ocorrências. O público-alvo foi recém-natos, nascidos na instituição, no período de julho de 2011 à julho de 2012. Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft office Excel 2007 e importados para o pacote estatístico Biostat versão 5.0. O cálculo para as variáveis obedeceu o direcionamento da estatística descritiva. Para as variáveis quantitativas foram identificados os valores mínimos e máximos, calculados os valores de média e desvio padrão. Enquanto que as variáveis categóricas foram agrupadas em frequência absoluta e relativa. Os dados foram apresentados em tabelas. A análise e discussão dos dados foi feita através dos dados coletados, tendo uma amostra total de 1.252 prontuários maternos com informações referentes ao recém-nascido, esses dados foram organizados em tabelas para classificar os nascimentos bem como identificar as principais condições clínicas presentes no grupo estudado. A pesquisa respeitou a Resolução 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) e o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), apresentando seu parecer favorável sob o nº 78.813. Resultados e discussão: Do total de 1.252 bebês que foram estudados, 1.213 (96,9%) eram de idade gestacional a termo, 36 (2,9%) prematuros e 3 (0,2%) recém-nascidos como pós-termo, os dados citados são concernentes a distribuição da frequência de nascimentos na unidade de saúde em estudo. Dentre eles, 1.106 (91,2%) eram de idade gestacional a termo com vitalidade normal, 16 (44,4%) prematuros e 1 (33,3%) de pós-termo. A maioria dos recém-nascidos apresentou vitalidade normal, os nascidos a termo tiveram maior porcentagem desta classificação (91,2%) e menor número de bebês com asfixia grave (1,5%). Para os prematuros a asfixia grave representou a terceira maior classificação com 16,7% e a maioria deles tiveram vitalidade normal (44,4%) e para os pós-termo a vitalidade esteve uniforme para a classificação normal, asfixia leve e grave (33,3%). Em estudo de corte transversal prospectivo que foi realizado na Unidade Neonatal do Hospital Santa Marcelina do Itaim Paulista, afirma que dos meses de janeiro de 2004

a janeiro de 2005 aconteceram 9.876 nascimentos. Destes, 9427 foram de crianças a termo, sendo que do valor total 30 recém-nascidos exibiram quadro de asfixia, os mesmos autores afirmam que o número de conceptos com asfixia foi de 3,2 para 1.000 nascimentos; valores que demonstram a prevalência da asfixia neonatal entre os nascimentos. Podemos observar então a equivalência entre estes resultados e os resultados encontrados nesta pesquisa. Dentre as principais alterações encontradas para os bebês com vitalidade alterada tem-se, a insuficiência respiratória para os nascidos a termos e prematuros. No município de Londrina no Paraná entre o período de 2000 a 2009 constatou que a Insuficiência respiratória afetou 91,3 % dos recém-nascidos, sendo uma das principais causas de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. As informações dos autores supracitados confirmam os achados neste estudo, com a insuficiência respiratória mais prevalente. Dessa forma, observa-se que a insuficiência respiratória no grupo estudado obteve a maior porcentagem, e para os bebês constitui uma das principais causas de morbimortalidade no período neonatal, atingindo principalmente o RN prematuro. Como principal alteração para os pós-termos tem se o sofrimento fetal que é a segunda causa das mortes fetais, as quais, na maioria dos casos, são evitáveis. A incidência de morbidade e mortalidade por hipóxia perinatal é variável em todo o mundo, atingindo 33 em 1.000 nascidos vivos nos países em desenvolvimento. Assim, as intercorrências encontradas na prematuridade provocam alterações na vitalidade do recém-nascido. Considerações finais: Os achados da presente pesquisa demonstraram que, o maior percentual foi de recém-nascidos a termo, seguido pelos prematuros e por último os pós-temos. Na distribuição da frequência da vitalidade de acordo com o Apgar e sua classificação por grupos, as alterações prevalentes em cada grupo foram diferentes. Os recém-natos a termo foi o grupo que apresentou melhores índices de vitalidade. Concluímos que a qualidade da vitalidade ao nascer é um fator de extrema relevância para o concepto e a assistência de qualidade em tempo hábil determina a sobrevivência do recém-nascido frente às ocorrências que mais acometem esse grupo. Contribuições e implicações para a enfermagem: A análise da vitalidade subsidia o entendimento de como os bebês do referido hospital nascem, o que consequentemente possibilitará traçar medidas relacionadas à assistência prestada ao recém-nato. E assim, contribuir para uma atenção multiprofissional de qualidade com a prevenção, ou a imediata intervenção nas alterações da vitalidade ao nascer. Além de colaborar para o aumento das publicações nacionais sobre o tema. Descritores: Qualidade de vida. Recém-nascido. Escore de Apgar Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4 v.: il. - (Série A. Normas e Ma) Ferrari RAP. Mortalidade neonatal no Município de Londrina-Paraná: Características maternas, dos recém-nascidos e uso do sistema de saúde, de 2000 a 2009. São Paulo: Tese de Doutorado Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012. Kylle T. Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2011. Nogueira LDP. Caracterização da assistência pré-natal prestada por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo grávido-puerperal no município de Ribeirão Preto, SP. Ribeirão Preto: Dissertação de mestrado Escola de Enfermagem da USP, 2010. Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e Saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

14443

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JAQUIELE JACIARA KEGLER

BENEFÍCIOS E COMPLICAÇÕES DA UTILIZAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM NEONATOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Loiola, CN; Neves, ET; Kegler, JJ; Jantsch, LB;

INTRODUÇÃO: No ambiente de cuidados intensivos ao neonato, observa-se a utilização com frequência do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC, sigla em inglês) pelos enfermeiros, especialmente, em neonatos prematuros. A prematuridade é uma condição clínica que requer uma demanda relevante de medicações vasoativas e nutrição parenteral (NPT) por um longo período, sendo esse procedimento o de primeira escolha em muitas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal como o de maior conformidade, por proporcionar uma segurança maior na administração de grandes volumes de medicações, NPT, além de reduzir o número de punções periféricas. O PICC constitui-se em um cateter longo e flexível, que é inserido através de uma veia periférica de grosso calibre, por meio de uma agulha introdutora, progredindo até o terço distal da veia cava superior ou veia cava inferior, adquirindo dessa forma propriedades de acesso venoso central.[1] A manutenção do dispositivo requer atenção pelos profissionais da equipe de enfermagem em razão da significativa incidência de eventos adversos e complicações que determinam sua remoção, dentre elas: obstrução, infiltração, suspeita de contaminação, tração, ruptura e retirada acidental.[2] A utilização do PICC na UTI neonatal, representa um recurso terapêutico importante na assistência de enfermagem, entretanto a equipe de enfermagem deve ser capacitada para garantir que o local de inserção seja escolhido adequadamente, que o procedimento seja executado com segurança, diminuindo-se o número de tentativas de punção, que o cateter seja manipulado corretamente evitando principalmente as complicações como obstrução e infecção e que o cateter seja de fato um recurso de acesso intravenoso de longa permanência.[3] OBJETIVO: Relatar a experiência na prática de enfermagem em neonatologia, refletindo sobre os benefícios e complicações no uso do PICC. MÉTODO: Trata-se de um relato de experiência enfatizando os benefícios e as complicações observadas com maior frequência no ambiente da neonatologia intensiva em recém-nascidos pré-termos, durante os três anos de atuação profissional como enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital de média e alta complexidade, referência em assistência de alta complexidade ao neonato prematuro no estado do Paraná. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os prematuros que necessitam de cuidados intensivos recebem inúmeras manipulações diárias por uma equipe multiprofissional, em particular de enfermeiros e técnicos de Enfermagem, os quais prestam assistência contínua e exclusiva. A administração de medicamentos e soluções com drogas vasoativas é uma constante e dependendo do grau de prematuridade, a necessidade de NPT também é inevitável, sendo que esses fatores nos fizeram perceber a necessidade da inserção do PICC na UTI Neonatal, diminuindo assim o grande número de punções periféricas e, consequentemente, do estresse gerado, o qual contribuiu para a instabilidade clínica, perda de peso e maior de risco de infecções. Tais dados corroboram com os encontrados na literatura sobre as vantagens do PICC.[1] A ocorrência de obstrução, posicionamento inadequado e remoção acidental foram as situações vivenciadas com maior frequência na UTI neonatal. Em estudo transversal, realizado com 67 recém-nascidos, que foram submetidos a 84 inserções de PICC, evidenciou-se que os motivos mais frequentes de remoção não eletiva do PICC foram a obstrução (13,1%), seguidos da ruptura do cateter (9,5%).4 A obstrução ocorre frequentemente devido a técnicas inadequadas utilizadas no momento da administração de medicação, por exemplo, a não realização de "pushs" com solução fisiológica ou água destilada, utilização da via para hemoderivados e pouca vazão de uma única solução, menor que 0,5 ml/h. O posicionamento inadequado

ocorre em muitos casos em decorrência da migração comprometida do dispositivo, onde a rede venosa de escolha não é a mais apropriada e não permitindo a progressão do dispositivo. A remoção acidental ocorre geralmente durante o banho no leito e em procedimentos de emergência onde a fixação tênue do curativo pode contribuir para o evento. A manipulação intensa do cateter, frequentemente, acarreta no deslocamento parcial ou total do mesmo, com isso, o curativo é de extrema importância na segurança e permanência do cateter no local inicial de inserção. Os curativos de cateteres têm por finalidades a criação de um ambiente que proteja o local de inserção e a de evitar o seu deslocamento. Dessa forma, recomenda-se que a primeira troca do curativo seja realizada após 24 horas da inserção e as seguintes a cada 7 dias ou antes se estiver úmido, solto ou apresentar qualquer outra condição que comprometa a sua esterilidade.[1] Diante destas afirmações, refletimos que são situações intimamente ligadas a assistência de enfermagem, sendo de extrema relevância o treinamento e o aperfeiçoamento de todo o contingente de enfermagem, a fim de promover a eficácia na instalação e manutenção do PICC. CONCLUSÃO: A partir desse relato de experiência procuramos demonstrar a importância do procedimento de inserção do PICC no cuidado intensivo ao neonato prematuro, podendo suprimir o estresse gerado pelas inúmeras punções periféricas, devido à fragilidade capilar dos neonatos e assim mantendo um acesso venoso seguro e por um período de tempo maior. No entanto, nos deparamos com complicações que podem levar a remoção do cateter, sendo então primordial um aprimoramento contínuo e expressivo de toda a equipe de enfermagem, no que se refere ao procedimento de inserção, manutenção e remoção do cateter e que ocorra treinamento para técnicos e auxiliares de enfermagem quanto aos cuidados de manutenção, proporcionando uma melhor qualidade na assistência prestada ao recém-nascido. Recomenda-se que a equipe de enfermagem atente para a detecção precoce das complicações ou ainda na prevenção destas, promovendo melhorias na qualidade da assistência de enfermagem prestada ao neonato. DESCRITORES: Recém-nascido; Cateteres venosos centrais; Enfermagem. REFERÊNCIAS: 1. Belo MPM, Silva RAMC, Nogueira ILM, Mizoguti DP, Ventura CMU. Conhecimento de enfermeiros de Neonatologia acerca do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica. Rev Bras Enferm. 2012 Jan-Fev; 65(1): 42-48. 2. Baggio MA, Bazzi FCS, Bilibio CAC. Cateter central de inserção periférica: descrição da utilização em UTI Neonatal e Pediátrica. Rev Gaúcha Enferm. 2010 Mar; 31(1):70-6. 3. Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Ocorrência de complicações relacionadas ao uso de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) em recém-nascidos. Enfermería Global. 2011 Out; (24):10-18. 4. Costa P, Kimura AF, Vizzotto MPS, Castro TE, West A, Dorea E. Prevalência e motivos de remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em neonatos. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(3):126-133.

14440

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JAQUIELE JACIARA KEGLER

ESTRATÉGIAS DE UTILIZAÇÃO DO CATETER PICC: CARACTERÍSTICAS DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ACERCA DA UTILIZAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS

Kegler, JJ; Neves, ET; Jantsch, LB; Zanon, BP;

INTRODUÇÃO: A utilização de tecnologias vem contribuindo para a diminuição da mortalidade de muitos neonatos pré-termos.[1] Para o cuidado e tratamento de muitos neonatos em situação crítica de vida e que demandam de um suporte intravenoso seguro e de longa permanência, a adoção de tecnologias que qualificam o cuidado em terapia intravenosa é essencial para o sucesso do tratamento. Dentre as tecnologias para o cuidado na terapia intravenosa, destaca-se o Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), o qual é inserido através de uma veia periférica que, progride até o terço distal da veia cava superior ou veia cava inferior, adquirindo dessa forma propriedades de acesso venoso central.[1] Os recém-nascidos que mais utilizam o PICC são aqueles que demandam tempo prolongado de terapia intravenosa e/ou utilizam soluções intravenosas que demandam acesso venoso central como nutrição parenteral, medicações inotrópicas, antibioticoterapia, entre outros.[2] As veias mais utilizadas para punção e inserção do cateter, são as dos membros superiores, dando destaque a basílica, como a mais utilizada.[3] Por este cateter ser uma importante e muito utilizada, estratégia para o cuidado em neonatologia intensiva, questionou-se quais as metodologias utilizadas para a produção desse conhecimento, como ela vem sendo produzida no decorrer dos anos e onde ocorrem as maiores produções acerca da temática. OBJETIVO: Descrever a tendência das produções científicas acerca das estratégias de utilização do cateter PICC em recém-nascidos. MÉTODO: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura acerca das estratégias de utilização do cateter PICC em recém-nascidos. A busca foi realizada online, a partir das bases de dados: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciVerse Scopus. Entre o Descritor e a Palavra-Chave utilizada nas bases de dados LILACS e MEDLINE, utilizou-se o operador boleano "AND". Entre as duas palavras-chave na base de dados LILACS foi utilizado o operador boleano "OR", já entre a Palavra-Chave e a estratégia "Title, Abstract, Keyword and Authors" da base de dados SciVerse Scopus, foi utilizado o operador boleano "AND". Foram encontrados 29 produções na base de dados LILACS, 86 na MEDLINE e 109 na SciVerse Scopus. A partir da seleção inicial, ocorreu à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Utilizaram-se como critérios de inclusão: artigo, disponível na íntegra e de forma gratuita, tivesse publicação nos idiomas português, inglês ou espanhol e que apresentasse no mínimo, uma estratégia de utilização do PICC e pudesse responder a pergunta de pesquisa. Como critério de exclusão: artigos que não disponibilizassem resumo na base de dados, ou esse se apresentava incompleto. A avaliação e seleção do corpus de pesquisa foram realizadas em maio de 2013 sem recorte temporal por dois pesquisadores, e os achados foram comparados. Os achados que diferiram foram discutidos por ambos os pesquisadores e foi realizada a tomada de decisão em conjunto. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e e exclusão dos artigos repetidos nas bases de dados, o número total de artigos analisados para este estudo foram 33. Cabe destacar que, a característica de grande maioria dos artigos excluídos, descreviam temáticas relacionadas à: apenas caracterização da utilização, sem descrever alguma estratégia de utilização; índices de infecção relacionados ao cateter PICC; produções que comparassem a utilização do cateter PICC com demais acessos venosos e que não apresentaram resumo completo na base de dados. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Quanto ao ano de publicação das 33 produções selecionadas, destaca-se que os últimos cinco anos, correspondem a 63,7% (n=21) das produções a cerca da temática e que, no ano de 2010,

houve o maior número de produções, representando 30,3% (n=10). Percebe-se que a temática do PICC, é atual e que vem sendo produzidos estudos, em sua maioria, a partir do início do século XXI. Acerca da origem das 33 produções selecionadas para análise no presente estudo, descreve-se que o continente americano é o que mais concentra produções acerca de estratégias de utilização do cateter PICC, correspondendo a 63,7% (n=21) das produções. Já os países que mais produzem e publicam são os Estados Unidos com 39,4% (n=13), seguido do Brasil e Taiwan com 18,2% (n=06) e 12,1% (n=04), respectivamente. As produções norte-americanas aparecem em maior frequência, que as demais nacionalidades, o que pode ser justificado pelo fato de que o cateter, em recém-nascidos, teve o início de sua utilização primeiramente nos Estados Unidos. Naquele país, o PICC começou a ser utilizado, em UTIs, entre 1960 e 1970, como uma opção segura e de baixo custo entre os dispositivos de inserção central, além de preservar a integridade vascular dos membros superiores e reduzir os riscos de infecção. Mas, em UTI Neonatal, a implantação do PICC aconteceu somente em 1973.4 A abordagem metodológica mais utilizada nos estudos é a quantitativa, que foi utilizada em 84,4% (n=28) dos estudos, com destaque para os transversais 14 (42,4%) e os de coorte 07 (21,2%). Não foi encontrado nenhum estudo de abordagem qualitativa que descrevesse estratégias de utilização do PICC, refletindo uma lacuna no que tange a subjetividade do processo de utilização do PICC e suas estratégias de utilização. A abordagem qualitativa é aquela que não se preocupa com a representatividade numérica, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou de uma organização.5 CONCLUSÃO: A partir da presente revisão de literatura pode-se concluir que a produção acerca de estratégias de utilização do cateter PICC é recente, visto que, em sua maioria as produções foram publicadas nos últimos cinco anos, decorrente de essa prática ser nova, e estar no cenário da neonatologia a partir da década de 80 no Brasil. Em nível mundial, as produções vêm crescendo no decorrer dos anos, sendo o continente americano, com destaque os EUA e o Brasil, as federações que mais produziram acerca da temática. Quanto à abordagem metodológica, destaca-se que estudos quantitativos de característica transversal foram os mais prevalentes. Cabe ressaltar que, estudos qualitativos, além das revisões de literatura e relatos de caso, não foram encontrados nessa busca, o que demonstra uma lacuna no que tange ao subjetivo no processo de utilização do cateter PICC. Faz-se necessária a utilização de pesquisas de abordagem qualitativa a fim de que, as estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional possam ser descrita e explicadas sob uma perspectiva que não somente aquela descrita pelos números e pelo quantitativo estabelecido. DESCRITORES: Recém-nascido; Cateteres venosos centrais; Enfermagem. REFERÊNCIAS: 1.Belo MPM, Silva RAMC, Nogueira ILM, Mizoguti DP, Ventura CMU. Conhecimento de enfermeiros de Neonatologia acerca do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica. Rev Bras Enferm. 2012 Jan-Fev; 65(1): 42-48. 2.Gomes AVO, Nascimento MAL, Antunes JCP, Araújo MC. O cateter epucutâneo na unidade de terapia intensiva neonatal: uma tecnologia do cuidado de enfermagem. Enfermería Global. 2010 Jun; (19):01-13. 3.Motta PN, Fialho FA, Dias IMAV, Nascimento L. Cateter central de inserção periférica: o papel da enfermagem na sua utilização em neonatologia. HU Revista. 2011 Abr-Jun; 37(2):163-168. 4.Freitas EM, Nunes ZB. O enfermeiro na práxis de cateter central de inserção periférica em neonato. Rev. Min. Enferm. 2009 Abr-Jun; 13(2): 215-224. 5.Wood GL, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

14125

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JÉSSICA ALVES SACRAMENTO DE MORAES

UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS POR RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Martins, LA; Lima, JS; Moraes, JAS; Costa, LS; Barbosa, TSM; Camargo, CL;

Introdução. A assistência ao recém-nascido vem passando por diversas transformações nas últimas décadas, essas são decorrentes, principalmente, de avanços na área de saúde, sobretudo na neonatologia. O avanço tecnológico, material e humano nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) é responsável por uma maior sobrevida de bebês que antes eram considerados inviáveis. Dentre as tecnologias empregadas na neonatologia encontra-se a Terapia Intravenosa (TIV), imprescindível para a sobrevivência desses neonatos. Essa via intravenosa é o principal acesso de administração de fármacos, nutrição e monitorização de dados vitais, contudo são também fonte de dor, estresse e complicações1. Quando ocorrem complicações esse precisa ser retirados precocemente. Ressalta-se que a utilização desse cateter evita múltiplas tentativas de punção venosa reduzindo a exposição do paciente2. Esse cateter deve ser manejado adequadamente tanto durante a manipulação quanto a manutenção. A Academia Americana de Pediatria refere que para diminuir a ocorrência de complicações referentes ao uso desses cateteres é necessário identificar os erros e sua frequência. Identificar e descrever essas complicações torna uma ferramenta fundamental para subsidia a qualidade da assistência, uma vez que apontam aspectos do cuidado, que podem ser melhorados, tornando a assistência ao paciente mais segura3. Objetivo. Identificar os tipos de cateteres utilizados na UTIN; Descrever os diagnósticos dos RN submetidos a cateterismo central e Identificar o tempo de duração do cateterismo venoso central. Metodologia. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, retrospectiva. O estudo foi realizado em uma UTIN de um Hospital de grande porte da capital baiana. A amostra foi constituída por 117 neonatos, que utilizaram cateter venoso central, inseridos por punção percutânea (PICC), dissecção e punção cirúrgica. A coleta foi realizada de 01 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2011, totalizado 140 procedimentos realizados durante este período. Utilizaram-se como critério de inclusão, para delimitar a amostra do estudo os neonatos que foram submetidos ao cateterismo venoso central. Foram excluídos deste estudo os recém-nascidos que foram submetidos apenas a cateterismo umbilical. Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento, com base em registros, elaborado pela coordenação da UTIN, a fim de documentar e acompanhar todos os cateteres centrais inseridos. Esse registro específico possuía informações relacionadas a data do procedimento, nome do RN, Peso, Idade gestacional, diagnóstico, tipo de procedimento, passado por tamanho introduzido, data e motivo de retirada e tempo de permanência do cateter central. Foram investigadas as seguintes variáveis: Peso, Idade gestacional, Diagnóstico, tipo de procedimento, motivo de retirada, tempo de permanência do cateter central. A coleta dos dados foi iniciada mediante a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital referido, sob protocolo 005, seguida da assinatura do Termo de Autorização para a Utilização de Dados do Livro de registro. Foram respeitados todos os aspectos éticos em pesquisas com seres humanos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde4. Os dados foram armazenados após serem duplamente digitados e validados, utilizando o programa Excel, analisados e interpretados, utilizando os programas estatísticos EpiData5. As variáveis qualitativas foram discutidas com medidas de frequência simples e relativa. Já as variáveis quantitativas foram descritas utilizando media de frequência, posição e dispersão. O nível de significância desse estudo é p. Acesso em 08 Ago. 2012. 4. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioetica. 4(2): 15-25. Suplemento - 1996. 5. Fernandez M.

Programa Epi - Info Windows versão 3.3.2 e R versão 1.7.1, Barcelona, 1996. Descritores: recém-nascido; cateterismo venoso central; unidades de terapia intensiva neonatal.

13819

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANA IASMIN DE SOUZA FERNANDES

MANUSEIO DA DOR EM PREMATUROS DE EXTREMO BAIXO PESO SUBMETIDOS À FUNDOSCOPIA EM UTI NEONATAL

Fernandes, JIDS; Guimarães, BM; Silva, CV;

Introdução: A visão é um dos mais importantes sentidos no desenvolvimento físico e cognitivo normal da criança. O desenvolvimento motor e a capacidade de comunicação são prejudicados na criança com deficiência visual porque gestos e condutas sociais são aprendidos pelo feedback visual. O diagnóstico precoce de doenças, um tratamento efetivo e um programa de estimulação visual precoce permite que a criança possa ter uma integração maior com seu meio5. A Retinopatia da Prematuridade (ROP) é uma das causas principais de cegueira infantil prevenível na infância, sendo definida por uma doença fibrovascular, vasoproliferativa, bilateral da retina periférica de prematuros (PMT), caracterizada por uma parada no crescimento e pela proliferação anormal dos vasos sanguíneos retinianos em desenvolvimento. Sua etiologia é multifatorial, tendo como fatores de risco, a prematuridade (Idade gestacional menor ou igual que 32 semanas), baixo peso ao nascer (menor ou igual 1500 gramas), flutuações nos níveis de oxigênio nas primeiras semanas de vida, ser pequeno para idade gestacional, presença de hemorragia intraventricular, transfusões sanguíneas, persistência de canal arterial, boletim de Apgar menor que sete e alguns fatores de risco maternos1-2-5. A Academia Americana de Pediatria, recomenda que o exame de fundoscopia, deve ser realizado por um oftamologista com experiência e conhecimentos suficientes no exame em PMT para ROP, sendo o primeiro exame realizado entre 4 a 6 semanas de vida ou entre 31 a 33 semanas de idade pós-concepcional e, subsequentemente, a intervalos de 1 a 4 semanas, de acordo com os achados do primeiro exame, devendo ser avaliado até a completa vascularização da retina. Um exame será suficiente se ele mostrar a retina totalmente vascularizada bilateralmente3-5. Durante a prática assistencial em enfermagem neonatal, constatamos que os PMT submetidos ao exame de fundoscopia, apresentam grande desconforto e irritabilidade durante a execussão do exame. O uso dos colírios para dilatação das pupilas, a abertura ocular e a utilização de luz próximo ao olho provocam dor e o ambiente cercado por inovações tecnológicas acaba por estressar o PMT. Objetivo: Descrever as técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e desconforto apresentado pelo PMT de extremo baixo peso, durante o exame de fundoscopia em UTI neonatal. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras residentes em neonatologia, Tendo como cenário a UTI neonatal de uma Instituição Pública Federal do município do Rio de Janeiro no período de Junho a Julho de 2013. Os sujeitos do estudo foram PMT de extremo baixo peso, internados na UTI neonatal. Os dados foram coletados mediante a observação sistemática do procedimento de fundoscopia realizado pelo oftalmologista, destacando as reações do PMT à aplicação dos colírios fenilefrina 2,5% e tropicamida 0,5% para dilatação da pupila e as repercussões do uso das técnicas não farmacológicas para alívio da dor e desconforto. Resultados: Os exames foram realizados na própria incubadora do PMT dentro da UTI neonatal, permanecendo os estressores ambientais tais como luz, ruídos e sons. A dilatação das pupilas foi feita pelas enfermeiras residentes, com a aplicação primeiramente da fenilefrina 2,5%, onde observamos um desconforto ao abrirmos os olhos do PMT. Posteriormente era aplicada a tropicamida 0,5% e o PMT mostrava-se desorganizado, com sinais de dor, estresse e alteração nos sinais vitais. Este preparo era repetido por duas vezes com intervalo de 15 minutos entre as aplicações. Durante o exame de fundoscopia propriamente dito, pelo oftalmologista, o PMT estava monitorizado através da oxímetria de pulso (saturação + freqüência cardíaca, sendo observado antes da implementação das técnicas não farmacológicas e de alívio da dor: fáceis de dor como sulco nasolabial aprofundado, choro,

língua tensa, lábios entreabertos e franzidos, olhos espremidos, expressão facial contraída e desorganização do PMT através de movimentação dos membros estereotipados de extensão e flexão1-4, aumento da freqüência cardíaca e respiratória e diminuição da saturação. Buscando minimizar o desconforto apresentado pelos prematuros, foi utilizada técnicas de enrolamento do PMT em lenços (os membros superiores fle¬xionados, com as mãos próximas à face membros inferiores flexionados com os joelhos próximos ao tronco), sucção não nutritiva através de chupeta ou dedo do profissional enluvado associada à substância adocicada (glicose a 25%). Observamos que o PMT se manteve organizado, não apresentando sinais faciais de dor e choro, tendo uma redução significativa das alterações fisiológicas. Conclusão: A utilização de métodos não-farmacológicos agrupados a técnica de enrolamento, minimiza a dor, ajuda o prematuro a se reorganizar e a estabilizar os sinais vitais. Faz-se fundamental que a equipe de enfermagem reconheça os sinais de estresse e dor apresentados pelo PMT, sendo capazes de intervir, promovendo o conforto e minimizando a dor do PMT durante a fundoscopia. Principalmente por ser este um procedimento periódico. Consideramos que a intensidade da luz, os sons e ruídos do ambiente de UTI influenciam no estado de estresse do PMT durante a realização do exame, talvez, transferir o PMT e sua incubadora para um espaço/local, onde os fatores ambientais pudessem ser minimizados, seria uma alternativa para reduzir os incomodos vividos pelo PMT durante a fundoscopia. Uma medida cabível seria realizar o exame em um horário fora da rotina do setor, evitando a intensidade dos ruidos ocasionados pela equipe multiprofissional, durante a rotina de trabalho e execução de procedimentos. Descritores: Retinopatia da prematuridade, neonato, fundo de olho. Referências: 1. MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; LOPES, José Maria Andrade; CARVALHO, Manoel. O recém-nascido de alto risco - teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: FioCruz, 2004, p. 421. 2. OLIVEIRA, Joseneide Maria F. Prevalência de ROP em RN com peso de nascimento menor que 1500g e IG menor que 32 semanas no hospital regional da Asa do Sul. 24 f. Monografia - Programa residência médica em pediatria, Brasília, 2004. 3. FERNANDES, Jéssica Silva; COUTINHO, Wanderliza Laranjeira. Eficácia Analgésica da Sacarose e Sucção Não-nutritiva em Recém-nascidos Hospitalizados: Revisão de Literatura. Disponível em: < http://interfisio.com.br>. Acesso em 25/07/2013. 4. TAMEZ, Raquel Nascimento. & SILVA, Maria Jones Pantoja. Enfermagem na UTI neonatal - assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4ª ed., 2010. 5. GRAZIANO, Rosa Maria; LEONE, Cléa Rodrigues. Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. Jornal de Pediatria - vol. 81, n1(supl), 2005.

14664

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KAMILE KAMPFF GARCIA PAVANI

A CONSTRUÇÃO DE ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DO ALOJAMENTO CONJUNTO E O PAPEL DA ENFERMAGEM

Pavani, KKG; Vaccari, A; Maldaner, LC; Volkweis, MJ; Schutz, RK; Lemos, SP;

Introdução: O enfermeiro é o responsável por articular o planejamento da alta hospitalar do alojamento conjunto. É ele que, de acordo com as necessidades do recém-nascido e de sua mãe, vai elaborar as informações necessárias para serem repassadas à família. Há instituições possuem protocolos de alta hospitalar, onde constam as informações e orientações, muitas vezes em forma de check-list, que devem ser repassadas aos pais do neonato. Tais informações e orientações padrão incluem desde como proceder nos cuidados de higiene e conforto, até como identificar e situações em que o recém-nascido deve ser encaminhado para atendimento médico. Objetivo: Realizar uma revisão bibliográfica acerca da construção da alta hospitalar do recém-nascido do alojamento conjunto e o papel da enfermagem diante deste processo. Metodologia: Revisão bibliográfica de dois livros, dois artigos e um manual do Ministério da Saúde sobre a temática proposta neste estudo. Resultados: Dentre as principais informações e orientações de alta do recém-nascido do alojamento conjunto encontradas, a partir da revisão bibliográfica, estão: cuidados com o coto umbilical, cuidados de higiene, amamentação, sinais de alterações e risco, revisão com equipe de saúde, teste do pezinho, vacinas e registro do nascimento[1]. O Ministério da Saúde[2] preconiza que orientações como a importância da amamentação, uso de mamadeira, uso de chupeta, comportamento normal do recém-nascido, interação com o bebê, posição da criança para dormir e acompanhamento da criança, devem ser repassadas e discutidas com a mãe durante a sua internação no alojamento conjunto. Um estudo realizado com puérperas[3] em alojamento conjunto, participantes de um Programa de Orientação de Alta, em um Serviço de Neonatologia de um Hospital-Maternidade, revelou que é possível aumentar o conhecimento das mães sobre questões básicas como: aleitamento materno (vantagens, técnicas de amamentação, alimentação da nutriz, massoterapia, prevenção de ingurgitamento mamário, aleitamento materno exclusivo); desenvolvimento do recém-nascido e dinâmica familiar (prontidões e estimulação do recém-nascido, prevenção de cólicas, relação familiar); noções de puericultura (curativo do coto umbilical, o banho do recém nascido, prevenção de assaduras, a importância da puericultura no primeiro ano de vida, orientações posturais a mãe, limpeza da casa). O enfermeiro, através da avaliação contínua do recém-nascido e da puérpera, é o responsável por garantir uma transição tranquila do alojamento conjunto para sua unidade domiciliar4. Outro aspecto importante no processo de alta é a identificação do cuidador primário, que nem sempre é a mãe, podendo em casos de mães adolescentes ser a avó, que mesmo sendo considerada uma cuidadora com potencial experiência, não deve ser isenta de todo o processo envolvido nas orientações da alta hospitalar4. Furtado et al5 em seu estudo, ressalta a importância da integralidade do cuidado materno-infantil e a necessidade de viabilizar após a alta hospitalar o acesso ao serviço de saúde para a puérpera e para o recém-nascido. É importante que se busque uma articulação nas relações de outros serviços de suporte à família e de assistência à saúde4, mas essa construção dá-se antes do momento da alta, desenvolvendo-se durante as orientações e atendimento diário ao recém-nascido e puérpera. A verificação do contexto social e das necessidades daquela de cada família é importante não somente para estabelecer um plano de alta, mas também definir estratégias de saúde que atendam as necessidades do recém-nascido. Um exemplo de articulação da equipe de enfermagem é a promoção de um intercâmbio entre a instituição hospital e a unidade básica de saúde ou programa de estratégia da família que atenda aquela família, para que possa ser sugerida uma visita domiciliar com a

finalidade de acompanhar a realização, no domicílio, das orientações repassadas na alta. Considerações finais: As orientações da alta hospitalar do recém-nascido no alojamento conjunto devem ser iniciadas durante o período de internação através de ações de educação em saúde promovidas pela equipe de enfermagem. A participação da mãe nos momentos de cuidado ao recém-nascido, como por exemplo, durante a limpeza do coto umbilical, devem ser estimuladas pela equipe de enfermagem. É possível que a equipe de enfermagem, durante a realização de cuidados diários com a puérperas, incentive o estabelecimento de diálogos entre profissional e paciente, possibilitando, em algumas ocasiões, o esclarecimento de dúvidas que das pacientes. As informações são extensas e podem ser esquecidas após a alta devido a todo o contexto emocional que envolve a chegada do recém-nascido à unidade domiciliar daquela família. Orientações como a importância do teste do pezinho, da orelhinha e das vacinas, devem ser trabalhadas anteriormente ao momento da alta, explicando a importância de sua realização de maneira clara e em linguagem simples, para que toda e qualquer puérpera possa entender. Esta e outras orientações podem ser repassadas a mais de um membro da família, para que a mãe sinta-se amparada em momentos de dúvidas. Alguns autores(²,4) destacam a importância de estimular um maior envolvimento dos pais e de outras pessoas que serão importantes nos cuidados futuros do recém-nascido. A partir disso, lembramos que as orientações de alta também podem ser trabalhadas com estas pessoas, juntamente com a participação da mãe. Observamos através dos estudos de Furtado (2010)5 o quanto é importante a criação de um serviço de articulação de atenção hospitalar com a rede básica de saúde, pois este tipo de assistência serviria de apoio a todas as questões técnicas que envolvem a alta do recém nascido do alojamento conjunto. Alguns municípios já adotaram esta articulação, que está de acordo com o que propõe o Programa Nacional de Saúde da Criança5. Ressaltamos que o enfermeiro, como o profissional que repassa as informações de alta a puérpera deve estar sempre atento aos possíveis problemas que possam ser identificados, durante o período de internação no alojamento conjunto, em relação à mãe quanto as atividades de cuidado do recém-nascido. Também sugerimos que estes profissionais reflitam sobre possíveis ações de educação em saúde que sejam viáveis dentro das instituições de trabalho, ressaltando que o Ministério da Saúde² sugere que se proporcione uma troca de experiências entre mães que compartilham o mesmo quarto, possibilitando uma interação de mães de primeiro filho com mães mais experientes, que também estão cuidando dos seus filhos. Descritores: Recém-nascido. Alojamento conjunto. Enfermagem. REFERÊNCIAS 1 GONÇALVES, Annelise de Carvalho. A puérpera e o recém-nascido em alojamento conjunto. In: OLIVEIRA, Dora Lúcia. (org.) Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. 367-386 p. 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Cuidados Gerais. 4ª ed. v.1 Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 3 PINTO, Luiz Maria. VITOLO, Márcia Regina. O impacto das orientações de alta na aquisição de conhecimento pelas puérperas em alojamento conjunto. Revista de Ciências Médicas - PUCCAMP. vol. 5, n.1. 15-20 p. Janeiro/Abril 1996. 4 WHEELER, Barbara J. Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In: HOCKENBERRY, Marilyn J. WILSON, David. (Edit) Tradução: Maria Inês C. Nascimento. Wong, fundamentos de enfermagem. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 203-248 p. 5 FURTADO, Maria Cândida de Carvalho et al. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem. vol.12 n.4. 2010. 640-6 p. Disponível em: < http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7625/8467> Acesso em 15 de setembro de 2013.

14063

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KARINA BITELLO FIRMINO

ENCONTRO SEMANAL COM PAIS DE PREMATUROS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Firmino, KB; Matos, LM; Mendes, ENW;

A prematuridade se dá quando o parto ocorre antes de completar a 37ª semana de gestação[1]. Os recém-nascidos pré-termo (RNPT) requerem cuidados especializados para manter seu crescimento e desenvolvimento pós-natal, durante a hospitalização; além disso, eles precisam da habilidade de seus pais para continuar esse processo, até atingirem o segundo ano de idade corrigida e a idade pré-escolar1,2. Devido a isso, atualmente, os serviços de neonatologia vêm promovendo o cuidado centrado na família, no qual os pais são participantes ativos nos cuidados desde a admissão até a alta hospitalar. É de grande relevância que a família acompanhe o recém-nascido (RN) durante a internação nos cuidados para que após a alta seja capaz de cuidá-lo com segurança[2]. Sabe-se que a prematuridade e o período prolongado de internação hospitalar interferem na formação do vínculo e do apego entre pais/bebê1,2,3. A integração entre os pais e a equipe de saúde ocorre, segundo a literatura, através da formação de um grupo de apoio que permita a maior participação dos pais nas atividades da unidade, promovendo a troca de experiências e a expressão dos seus sentimentos[1]. Com base nas evidências citadas, foi oferecida a ação de extensão, denominada de Estudos sobre o cuidado ao recém-nascido pré-termo 2013, que está cadastrada sob o número 23177 na Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal de Porto Alegre. O objetivo geral da ação é promover o cuidado ao recém-nascido pré-termo (RNPT) hospitalizado e sua família, visando seu crescimento e desenvolvimento pós-natais e tem como objetivos específicos: atualizar aspectos relacionados à anatomia, fisiologia, crescimento e desenvolvimento do RNPT de acordo com a Idade Gestacional ao nascimento; identificar as práticas de cuidado de enfermagem e suas bases teóricas; estudar, avaliar e adaptar ao contexto da criança e a nossa realidade os paradigmas que fundamentam o cuidado ao RNPT, estimulando o pensamento crítico sobre as práticas de cuidado; promover a interação dos profissionais e dos acadêmicos com a família do RNPT; acompanhar o crescimento do RNPT, do nascimento até a alta hospitalar a pesquisa baseada em enfermagem neonatal e identificar indicadores de qualidade para o cuidado ao RNPT; estimular a participação da família no cuidado ao prematuro durante a hospitalização e orientar a família quanto aos cuidados ao RNPT no domicílio até a idade pré-escolar. Ressaltamos, nesse contexto, que os RNPT requerem cuidados para manter seu crescimento e desenvolvimento pós-natal durante a hospitalização; precisam, também, da habilidade de seus pais para continuarem esse processo, principalmente até o segundo ano de idade corrigida e a idade pré-escolar1,2. Assim, a atividade de extensão promove "Encontro semanal com os pais de prematuros" na unidade de internação neonatal do Hospital de Clinicas de Porto Alegre, com o objetivo de estimular os pais a cuidarem do seu filho no hospital e de orientá-los quanto às necessidades de uma criança vulnerável no ambiente domiciliar. A metodologia implica na identificação de novas internações, na consulta aos prontuários para coleta de informações relevantes para a identificação do prematuro e na busca ativa dos pais para a realização dos convites para os encontros. Essa busca ocorre em três dias da semana, no turno da tarde. Os encontros são realizados semanalmente, às terças-feiras à tarde, das 14:30 às 17 h. Participam dos encontros, além das bolsistas, a professora coordenadora e uma enfermeira da própria unidade. Os temas abordados se originam do interesse e das dúvidas manifestadas pelos pais no momento do convite e no encontro. A dinâmica utilizada é de uma roda de conversa, durante a qual, são apresentados materiais didáticos e demonstrados alguns dos cuidados preconizados para a faixa etária. Todas as atividades são registradas em um banco de dados, para posterior análise e avaliação dos resultados. Os resultados aqui

apresentados são parciais e se referem ao período de abril a agosto de 2013. Desde então, foram realizados 154 convites e 16 encontros, aos quais compareceram aproximadamente 28% dos pais convidados. O percentual de presença dos pais é menor do que o esperado; contudo, através de relatos informais, a ausência dos mesmos é influenciada por diversos fatores, como sendo: a concomitância da atividade com o horário de amamentação do RNPT, com a realização do Método Canguru ou porque o bebê passou por algum procedimento ou houve alguma intercorrência. Como a presença dos pais na unidade depende de inúmeros fatores, frente a isso, estamos elaborando novas estratégias para atender as necessidades dos pais. Durante os encontros, os temas de maior interesse foram: amamentação; autocuidado materno e sua influência no cuidado ao bebê; sinais de desconforto; cuidados com o vestuário e higiene; adequação do ambiente domiciliar; crescimento e desenvolvimento do prematuro. Os pais que comparecem aos encontros falam da importância para o seu entendimento em relação ao cuidado do filho prematuro. Como acadêmicas, percebemos a complexidade da atenção ao RNPT com a inclusão da família e o quanto essa população de pais necessita do nosso apoio e reconhecimento. Ao participarmos ativamente desses encontros colocamos em prática os conhecimentos adquiridos durante a graduação, interagindo com os pais, escutando e fornecendo esclarecimentos para suas dúvidas. Como relevância para enfermagem ressalta-se que os pais precisam encontrar nessa equipe o apoio e o referencial para lidar com a prematuridade, da forma mais resiliente possível. Além do que, quando os pais aprendem práticas de cuidados favoráveis conseguem contribuir para o adequado crescimento e desenvolvimento do seu filho; reduzindo dessa forma o risco de reinternações. Ao se mostrar disponível para com os pais, a equipe de enfermagem contribui para a recuperação do RNPT, demonstra interesse pela interação dos pais com os filhos e cria uma relação de confiança com a família. Descritores: prematuro, família, grupos de apoio.

Referências: 1. Tamez RN. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. 2. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 4. v. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [capturado 28 ago. 2013] Disponível em http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v4.pdf 3. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [capturado 28 ago. 2013] Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf

13845

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KAROLINE KRONBAUER

FATORES DE RISCO PARA SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO DO MECÔNIO: ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Kronbauer, KK; Kronbauer, KK;

Introdução: A Síndrome da Aspiração do Mecônio(SAM), é considerada uma das principais doenças respiratórias em neonatos a termo. Tal relevância se deve à sua alta taxa de mortalidade, que, ainda hoje, varia de 4% a 37% de acordo com a gravidade da lesão pulmonar, sendo a mortalidade maior entre os recém-nascidos que evoluem com hipertensão pulmonar. Objetivo: realizar uma revisão bibliográfica sobre a SAM e seus principais fatores de risco. Método: O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada entre o período de maio a agosto de 2013, com consulta em livros e artigos científicos, publicados entre os anos de 1993 a 2011. Como critério de inclusão do material pesquisado foi definido: ser de relevância para o tema e estar alinhado aos objetivos deste estudo.Resultados: quando o mecônio está presente no líquido amniótico, este pode ser aspirado para os pulmões em dois momentos: dentro do útero, por meio dos movimentos respiratórios tipo gasping, desencadeados pelo próprio processo de asfixia que levou à eliminação do mecônio, e, ao nascimento, por meio dos primeiros movimentos respiratórios apresentados pelo neonato. Os principais fatores de risco associados à mãe, que podem desencadear sofrimento fetal, incluem: tabagismo, doenças crônicas, Diabete, Infecções, Oligodrâmio, pré-eclâmpsia, drogas. Os fatores de risco associados ao recém nascido incluem o perfil biofísico fetal, principalmente a macrossomia,a circular de cordão, também constitui risco importante, bem como a pós-maturidade. O atendimento perinatal é fundamental, a avaliação em relação a proporção céfalo-pélvica e o tempo de trabalho de parto e suas condições devem ser monitorados pela equipe.Conclusão: a prevenção da SAM, passa pelo adequado manejo pré-natal e obstétrico, prevenindo as condições que levam a eliminação de mecônio in útero ou sofrimento fetal, para tal é necessário o conhecimento dos fatores de risco. Palavras Chaves: Síndrome de Aspiração de Mecônio; Recém-Nascido; Fatores de Risco.

14604

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KAROLINE KRONBAUER

ENTEROCOLITE NECROSANTE: DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Kronbauer, KA; Lennz, GR; Kronbauer, KA;

Introdução: A Enterocolite Necrosante (ECN) é uma patologia multifatorial determinada fundamentalmente por isquemia intestinal, lesão da mucosa, edema, ulceração e passagem de ar ou bactérias pela parede da víscera. Sua incidência varia entre 3 a 4 casos/mil nascimentos. É diagnosticada em 2 a 7% das admissões em unidade de terapia intensiva neonatal, ocorrendo de 75 a 90% em recém-nascidos pré-termo, principalmente com idade gestacional menor que 31-32 semanas e peso menor que 1500 gramas. Objetivo: Revisar a literatura sobre a fisiopatologia, os principais diagnósticos e cuidados de enfermagem relacionados à ECN. Metodologia: O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada entre o período de abril a agosto de 2013, com consulta em livros e artigos científicos, publicados entre os anos de 1994 a 2009. Como critério de inclusão do material pesquisado foi definido: ser de relevância para o tema e estar alinhado aos objetivos deste estudo. Resultados: De forma geral, não há uma causa específica causadora da ECN, há diversos fatores de risco associados ao desenvolvimento da doença, tais como: hipoxia perinatal, hemorragia materna, antecedendo o parto, ruptura de bolsa maior que 36 horas, peso ao nascimento menor que 1500 gramas, síndrome da angústia respiratória, hipotermia, hipotensão, cateterismo umbilical, uso de vitamina E, uso de indometacina, uso de metilxantina, utilização materna de cocaína, policitemia. Em 10 a 30% dos pacientes que desenvolvem ECN não é possível encontrar nenhum fator de risco. Trabalhos têm mostrado que o corticoíde administrado as mães no pré-natal, os prematuros apresentaram menor incidência de ECN; o que pode estar associado ao amadurecimento acelerado da mucosa gastrointestinal. A dieta tem papel importante na patogênese da doença. O aumento rápido do volume alimentar, o uso de fórmulas artificiais e de dietas hiperosmolares favorecem a ECN, mas a dieta trófica precoce apresenta-se como fator protetor da mucosa, facilitando a colonização por microorganismos comensais e o amadurecimento dos sistemas enzimáticos. O início, volume e progressão da dieta são temas discutidos. O aumento da dieta maior que 20 ml/kg/dia, embora controverso, parece estar associado com maior incidência de ECN. O leite humano diminui significativamente a incidência, embora não a previna 100%. Outros fatores associados à ECN: hiperviscosidade sanguínea, baixo débito cardíaco, doença pulmonar, parto gemelar, uso de cateteres venosos centrais, exsanguineotransfusão, bacteremia e outros. Os aspectos clínicos são múltiplos. Geralmente se inicia com distensão abdominal, aumento de resíduos gástricos, vômitos biliosos, queda do estado geral, sinais toxêmicos e presença de sangue nas fezes (oculto ou mesmo como enterorragia); é comum a presença de fleimão periumbilical, que se estende pelo abdômen quando se instala a peritonite, a qual geralmente se associa com septicemia, coagulação intravascular disseminada, choque séptico e acidose metabólica persistente. Sua clínica se confunde com muitas outras entidades, e até a pneumatose, sinal radiológico tido como patognomônico, pode ocorrer também na enterocolite por megacólon ou na gastrenterite severa. É importante que o enfermeiro que trabalha em neonatologia conheça os principais Diagnósticos de Enfermagem (DEs) para essa afecção, e assim priorize os cuidados de enfermagem necessários para a assistência do recém-nascido (RN). Também, o enfermeiro deve capacitar a sua equipe para a realização adequada desses cuidados. Os DEs elencados para ECN são: Comportamento desorganizado do lactente relacionado a sistema neurológico imaturo e a manuseio de múltiplos profissionais; Amamentação interrompida relacionado a doença da criança; Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos; Risco de desequilíbrio do volume de líquidos relacionado à terapêutica medicamentosa e Risco para alteração da temperatura corporal relacionado a extremos de

idade. Caso o RN também apresentar disfunção respiratória podemos elencar um dos seguintes DEs: Ventilação espontânea prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular/músculo esquelético (durante a utilização de ventilação mecânica) ou Padrão respiratório ineficaz (durante a utilização de outros suportes ventilatórios). E caso o RN já tenha sido exposto a procedimento cirurgico no abdome ou já utilize bolsa de ileo/colostomia, podemos elencar o DE: Integridade tissular prejudicada relacionado ao trauma mecânico. Os cuidados de enfermagem para os DEs listados são: Proporcionar ao RN ambiente traquilo, realizando hora do PSIU no mínimo uma vez ao turno; Realizar os procedimentos com o RN em duplas; Cobrir a incubadora com panos escuros; Evitar ou diminiuir ruidos no ambiente do RN; Procopocionar momentos de sono, evitando o manuseio contínuo e proporcionando horas de toque; Estimular participação da mãe na rotina e na recuperação do RN, se preciso, oferecer suporte psicológico para a família; Insentivar e orientar a mãe sobre a ordenha do leite materno; Estimular lavagem rigorosa das mãos de toda equipe e familiares; Cuidados com a utilização dos acessos venosos, realizando inspeção e assepsia dos mesmos; Comunicar alterações no aspecto ou perfusão dos acessos venosos; Cuidados com as medicações realizando a reconstituição e diluição no mínimo volume possivel respeitando a concetração máxima de cada fármaco; Cuidados com soroterapia e nutrição parenteral (NP), realizando o debito de infusão de hora em hora; Realizar pesagem diferencial de fraldas para o balanço hidrico; Atentar para padrão da curva térmica e comunicar se alterações; Atentar para a termperatura de incubadoras ou berço aquecidos evitando danos ao bebê, comunicar se alterações; Cuidados com oxigenoterapia (nesse cuidado deve ser incluido os cuidados com o tipo do suporte ventilatório que o RN está recebendo, na ventilação mecânica: a frequencia das trocas das traquéias e do trace-care, no CPAP, campaula e óculos nasal: a umidificação das narinas, limpeza das narinas, inspeção das narinas e troca do sistema); Realizar aspiração de tubo endotraqueal e vias aéreas superiores sempre quando necessário, Manter monitoração de saturometria continua e alterar o lugar do sensor de 2 em 2 horas; Manter oximetria entre 88% e 94%, caso o RN apresentar alteração comunicar imediatamente a equipe; Cuidados com a pele do RN para evitar abrasões ou excesso de fitas adesivas; Realizar, pelo enfermeiro, a troca da bolsa de colostomia sempre que necessário; Realizar troca de fraldas e higiene perineal com água morna sempre quando for necessário. Conclusão: Como a ECN é uma doença que ocorre predominantemente em Recém Nascidos pré termos, é imprescindível que a equipe multidisciplinar esteja preparada para identificar os sinais e sintomas desta patologia, pois tendo o diagnótisco precoce, melhor será seu prognóstico, aumentando assim as chances de vida deste RN. E o enfermeiro, através dos DEs, guiará os melhores cuidados de enfermagem e sua equipe, prestando assim a mais adequada assistência para este RN. Palavras Chave: Enterocolite Necrosante; Prematuro; Cuidados de Enfermagem.

14634

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KAROLINE PETRICIO MARTINS

CONTRIBUIÇÕES DO NIDCAP NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM NASCIDO PRÉ TERMO COM ÊNFASE NA HEMORRAGIA PERIVENTRICULAR

Santos, JFS; Martins, KPM; Rocha, PDR; Ogradowski, KRPO;

Diante de alguns problemas que ocorrem especificamente em recém-nascidos pré-termo (RNPT), notou-se a importância de ser discutido o tema . Entre as principais consequências, destaca-se a hemorragia craniana peri/intraventricular (HPIV), que com frequência ocorre em RNPT, principalmente com idade gestacional de 32 sem, comprometendo o seu desenvolvimento extra-uterino. A HPIV está coligada à fragilidade e integridade capilar e a delicadeza dos capilares da matriz germinal a exposiçãode desiquilíbrio hemodinâmico e fisoloógico. De acordo com Mendonça e Lima (2008, p. 01), HPIV caracteriza-se por "hemorragia intraventricular nas primeiras 24 e 48 horas de vida, enquanto que a hemorragia periventricular pode ocorrer dentro de 3 dias após o nascimento [...]." Visto a grande incidência em neonato,destacando a importância de se buscar referênciais que contribuam para o cuidado multidisciplinar ao RNPT, com ênfase ao papel da enfermagem.O programa NIDCAP foi criado por Heidelise Als, visando um modelo de cuidados e uma filosofia de treinamento bem construída. A implantação nas UTi Neo é motivo de muitos estudos, visando a implantação juntamente com a sistematização na assistência em enfermagem (SAE) ao RN, frente a hemorragia peri-intraventricular. A fim de obter mais informações acerca de ações voltadas a prevenir e minimizar uma das maiores complicações do prematuro, foi desenvolvida a seguinte questão norteadora: Como o programa NIDCAP pode auxiliar na SAE ao recém-nascido pré-termo (RNPT) com hemorragia peri-intraventricular,tendo como objetivos a descrição, e a analise das contribuições do programa pode proporcionar ao RNPT na prevenção ou sim minimizar sequelas da HPIV. A pesquisa trata-se de uma revisão integrativa , de abordagem qualitativa e bibliográfica que abrangeu artigos internacionais e brasileiros, com os descritores: NIDCAP, cuidados em enfermagem; recém-nascido; hemorragia intracerebral. Com tudo, conclui-se que com o estudo foi possível analisar diversos pontos positivos do programa do cuidado ao desenvolvimento individualizado do RN na prevenção da HPIV.

13997

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KELLY CRISTINA SBAMPATO CALADO ORSI

INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO E DE PERÍODOS DE CONTROLE AMBIENTAL NO PADRÃO DE SONO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

Orsi, KCSC; Araujo, FM; Sato, MH; Avelar, AFM; Pedreira, MLG; Pinheiro, EM;

Introdução: O "horário do soninho" é uma intervenção de controle ambiental que tem entre as finalidades promover o sono de recém-nascidos pré-termo (RNPT).Na prática clinica, observa-se que após a alimentação, os RNPT tendem a apresentar períodos de sono prolongados, questionando-se se o horário do soninho promove maior tempo de sono ativo quando comparado aos períodos pré e pós-prandiais. Objetivo: Comparar o tempo total de sono e seus respectivos padrões nos RNPT durante os horários do soninho e antes e após alimentação. Método: Estudo descritivo, de correlação, realizado em hospital público de São Paulo.A amostra foi composta por RNPT clinicamente estáveis, com peso entre 1200 a 2000g. Os padrões de sono foram avaliados a partir da polissonografia, 15 minutos antes e após as mamadas e 240 minutos diários, divididos em quatro períodos do soninho. Resultados: Foram incluídos 13 RNPT, sendo 62% do sexo masculino,com idade gestacional média de 33 semanas e peso médio de 1760g. Avaliou-se 480 minutos de períodos de soninho e alimentação para cada RNPT, identificando-se associação significante entre os períodos de soninho e de alimentação com os padrões de sono registrados (X2= 29,143, gl= 1, p= 0,001),sendo associados os períodos de soninho e o sono quieto (res= 3,1) e de alimentação com sono ativo (res= 2,2). Conclusão: os neonatos permaneceram mais tempo em sono quieto no período do soninho e em sono ativo após a alimentação, não havendo correlação com o padrão de sono nos momentos que antecederam a alimentação.Implicações para a enfermagem: A fim de planejar os cuidados oferecidos aos RNPT, o enfermeiro deve conhecer os momentos nos quais há melhor qualidade do sono. Referências: Liaw JJ, et al. Caregiving and Positioning Effects on Preterm Infant States Over 24 Hours in a Neonatal Unit in Taiwan. Res Nurs Health, 2012; 35:132- 45.

14247

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KELLY CRISTINA SBAMPATO CALADO ORSI

INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO E DE PERÍODOS DE CONTROLE AMBIENTAL NO PADRÃO DE SONO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS * *Pesquisa realizada com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo /FAPESP. Processo Nº: 2012/50365-2.

Orsi, KCSC; Araújo, FM; Sato, MH; Avelar, AFM; Pedreira, MLG; Pinheiro, EM;

Introdução: O "horário do soninho" é uma intervenção de controle ambiental que tem entre as finalidades promover o sono de recém-nascidos pré-termo (RNPT).Na prática clinica, observa-se que após a alimentação, os RNPT tendem a apresentar períodos de sono prolongados, questionando-se se o horário do soninho promove maior tempo de sono ativo quando comparado aos períodos pré e pós-prandiais. Objetivo: Comparar o tempo total de sono e seus respectivos padrões nos RNPT durante os horários do soninho e antes e após alimentação. Método: Estudo descritivo, de correlação, realizado em hospital público de São Paulo.A amostra foi composta por RNPT clinicamente estáveis, com peso entre 1200 a 2000g. Os padrões de sono foram avaliados a partir da polissonografia, 15 minutos antes e após as mamadas e 240 minutos diários, divididos em quatro períodos do soninho. Resultados: Foram incluídos 13 RNPT, sendo 62% do sexo masculino,com idade gestacional média de 33 semanas e peso médio de 1760g. Avaliou-se 480 minutos de períodos de soninho e alimentação para cada RNPT, identificando-se associação significante entre os períodos de soninho e de alimentação com os padrões de sono registrados (X2= 29,143, gl= 1, p= 0,001),sendo associados os períodos de soninho e o sono quieto (res= 3,1) e de alimentação com sono ativo (res= 2,2). Conclusão: os neonatos permaneceram mais tempo em sono quieto no período do soninho e em sono ativo após a alimentação,não havendo correlação com o padrão de sono que antecederam a alimentação. Implicações para a enfermagem: A fim de planejar os cuidados oferecidos aos RNPT, o enfermeiro deve conhecer os momentos nos quais há melhor qualidade do sono. Referências: Liaw JJ, et al. Caregiving and Positioning Effects on Preterm Infant States Over 24 Hours in a Neonatal Unit in Taiwan. Res Nurs Health, 2012; 35:132- 45. Palavras-Chave: Sono; Prematuro; Enfermagem Neonatal.

14041

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LANNA GABRIELA FAÇANHA COSTA

ASSOCIAÇÃO ENTRE NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL E RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO

Costa, LGF; Moura, MRLA; Sousa, FGM; Santos, MH; Santana, EEC; Sousa, RAG;

INTRODUÇÃO: é considerado Recém-Nascido de baixo peso todo bebê com peso menor que 2.500g sem levar em consideração sua idade gestacional. Em todo o mundo nascem anualmente 20 milhões de bebês pré-maturo e de baixo peso, sendo que um terço deles morre antes de completar um ano de vida fazendo aumentar os índices de mortalidade infantil tornando um problema de saúde pública no Brasil. Nesse contexto, vários são os fatores que interferem e determinam o nascimento de crianças de baixo peso, entre eles as características maternas como idade, estado nutricional, número de gestações ou partos prematuros anteriores, fatores associados à ausência ou precariedade do pré-natal, a pré-eclâmpsia, as infecções geniturinárias, hábito de fumar e o uso de drogas na gestação, condições socioeconômicas, o baixo nível educacional da gestante e o desemprego. De acordo com estas informações medidas políticas simples de promoção e atenção integral a saúde é de grande importância para a mudança desta realidade. A assistência Pré-natal insere-se, neste contexto, como uma estratégia de acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Assim, o pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível, a partir de no mínimo seis consultas, sendo que desse total, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre tendo como finalidade reduzir riscos à díade mãe e filho. Entretanto esse número de consultas pode ser maior a depender das necessidades e intercorrências que por ventura possa ocorrer. A partir de tais assertiva e considerando o aumento de nascimento de crianças com baixo peso foi construido o seguinte problema de pesquisa: qual a relação entre número de consultas de pré-natal e a ocorrência de recém-nascidos com baixo peso? OBJETIVO: Identificar o número de chances de ocorrer nascimento de recém-nascido de baixo peso e a relação com o número de consultas de pré-natal realizadas por mulheres na Atenção em Saúde no município de São Luís- MA. METODOLOGIA: trata-se de estudo documental cujos dados estão disponíveis eletronicamente pelo Departamento de Informática do SUS que, por meio do sistema DATASUS fornece informações de saúde que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. Este sistema, além das informações numéricas, gera tabelas e cruzamentos de informações de diversas naturezas com a finalidade de manter uma característica peculiar da Saúde Pública que é a mensuração do estado de saúde de uma determinada população. Para o tratamento estatístico e análise dos dados foi utilizado o software Stata© SE versão 10.0. A variável número de consultas pré-natal por sua vez foi separada em três classes distintas: nenhuma consulta, 1 a 3 consultas e 4 a 6 consultas. A seguir foi realizada uma medida de risco, isto é, a razão de chances (OR- Odds Ratio), que para este estudo foi definida como a razão entre a chance de um Recém-Nascido nascer de baixo peso em um grupo onde a mãe realizou diferentes números de consultas. RESULTADOS: Foram encontrados no sistema DATASUS um totl de 198.061 puérperas, sendo que destas 6.537 mulheres sem nenhuma consulta pré-natal; 25.718 realizaram entre 1 a 3 consultas; 93.439 realizaram 4 a 6 consultas e 72.367 fizeram 7 ou mais consultas. Em um total nasceram 18.972 crianças com baixo peso o que correspondeu a 9,6%. Desse total 14.059 (76,2%) das gestantes com menos de 6 consultas sendo que 1.614 recém-nascidos com peso inferior a 1000g. Este dado caracteriza os recém-nascidos com baixo peso extremo e que sugerem adequado suporte terapêutico em contexto de terapia intensiva, serviço este, indisponível na maioria dos municipios do Estado do Maranhão. de 217 municipios somente três municípios do Estado disponibilizam de leitos para

terapia intensiva neonatal. Evidencia-se portanto, a necessidade de deslocamentos desses recém-nascidos e suas familias para a capital do Estado no sentido de assegurar assistência neonatal ao recém-nascido de baixo peso. Os valores do OR obtidos durante a comparação entre número de consultas e o baixo peso de nascimento para um bebê cuja mãe não realizou nenhuma consulta foi de 3,49 vezes mais chances de nascer com baixo peso do que aquele cuja mãe fez 7 ou mais consultas; de 1 a 3 consultas tem chance de 2,8 e de 4 a 6 consultas 1,43. Portanto, o número de consultas no pré-natal teve relação estatisticamente significante sobre o baixo peso do recém-nascido. São resultados que evidenciam que os serviços e os profissionais de saúde aliado à gestão e estrutura dos serviços de saúde, a disponibilizar acesso universal ao pré-natal assim como a assistência de qualidade visando a redução de riscos e a promoção da saúde materna e da criança. CONCLUSÃO: A atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal por meio do pré-natal é diretamente correlacionada com as condições de nascimento da criança. Por esse motivo as políticas de saúde estão cada vez mais empenhadas para a integralidade do cuidado fortalecendo o vínculo das gestantes com o serviço de saúde resultando em maior comparecimento das gestantes nas consultas e, consequentemente em maior controle dos agravos maternos e melhores condições de nascimento. CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: a implementação de iniciativas para fortalecimento da atenção primária em saúde com a valorização de medidas consideradas simples e de baixa densidade tecnológica e a incorporação dos profissionais de enfermagem neste processo cria-se uma rede de cuidados consistente, efetiva capaz de mudar indicadores de saúde materno e infantil. As ações e intervenções de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e no cuidado ao recém-nascido possibilitam a consolidação de saberes e a importância deste profissional no cuidado em saúde. PALAVRAS CHAVE: Enfermagem; Cuidado Pré-Natal; Recém-Nascido de Baixo Peso. REFERÊNCIAS: BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - Relatório de Situação Maranhão. Ministério da Saúde. 2009. BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: Manual Técnico. 2011. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Criança. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2012

14082

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LANNA GABRIELA FAÇANHA COSTA

BASES ESTRUTURANTES PARA O PROCESSO DE CUIDADO À CRIANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Costa, LGF; Sousa, FGM; Braga, LC; Araújo, DMS; Paiva, MVS; Sousa, RAG;

Introdução: O cuidar à criança grave internada em Unidade de Terapia Intensiva tem avançado, nos últimos anos, com suportes tecnológicos importantes em relação ao diagnóstico e ao tratamento. Contudo, isso não é suficiente para responder às demandas atuais neste ambiente. A lógica da produção do cuidado necessita estar orientada para o fortalecimento das competências da família e para a produção de uma relação de parceria desta com os profissionais de enfermagem. O cuidado ampliado, integral e humanizado, depende de transformações nos modos de pensar e de prestar assistência à criança hospitalizada e sua família1. Cuidar, portanto, indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, as suas necessidades, os seus desejos, os seus projetos2. Como suporte ao cuidado humanizador, se faz necessário o planejamento de ações assim como estruturas sólidas que formam a base para o processo de cuidar em enfermagem. Então, as bases estruturantes do processo de cuidado não designa somente atividades de socorro, ajuda e assistência; tem, como elemento intrínseco, a relação pessoa-pessoa e, enquanto atividade, envolve e desenvolve com o processo de viver3. Baseada nessas assertivas foi construída a seguinte pergunta de pesquisa: que demandas de atenção emergem do processo de cuidar de crianças em Unidade de Terapia Intensiva? Objetivo: Identificar as demandas de atenção para o cuidado do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Metodologia: estudo exploratório, transversal prospectivo de abordagem qualitativa. O estudo foi baseado nas três etapas da Análise Temática4: a primeira consistiu na leitura flutuante das entrevistas, seguida da organização do material e a formulação de hipóteses. A segunda etapa foi realizada a partir da exploração do material para alcançar o núcleo de compreensão do texto utilizando a codificação dos dados brutos, num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, chamados núcleos de sentido. Esta etapa foi seguida pela classificação e a agregação dos dados em categorias teóricas ou empíricas capazes de especificar os temas. Por último, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos, construção dos temas e interpretação. Participaram como sujeitos de pesquisa, 11 enfermeiros que desenvolvem atividades profissionais na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital da Grande São Luís por no mínimo seis meses. Os dados foram coletados por meio da entrevista não estruturada, em encontros individuais com os enfermeiros entre os meses de setembro de 2012 a fevereiro de 2013. A entrevista foi precedida por um primeiro contato com os sujeitos para explicar sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e realizar o convite para que os mesmos aceitassem participar. Nesse encontro foi assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias. Este estudo faz parte do projeto intitulado "Necessidades de familiares de pacientes internados e Demandas de Atenção do Enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva" desenvolvido pelo Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente - GEPSFCA do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. O projeto de pesquisa teve parecer favorável pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário sob o número 092/11. Os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados visando assegurar os direitos dos participantes no estudo. Resultados: do processo de análise dos dados foi construído o tema Demandas Estruturantes do Processo de Cuidado, constituído por 153 unidades de sentido. Este tema expressa as bases que estruturam o processo do enfermeiro em UTIP: o diálogo, o vínculo, a comunicação, o acolhimento, o agir compartilhado, a subjetividade, a comunicação e a

continuidade do cuidado pela equipe. Portanto, as demandas estruturantes do processo de cuidado configuram-se em um agir compartilhado, enriquecido por subjetividades de profissionais de saúde e família, com o objetivo de atender às características peculiares do atendimento à criança doente internada em UTI. Por isso, o diálogo é uma ferramenta que permite a criação de vínculos e responsabilizações1, colocando a família como participante ativa do cuidar à criança grave assim como no gerenciamento do cuidado junto com a equipe no intuito de promover a continuidade da assistência mantendo a qualidade do serviço prestado. Enquanto que é pelo vínculo e pelo acolhimento que são construídos laços de compromisso que orientam a intervenção e, como consequência os pais sentem-se melhor cuidados e apoiados. São situações que demandam do enfermeiro processos interativos com a família visando, sobretudo estimular e possibilitar a participação nos cuidados com a criança. Essa interação torna a assistência singular e integral na medida em que viabiliza resultados compensatórios no trabalho do enfermeiro. Ainda sob esse enfoque, destaca-se a importância do envolvimento afetivo da enfermagem no processo de cuidar e de cuidado e, que este seja extensivo aos pais e à família em um ambiente compreensivo e solidário com consequências positivas para o enfrentamento da situação de adoecimento e internação na UTI. O acolhimento da criança e da família requer uma dedicação multiprofissional, não somente em estabelecer diálogo e atendimento humanizado, mas prestar atendimento terapêutico contínuo para manutenção da vida e em defesa da qualidade do cuidado. Diante deste processo de acolhimento e assistência, a continuidade configura-se como demanda de atenção pois, sua ausência, é geradora de estresse ao enfermeiro intensivista, pois este reconhece as implicações disso para o processo de cuidado em terapia intensiva. São contextos, atitudes e comportamentos que demandam a sensibilidade e a qualidade do vínculo com a família que qualificam o cuidado em terapia intensiva. Conclusão: A interação da equipe com a família é uma ferramenta indispensável para traçar plano de cuidado singular e integral na medida em que, nesse encontro, viabilizam-se espaços de construção de sujeitos. Assim, os enfermeiros necessitam criar possibilidades para um ser/fazer compartilhado, corresponsável e interativo. Diante disto, os enfermeiros devem buscar formas para a organização do trabalho por meio de atitudes coerentes com as circunstâncias do trabalho, sempre direcionando as atitudes e os comportamentos para uma assistência permeada por sensibilidade e qualidade do vínculo com a família e com os demais profissionais da equipe de saúde no sentido de qualificar o cuidado em terapia intensiva. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: No encaminhamento dessas reflexões o cuidado à criança em Unidade de Terapia Intensiva requer do enfermeiro capacidade crítica para identificar as demandas estruturantes do processo de cuidar, e a partir disso, identificar, gerenciar e direcionar as ações com o objetivo de equilibrar as necessidades do cliente e do local de trabalho na busca da qualidade do processo de cuidado. Descritores: Unidade de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem; Cuidado Referências: 1. Collet N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a enfermagem Pediátrica. Revista Brasileira de Enfermagem, 2012; 65(1):7-8Brasília, jan/fev, 2012. 2. Honoré B. Cuidar: persistir em conjunto na existência. Portugal: Lusociência, 2004. 3. Sousa FGM. Tecendo a teia do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde: dos seus contornos ao encontro com a integridade. [Tese] Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2008. 4. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

14454

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LARISSA EDOM BANDEIRA

HIDROPSIA FETAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bandeira, LE; Gulart, PA; Bom, AE;

Introdução: Hidropsia fetal é o acúmulo anormal de líquido em espaço extravascular, partes moles e cavidades corporais do feto[1]. Apresenta prognóstico reservado com aproximadamente 80% de mortalidade perinatal[2]. O cuidado humanizado prestado pela equipe de enfermagem nesses casos é fundamental para a assistência integral e deve abranger necessidades físicas, psicológicas e sociais[3]. Objetivos: Descrever quadro clínico de paciente com hidropsia fetal internado em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e os principais cuidados realizados pela enfermagem. Metodologia: Trata-se de relato de experiência de cuidado ao recém-nascido portador de hidropsia fetal realizado por acadêmicas de enfermagem durante estágio em UTIN de hospital de Porto Alegre/RS em maio de 2013. Resultados: Masculino, 1944g, APGAR 1/1, hidrópico, manchas equimóticas disseminadas, pé torto congênito e fáscies sindrômica. Transferido para UTIN, em ventilação mecânica. Evoluiu para óbito com menos de uma hora de vida, mesmo recebendo drogas de reanimação e massagem cardíaca. Os cuidados de enfermagem realizados foram aquecimento do recém-nascido, escuta ativa de seus pais, além de conforto e privacidade a família. Conclusões: Tão importante quanto diagnosticar e tratar adequadamente o recém-nascido com hidropsia é o apoio psicossocial dado aos pais. Dessa maneira, o compromisso e interesse da equipe em oferecer cuidado qualificado e que proporcione bem estar e segurança durante o processo da doença é fundamental. Palavras-Chave: Hidropsia fetal. Recém-nascido. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem. Referências: [1]SILVA, ARA et al. Hidropisia fetal: análise de 80 casos. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(3):143-8. [2] FRITSCH, A et al. Hidropisia fetal não imune: experiência de duas décadas num hospital universitário. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, July 2012 . [3] Rolim KMC, Cardoso MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):85-92.

14459

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LARISSA EDOM BANDEIRA

HIDROPSIA FETAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bandeira, LE; Gulart, PA; Bom, AE;

Introdução: Hidropsia fetal é o acúmulo anormal de líquido em espaço extravascular, partes moles e cavidades corporais do feto[1]. Apresenta prognóstico reservado com aproximadamente 80% de mortalidade perinatal[2]. O cuidado humanizado prestado pela equipe de enfermagem é fundamental para a assistência integral, e deve abranger necessidades físicas, psicológicas e sociais[3]. Objetivos: Descrever quadro clínico de paciente com hidropsia fetal internado em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e os principais cuidados realizados pela enfermagem. Metodologia: relato de experiência de cuidado ao recém-nascido portador de hidropsia fetal realizado por acadêmicas de enfermagem durante estágio em UTIN de hospital de Porto Alegre/RS em maio de 2013. Resultados: Masculino, 1944g, APGAR 1/1, hidrópico, manchas equimóticas disseminadas, pé torto congênito e fáscies sindrômica. Transferido para UTIN, em ventilação mecânica. Evoluiu para óbito com menos de uma hora de vida, mesmo recebendo drogas de reanimação e massagem cardíaca. Os cuidados de enfermagem realizados foram aquecimento do recém-nascido, escuta ativa de seus pais, conforto e privacidade à família. Conclusões: Tão importante quanto diagnosticar e tratar adequadamente o recém-nascido com hidropsia é dar apoio psicossocial aos pais. Dessa maneira, o compromisso e interesse da equipe em oferecer cuidado qualificado e que proporcione bem estar e segurança durante o processo da doença é fundamental. Contribuições para a Enfermagem: humanizar o cuidado prestado ao paciente e sua família. Palavras-Chave: Hidropsia fetal. Recém-nascido. Cuidados de Enfermagem. Referências: [1]SILVA, ARA et al. Hidropisia fetal: análise de 80 casos. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(3):143-8. [2] FRITSCH, A et al. Hidropisia fetal não imune: experiência de duas décadas num hospital universitário. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, July 2012 . [3] Rolim KMC, Cardoso MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):85-92

14166

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LIVIA LECI SANTOS DIAS

A indicação do mínimo manuseio pela equipe de enfermagem aos pacientes de uma UTI Neonatal de referência da cidade de Salvador, Ba.

Dias, LIVIA; Jacob, IVNA; Grisi, ANDREA; Serra, RAQUEL; Mesquita, JEANE; Sa, LUCIANA;

Em Neonatologia, o avanço tecnológico vem propiciando a presença cada vez maior de recém- nacidos (RN) de alto risco e consequentemente, com elevados níveis de estresse gerado pelo manuseio. O manuseio pode ser descrito como intervenções físicas realizadas com o objetivo de monitorar, tratar e cuidar (Sá Neto, 2010). Paradoxalmente, excessivos episódios de manuseios predispõem às alterações no desenvolvimento neuro-comportamental. Dentre as consequências fisiológicas da manipulação excessiva tem-se o risco de infecção, hipoxemia, apneia, hipertensão, aumento da pressão intracraniana, aumento do fluxo sanguíneo cerebral e parada cardiorrespiratória (Magalhães e col., 2012). A maneira como a enfermagem cuida do neonato será o diferencial para seu conforto e recuperação, vez que a quantidade de estímulos será diretamente proporcional à sua gravidade. Segundo Magalhães e col. (2011), a melhoria da qualidade da assistência deve estar baseada na minimização de manuseios e no agrupamento de cuidados. Protocolos de Mínimo Manuseio tem sido elaborados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais como estratégia que possibilite sensibilizar a equipe multidisciplinar para uma assistência humanizada e eficiente. (Oliveira e col., 2009). Para aplicabilidade do protocolo de mínimo manuseio é necessário classificar o RN. Esta classificação baseia-se no conceito de risco que inclui peso ao nascer, idade gestacional e problemas fisiopatológicos predominantes (Whaley e Wong, 1997). Sendo assim, surge o questionamento: a enfermagem tem utilizado as variáveis de classificação de risco para indicar o mínimo manuseio aos pacientes internados em UTI Neonatal? A resposta trará base para a implementação de protocolos de Mínimo Manuseio baseada na prática e nas reais necessidades dos serviços, evidenciando inclusive possíveis necessidades de educação para uniformização dos conceitos. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar as características dos pacientes indicados ao mínimo manuseio pela equipe de enfermagem da UTI Neonatal de um hospital de referência em neonatologia da cidade de Salvador, Ba. Trata-se, portanto, de um estudo descritivo exploratório, de campo, de análise quantitativa. Os sujeitos da pesquisa foram compostos por toda a equipe de enfermagem, exceto as autoras do trabalho e os profissionais que não se encontravam em atividade nos dias da coleta, resultando em 10 enfermeiras e 32 técnicas de enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada contendo uma pergunta: "Do seu ponto de vista, quais recém-nascidos internados nessa unidade hoje devem estar em mínimo manuseio?". Após o questionamento foi realizado, por meio de observação e consulta ao prontuário, o preenchimento do questionário a respeito dos pacientes listados pelos sujeitos, conforme as variáveis: peso, idade gestacional corrigida, dias de vida, tipo de suporte ventilatório e alimentar e patologias associadas. A amostra de dados constitui-se do número total das indicações feitas, sendo elas referente aos mesmos pacientes ou não. Os dados foram analisados com base na estatística descritiva simples e apresentados em números absolutos e relativos, através de gráficos e tabelas. Foi utilizado o programa Microsoft Excel. As 90 indicações ao mínimo manuseio feitas pela equipe de enfermagem foram categorizadas segundo tempo de vida, peso e idade gestacional corrigida. De acordo com o tempo de vida, 26 se referiam a pacientes com até 3 dias de vida e 64 se referiam a pacientes com mais de 3 dias de vida. De acordo com a idade gestacional corrigida, 46 se referiam a pacientes com menos de 35 semanas e 44 se referiam a pacientes com mais de 35 semanas. E de acordo com o peso, 30 se referiam a pacientes com até 1.499g e 60 se referiam a pacientes com mais de 1.499g. Preconiza-se que os pacientes com menor

tempo de vida sejam os mais indicados ao mínimo manuseio, entretanto, os dados dessa pesquisa apresentaram uma maior indicação (71,1%) aos pacientes com maior tempo de vida, o que se explica pelo fato dos pacientes com mais de 3 dias de vida possuírem outras características que os enquadrem nesse tipo de cuidado, como uso de oxigenoterapia, dieta por sonda e comorbidades, e/ou estarem incluídos no grupo de risco dos outros dois critérios de peso e idade gestacional corrigida. No que se refere à idade gestacional corrigida, as indicações se dividem quase igualitariamente entre os menores (51,1%) e os maiores (48,9%) de 35 semanas. Da mesma forma que com a categorização por tempo de vida, as indicações ao mínimo manuseio também se justificam pelo uso de suporte respiratório, dieta por sonda e comorbidades, e/ou por estarem incluídos no grupo de risco dos outros dois critérios de peso e tempo de vida. Diferença significativa foi encontrada quando as indicações foram categorizadas pelo peso dos pacientes. Apesar de se esperar que os pacientes menores tenham mais relação com a técnica de mínimo manuseio, entre os dados, encontramos mais indicações (66,7%) de pacientes maiores de 1.499g, que de pacientes menores (33,3%). Igualmente, percebeu-se que o peso não foi determinante de forma isolada para a indicação ao cuidado de minimização do manuseio, mas sim em correlação com os outros dois critérios de idade gestacional e tempo de vida, e/ou com o uso de suporte respiratório, dieta por sonda e comorbidades. Apenas 5 indicações (5,6%) se referiam a pacientes sem qualquer associação com a variável de risco dentre os critérios avaliados, que teoricamente os relacionem ao mínimo manuseio, pois possuíam mais de 3 dias de vida, mais de 35 semanas de ICG, mais de 1.499g; além de não possuírem nenhuma das características terapêuticas avaliadas, pois estavam em ventilação espontânea e com dieta por sucção. A partir dos dados, fica evidenciado que a equipe de enfermagem em questão indica os pacientes ao mínimo manuseio não considerando os critérios de peso, dias de vida e idade gestacional corrigida isoladamente e sim em correlação dos critérios de risco uns com os outros e com suas características terapêuticas de suporte respiratório e de alimentação. É necessário sensibilizar a equipe multidisciplinar quanto à importância da minimização do manuseio ao RN, a fim de manter sua estabilidade clínica, melhora na sobrevida e desenvolvimento neuropsicomotor. Tal sensibilização pode ser contemplada por atividades educativas, o que favorecia sobremaneira a aplicabilidade de um Protocolo de Mínimo Manuseio. A inexistência de protocolo, com critérios de inclusão bem definidos, dificulta a instalação da técnica em UTI neonatal, acarretando muitas vezes na utilização do senso comum para indicar os pacientes, inclusive com divergências de conceitos e de limites dos critérios de risco. REFERÊNCIAS: 1) Magalhães FJ, Lima FET, Rolim KMC, Cardoso MVLML, Scherlock MSM, Coêlho ADA. Avaliação do manuseio de rotina ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal. In: Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal; 2012 jun 24-27; Fortaleza, Brasil. 2) Oliveira MMC, Barbosa AL, Galvão MTG, Cardoso MVLML. Tecnologia, ambiente e intervenções na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. Rev Rene 2009;10(3):44-52. 3) Rodarte MDO, Scochi CGS, Leite AM, Fujinaga CI, Zamberlan NE, Castral TC. O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2005 jan-fev; 13(1):79-85. 4) Sá Neto JA, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. Texto Contexto Enferm 2010 abr-jun; 19(2):372-7. 5) Sousa MWCR, Silva WCR, Araújo SAN. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma proposta de elaboração de protocolo. Consciência e Saúde 2008;7(2):269-274. 6) Whaley, Wong. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

13834

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LORI ANISIA MARTINS DE AQUINO

COMPLICAÇÕES DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM RECÉM-NASCIDOS

Assunção-Borges, JP; Aquino, LAM; Reis, H; Pinto, RMC; Abdallah, VOS;

Introdução: Cateteres centrais de inserção periférica (PICC) são dispositivos utilizados como acesso venoso em recém-nascidos(1-2). Apesar dos benefícios, podem ocorrer complicações relacionadas à inserção e manutenção(2-4). Objetivos: Identificar as indicações, complicações e perdas de PICC. Metodologia: Trata-se de estudo retrospectivo, com dados coletados de 76 prontuários de recém-nascidos internados na unidade neonatal de um Hospital Universitário, entre janeiro e dezembro de 2010, sendo constatadas 84 inserções de PICC. Resultados: A terapia intravenosa prolongada (n= 79; 94%), sobretudo nutrição parenteral e uso de antimicrobianos, constituíram as principais indicações para inserção de PICC. As complicações identificadas foram: difícil progressão durante a inserção (n= 8; 9,5%), obstrução (n= 5; 6%), sangramento pós-punção (n= 4; 4,8%). Perdas acidentais são pouco frequentes (n= 2; 2,6%). Conclusões: Terapia nutricional parenteral e uso de antimicrobianos constituem as principais indicações para a inserção de PICC(1). Apesar das vantagens, podem ocorrer complicações relacionadas ao seu uso. Contribuições/implicações para a Enfermagem: monitorar a ocorrência de complicações com PICC através de protocolos, e a capacitação da equipe de enfermagem quanto ao manuseio adequado, permitem uma assistência segura e de excelência ao recém-nascido(2-5). Descritores: Recém-nascido. Cateteres. Enfermagem. Referências: 1. Philpot P, Griffiths V. The peripherally inserted central catheter. Nurs Stand. 2003; 17(44): 39-49. 2. Pettit J. Assesment of infants with Peripherally Inserted Central Catheters: Part 1: Detecting the most frequently occurring complications. Adv neonatal care. 2002 (dec); 2(6): 304-15. 3. Hermasen MC, Hermasen MG. Intravascular catheter complications in the Neonatal Intensive Care Unit. Clin Perinatology. 2005; 32: 141-56. 4. Ramasethu J. Complications of vascular catheters in the Neontal Intensive Care Unit. Clin Perinatology. 2008; 35: 199-222. 5. Racadio JM, Doellman DA, Johnson ND, Bean JA, Jacobs BR. Pediatric Peripherally Inserted Central Catheters: Complication Rates Related to Catheter Tip Location. Pediatrics. 2001; 107(2).

13826

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUANNA RIBEIRO DUFFRAYER

O MANEJO DA DOR EM RECÉM NASCIDOS PREMATUROS SOB A ÓTICA DOS PAIS: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA ENFERMAGEM.

Duffrayer, LRD; Pacheco, MDP; Pacheco, STAP; Araújo, BBMA;

Introdução: Desde os primórdios, a dor continua sendo uma grande preocupação para a humanidade. Por ser uma experiência individual e subjetiva, a dor se torna algo de difícil descrição e mensuração1. A valorização dos aspectos subjetivos da dor garante um cuidado humanizado, uma vez que respeita a singularidade e a diferença do limiar de dor para cada um2. Objetivo: analisar a percepção dos pais sobre a dor em seu filho prematuro recém-nascido. Metodologia: estudo qualitativo cujo cenário foi uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Universitário na cidade do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram nove pais de recém-nascidos prematuros. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da instituição onde se desenvolveu a pesquisa, sob o protocolo de número 2999/11. A coleta de dados deu-se através de uma entrevista semiestruturada no período de Agosto a Setembro de 2011. Resultados: A partir da análise dos dados emergiram 5 (cinco) categorias analíticas: A presença do choro; Percebendo mudanças corporais; Percebendo alterações na face; Percebendo alterações emocionais e realizando medidas para minimizar a dor. Conclusão: Apesar da identificação destes sinais, vale ressaltar que o choro foi o sinal comportamental de dor mais reconhecido por eles, revelando a necessidade dos profissionais de saúde em informar e orientar os pais acerca de outros sinais que o recém-nascido possa apresentar frente a algum processo doloroso. Descritores: Dor, Recém-nascido, Enfermagem. Referências: 1. Sociedade Brasileira para o estudo da dor. Conheça mais sobre a dor. São Paulo, 2011. 2. Crescêncio EP, ZanelatoS, Leventhal LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. Rev. Eletr. Enf. São Paulo, v.11, n.1, p.64-69, mar. 2009.

14014

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANA BARBOSA PEREIRA

RESSIGNIFICANDO O ALEITAMENTO MATERNO - DO IDEAL AO IMPOSSÍVEL: O CAMINHAR DA MÃE DO BEBÊ PREMATURO RUMO AO DESMAME PRECOCE

Pereira, LB; Abrão, ACFV; Ribeiro, CA;

RESSIGNIFICANDO O ALEITAMENTO MATERNO - DO IDEAL AO IMPOSSÍVEL: O CAMINHAR DA MÃE DO BEBÊ PREMATURO RUMO AO DESMAME PRECOCE INTRODUÇÃO: O desmame precoce, conceituado como a introdução de alimentos diferentes do leite materno para o bebê, antes do sexto mês de idade, permanece como uma desconfortável realidade em nosso País, a despeito de todos os esforços realizados para a retomada da amamentação exclusiva, como prática alimentar dominante. Entre os recém-nascidos prematuros (RNPT), os índices de desmame precoce mostram-se ainda mais críticos. Apesar das especificidades que envolvem a assistência ao RNPT1, estudos apontam que as alegações maternas para esse fato, em geral, assemelham-se às das mães de bebês nascidos a termo, ou seja, a crença materna no pouco leite ou no leite fraco persiste como principal desencadeador do desmame precoce2. Contudo, há um conjunto de fatores interligados que podem ser decisivos para o sucesso ou determinam o fracasso do aleitamento materno exclusivo entre os RNPT cuja condição clínica, muitas vezes crítica, implica em maiores desafios3. Considerando-se as peculiaridades dos RNPT, é relevante desvelar vivências maternas que podem desencadear o desmame precoce. Faz-se necessário ir além dos aspectos biológicos ligados à amamentação e percebê-la como um processo de interação entre mãe e filho e entre estes e seu meio, sendo, portanto, um processo sujeito a significações e ressignificações. OBJETIVO: Compreender as interações vivenciadas pelas mães de recém-nascidos prematuros que as levam a "decidir" pelo desmame precoce de seus filhos. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem como referencial teórico o Interacionismo Simbólico, que busca a análise da experiência humana por meio da interação do indivíduo com sua realidade social. Essa interação levará a um processo de significação para cada vivência e orientará sua ação. O significado atribuído pelo sujeito às suas vivências possui um caráter mutável, podendo ser redefinido em função de novas interações, ou seja, o processo de interação é dinâmico e apoiado em situações vivenciadas no presente4 . Como referencial metodológico optou-se pelo Interacionismo Interpretativo que busca obter descrições densas e detalhadas de vivências desencadeadoras de significação ou ressignificação definidas como "epifanias"5. O cenário foi o Ambulatório de Follow-up do RNPT, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do município de Montes Claros (MG), que realiza atendimento multiprofissional a RNPT egressos das UTI neonatais do município. Participaram 13 mães que vivenciaram a experiência de ter o filho prematuro hospitalizado em um desses serviços e preencheram aos pré-requisitos estabelecidos. As entrevistas foram realizadas em sala reservada, no referido ambulatório, sendo audiogravadas. Os dados foram analisados segundo pressupostos do interacionismo interpretativo. Os aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos foram respeitados, conforme preconizado pelo Parecer Nº 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o serviço autorizou a coleta de dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP pelo Parecer Nº 0679/10. RESULTADOS: A análise dos dados possibilitou a compreensão de como ocorre o movimento das mães em direção ao desmame precoce do filho prematuro. Suas experiências, advindas das interações consigo mesma, com seu filho, a família e a equipe de saúde, mostraram-se relevantes para elas significarem e ressignificarem o aleitamento materno até decidirem-se pelo desmame precoce. Esse processo foi desvelado em quatro epifanias descritas a seguir: Interagindo com as peculiaridades da

prematuridade que dificultam a amamentação: revela os obstáculos vivenciados pelas mães e como esses fatores ocupam um espaço de destaque em sua vida , tornando a amamentação uma questão secundária. A hospitalização do filho prematuro representa um tormento na vida familiar agravado pelo medo da morte do bebê. Esses aspectos desviam o foco da amamentação que é iniciada tardiamente. A dificuldade de sucção do prematuro e a associação feita entre sucção e risco de perda de peso pelo bebê também contribuem para a ressignificação da amamentação. Não conseguindo manter a produção láctea: expressa a percepção materna sobre sua produção láctea ao longo da hospitalização do filho e após a mesma. Interagindo consigo mesma, com o bebê, a equipe de saúde e seus familiares a mãe empenha-se em manter ou resgatar sua produção láctea passando a adotar medidas recomendadas pela equipe ou socialmente consideradas eficazes e, apesar das várias tentativas, vê seu leite ir progressivamente, diminuindo até secar. Vivencia tensões e conflitos por reconhecer as vantagens da amamentação e não conseguir levá-la adiante. Buscando garantir a nutrição e o desenvolvimento adequado do filho: refere-se aos aspectos ponderados na decisão materna de introduzir o complemento lácteo no domicílio. A interpretação dos símbolos emanados pelo bebê, como manifestações de fome ou insatisfação contribuem para a avaliação materna favorável ao complemento, assim como o ganho de peso adequado da criança. A conclusão materna sobre a necessidade do uso do complemento lácteo é reforçada, quando há prescrição de leite complementar no momento da alta hospitalar. Tal prática respalda sua crença no leite insuficiente e, em casa, o uso do leite complementar é feito em mamadeira, pois sente-se insegura em manter o uso do copinho. Conformando-se com a impossibilidade de amamentar revela que o processo de desmame, a princípio visto pela mãe, com pesar e certa frustração, vai sendo ressignificado à medida que ela vai interagindo com as dificuldades desencadeadas pelas condições da prematuridade do filho e pelas situações pessoais de vida, de modo que passa a definir o desmame como algo natural e menor frente a tudo que ela e o filho já viveram. Portanto, a mãe nem sempre define o desmame precoce como uma decisão sua, uma ação deliberada, mas, como consequência de uma série de eventos desfavoráveis e que não dependeram apenas de sua intervenção. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo permitiu desvelar que o caminhar da mãe em direção ao desmame precoce do filho prematuro é guiado pela interpretação que esta vai fazendo ao longo de sua interação com o bebê, com a família, com os profissionais de saúde e com ela mesma, durante todo o período de hospitalização do filho e depois, em casa, onde têm a oportunidade de interagir de modo mais estreito. RECOMENDAÇÕES: É necessário estabelecer critérios mais rígidos para a introdução e manutenção do complemento lácteo para o prematuro e buscar a suspensão precoce desse recurso, além de afinarmos o discurso profissional à prática diária de cuidados aos RNPT. A enfermagem tem papel preponderante nesse novo modelo de abordagem do aleitamento materno e deve ser agente facilitador de estratégias para sua promoção, proteção e apoio. Palavras-chave: Aleitamento materno. Recém-nascido Prematuro. Desmame Precoce. REFERÊNCIAS AZEVEDO M; MENDES ENW. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. Rev. Gaucha Enferm.[online]. 2008 [acesso em 20 nov.2011]; mar 29(1):68-75. Disponível em: SILVA, SMS; SEGRE, CAM. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum. [online]. 2010 [acesso em 17 abr. 2013]; Ago 20;(2): 291-301 . Disponível em: . ISSN 0104-1282. BRAGA DF, MACHADO MMT, BOSI MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. Rev. Nutr. Campinas [online]. 2008 [acesso em 10 ago. 2011]; may 21;(3): 293-302. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php CHARON JM. Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, and an integration. New Jersey: Prentice-Hall do Brasil: Rio de Janeiro; 1989. DENZIN NK. Interpretive interacionism. Newborury Park: SAGE Publicatino; 1989.

14666

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANA DE MEDEIROS LIMA

DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA NA SÍNDROME DE WERDNING-HOFFMANN: APLICAÇÃO DAS TAXONOMIAS NANDA-I, NIC E NOC NO CUIDADO A UM NEONATO

Lima, LML; Barros, LBNPB; Lima, MMML;

DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA NA SÍNDROME DE WERDNING-HOFFMANN: APLICAÇÃO DAS TAXONOMIAS NANDA-I, NIC E NOC NO CUIDADO A UM NEONATO A Síndrome de Werdning-Hoffmann, conhecida como Atrofia Muscular Espinhal Tipo I é uma doença neuromuscular degenerativa, que se caracteriza pela atrofia e fraqueza muscular secundária à degeneração dos neurônios motores. Por sua natureza neuromuscular degenerativa não existe tratamento específico, o que torna o portador extremamente dependente de cuidados profissionais para satisfação de suas necessidades básicas. O objetivo do estudo foi descrever a assistência de enfermagem sistematizada através da utilização de uma Teoria de Enfermagem e de Taxonomias para identificação das afirmativas de diagnóstico/intervenções e resultados de enfermagem. Para tanto, realizou-se um estudo de caso, utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta e para a construção do plano de cuidados a combinação de taxonomias de enfermagem para a construção de afirmativas de diagnósticos/intervenções/resultados de enfermagem. O estudo foi desenvolvido em uma unidade neonatal, na cidade de João Pessoa, no ano de 2012. Após a aplicação do plano de cuidados comprovou-se que a combinação taxonômica no cuidado neonatal é possível de utilização, apresentando apenas discretas limitações quanto aos indicadores para mensuração dos resultados obtidos pelas intervenções de enfermagem. Acredita-se que o desenvolvimento de estudos de casos com a aplicação prática das taxonomias permita cada vez mais a ampliação do vocabulário próprio da enfermagem e possibilite um registro completo e informatizado. Ressalta-se que o neonato em estudo foi a óbito sem diagnóstico médico definido e que este fato não interferiu no agir da enfermagem, confirmando seu caráter autônomo como profissão. Enquanto esteve sob os cuidados da enfermagem, o recém-nascido não apresentou episódios de aspiração e evidenciou significativas melhoras no padrão da deglutição prejudicada, o que remete ao sucesso do cuidado planejado e realizado para o cliente. Descritores: Enfermagem, Neonatologia, Processos de enfermagem.

14670

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANA DE MEDEIROS LIMA

CONSTRUÇÃO DE UM SOFTWARE PROTÓTIPO PARA REGISTRO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Lima, LML; Santos, SRS;

CONSTRUÇÃO DE UM SOFTWARE PROTÓTIPO PARA REGISTRO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL O crescente volume de informações oriundas dos registros de enfermagem exige estratégias de tratamento do conhecimento produzido, de forma que as desvantagens do prontuário de papel sejam evitadas. o presente estudo se propõe a desenvolver um software aplicado à sistematização da assistência de enfermagem que proporcione aos enfermeiros o registro informatizado, eficiente e rápido.Trata-se de um estudo metodológico com produção tecnológica, dividido em três fases: construção das afirmativas de diagnósticos e intervenções de enfermagem, validação das afirmativas e desenvolvimento do software. O sistema foi desenvolvido sobre a plataforma Java, com a utilização do framework JSF, incorporado à especificação J2EE, para desenvolver aplicações web de forma ágil. O banco de dados ficou composto por 143 afirmativas de diagnósticos de enfermagem e 130 referentes às intervenções de enfermagem. O software desenvolvido apresenta 17 telas incluindo dados de identificação, exame físico completo do recém-nascido, organizado de acordo com as necessidades humanas básicas, lista de diagnósticos e intervenções de enfermagem sugeridas pelo programa e folha final para impressão. O software proporciona a execução do processo de enfermagem com um registro completo, uniforme e rápido, constituindo-se uma importante fonte de dados para pesquisa.REFERÊNCIAS: Pereira IM, Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Peres HHC, Lima AFC, Castilhos V, et al. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: avaliação de um software. Rev Esc Enferm USP [serial online] 2011; 45(Esp):1600-5. Disponível em: www.ee.usp.br//reeusp/; Dal Sasso GTM, Barra DCC, Paese F, Almeida SRW, Rios GC, Marinho MM, et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. Rev Esc Enferm USP [serial online] 2013; 47(1):242-9. Disponível em: www.ee.usp.br//reeusp/ DESCRITORES: enfermagem. software. neonatologia.

14679

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANE FAVERO BASEGIO

AÇÕES EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO DESMAME PRECOCE

Favero, LF; Proença, CP; Abreu, PNA; Silva, RDS;

O aleitamento materno oferece grandes benefícios tanto para o bebê quanto para a mãe. É a melhor nutrição para o bebê, seja ele a termo ou prematuro, sendo assim preconizado universalmente(1). São alguns dos benefícios que o leite materno pode conferir: melhora do desenvolvimento cognitivo; aumento da tolerância à alimentação; e proteção contra infecções(1), diminui o risco de morte no período neonatal. Os mecanismos que fundamentam essa afirmação são os seguintes: as mães que amamentam logo após o parto têm maior chance de serem bem sucedidas na prática da amamentação; os alimentos pré-lácteos oferecidos aos bebês antes da amamentação podem ocasionar lesões no intestino imaturo; o colostro, primeira secreção produzida pela glândula mamária, com alto teor calórico (sódio, potássio e anticorpos), acelera a maturação do epitélio intestinal e protege contra agentes patogênicos; e o contato pele a pele previne a ocorrência de hipotermia, porque o toque, o odor e o calor estimulam o nervo vago e este, por sua vez, faz com que o organismo materno libere ocitocina, hormônio responsável, entre outras ações, pela ejeção do leite, e que a temperatura das mamas aumente e aqueça o bebê, e reduza a ansiedade materna, aumentando sua tranquilidade e responsividade social(2). A amamentação deve ser exclusiva, sem qualquer outro líquido, até os seis meses de idade, e, após este período, a alimentação complementar deve ser iniciada gradativamente, porém, mantendo a amamentação até pelo menos os dois anos de idade(2). Bebês amamentados exclusivamente apresentam menor morbidade por diarreia em comparação com aqueles que receberam aleitamento materno junto com alimentos complementares dos três aos quatro meses de vida(2). Existem políticas públicas brasileiras que incentivam o aleitamento materno e a promoção da saúde da mulher, como por exemplo, o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno; a Rede Amamenta Brasil; a Iniciativa Hospital Amigo da Criança; e o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, popularmente conhecido como "Método Canguru"(3). Além dessas existe ainda a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que visa promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras(4). A partir do contexto apresentado, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: Como a enfermagem pode contribuir para diminuir o desmame precoce? Objetivo: Realizar atividades educativas que possam contribuir para a prevenção do desmame precoce. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória-descritiva, realizada com nove gestantes vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Curitiba - PR. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: gestantes com idade igual ou superior a dezoito anos, vinculadas a Unidade de Saúde local do estudo, que tenham disponibilidade para participar das atividades propostas e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Positivo sob o parecer nº 77801/2012. Para a captação das participantes, firmou-se parceria com as Agentes Comunitárias de Saúde do local do estudo, que distribuíram convites pré-elaborados às gestantes moradoras de suas áreas. Foram realizadas três oficinas, cada uma com participantes diferentes, com a temática: "importância da amamentação para o recém nascido e para a mãe". Antes da realização das atividades, a pesquisa era apresentada e explicada, momento em que se solicitava a autorização de participação. Após esse momento, era entregue um questionário composto por onze questões abertas para que cada participante pudesse colocar suas dúvidas, dificuldades, expectativas e conhecimento prévio acerca do aleitamento materno. Em seguida, eram realizadas discussões em grupo, informações visuais, e

entrega de material impresso acerca do assunto. Após o embasamento teórico, um novo questionário era entregue as participantes, composto por cinco questões que objetivavam destacar alterações ou assimilação de conteúdo diferente do exposto previamente. Além dos dados contidos nos questionários, toda a oficina era audiogravada a fim de melhor captar a expressão das ideias, das crenças e das opiniões apresentadas pelas participantes. Os dados foram analisados mediante análise temática(5). Resultados: foi possível identificar duas categorias temáticas, assim intituladas: O aleitamento materno: crenças, (des) conhecimentos e expectativas frente à prática a ser realizada pela primigesta; e experiências prévias como facilitadoras/dificultadoras do processo de manutenção do aleitamento materno. Nessas categorias, ficou clara a dicotomia existente entre as gestantes que já amamentaram seus filhos, decorrentes de gestações anteriores, e aquelas que estão grávidas pela primeira vez e não possuem experiência prática acerca do assunto. Verificou-se que a influência familiar, em particular das mães, avós e até mesmo de vizinhas ou amigas, tem grande significado para as primigestas, pois muitas já trazem consigo crenças referentes a ações a serem realizadas no caso de existirem dificuldades relativas ao aleitamento. Nas multigestas as suas próprias experiências prévias servem de base para a condução do aleitamento ao filho que irá nascer. Muitas perceberam falhas que podem ser corrigidas, mas também, possuem maior resistência em aceitar novas possibilidades que são apresentadas. Considerações: através dos questionários e do áudio, notou-se que grande parte das gestantes era leiga no assunto. Carregavam consigo dúvidas, porém não as apresentavam explicitamente, o que dificultou, de certa forma, a análise dos dados. O intuito das oficinas era esclarecer dúvidas em relação à amamentação, informar as participantes sobre a importância e vantagens do aleitamento materno, para que essa forma de educação em saúde pudesse de certa forma contribuir com o desmame precoce nessa clientela. Algumas limitações puderam ser observadas, tais como: foi possível acompanhar a evolução de cada uma das participantes, não sendo possível identificar se as oficinas puderam ter impacto na prevenção do desmame precoce após o nascimento dos bebês. Sugere-se que outros estudos possam ser realizados que possam acompanhar a evolução do processo e verificar se ações educativas como a aqui estabelecidas, podem refletir positivamente na continuidade do aleitamento materno exclusivo e redução do desmame precoce, bem como, identificar quais as principais causas que levam a descontinuidade do aleitamento. Descritores: aleitamento materno; nutrição do lactente; desmame precoce REFERÊNCIAS 1- TAMEZ, R. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém nascido de alto risco. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 2- TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24 Sup 2, p. S235-S246, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf. Acesso em 09/05/13. 3- SOUZA, C. B.; SANTO, L.C.E.; GIUGLIANI, E.R.J. Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo_franca_novo.pdf. Acesso em 25/04/13. 4- Ministério da Saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Plano de ação 2004 - 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em 09/05/13. 5- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

14484

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANO MARQUES DOS SANTOS

INFILTRAÇÕES E EXTRAVASAMENTOS DECORRENTES DE INFUSÕES INTRAVASCULARES PERIFÉRICAS EM RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Santos, LMS; Santos, LMSS; Santos, NPCS; Silva, DCSS; Jesus, FFAJ; Santana, RCBS;

INTRODUÇÃO: Em alguns estabelecimentos de saúde, os cuidados para a recuperação orgânica do recém-nascido crítico em cuidados intensivos têm sido pautados pelos princípios da prática baseada em evidência, objetivando a segurança do paciente, com destaque para a terapia intravenosa, que é realizada, constantemente na prática clínica. Há registros de cerca de 25 milhões de pessoas em todo o mundo recebendo algum tipo de terapia intravenosa por meio de dispositivos intravasculares, dos quais um percentual de 25 a 80% desenvolvem complicações relacionadas à terapia intravenosa estabelecida (CDC, 2002). Dentre as complicações, destacamos as classificadas como locais, dentre elas as flebites, as infiltrações, os extravasamentos, os hematomas e as tromboses. No período neonatal as infiltrações e os extravasamentos são encontrados constantemente na prática clínica. Identificam-se como fatores de risco para o surgimento desses eventos adversos a natureza dos fármacos, a duração da terapia, as características individuais do pa¬ciente, as características do dispositivo intravenoso, a sua localização na área corpórea do individuo, o preparo do local de inserção, o tipo de infusão, a técnica de inserção, o tempo de permanência do cateter, o tipo de curativo e estabilização utilizados e a forma de manutenção do cateter (AVELAR, 2009; HARADA; RÊGO, 2011). Em neonatologia, destacam-se as características anatômicas e fisiológicas da rede venosa do neonato, tais como o seu menor calibre, principalmente de suas veias periféricas, além da natureza físico-química dos fármacos e soluções intravenosas utilizadas na terapêutica, diluições impróprias, infusão do fármaco em tempo menor do que o estabelecido e mesmo devido ao tempo de utilização da terapia medicamentosa. Os fatores químicos incluem a administração de drogas e soluções irritantes ou vesicantes em vasos periféricos, a concentração da diluição do medicamento, a sua taxa de infusão, o potencial hidrogeniônico (pH) e a osmolaridade do medicamento (INS, 2013; HARADA; RÊGO, 2011). A infiltração é definida como o deslocamento da ponta do cateter da veia, provocando a saída de medicamento ou solução não vesicante ao redor do tecido (espaço extravascular). Solução ou medicamento não vesicante pode ser entendido como substâncias que não geram graves lesões ao tecido vascular (HARADA; RÊGO, 2011). O extravasamento é definido como a infiltração de fármacos vesicantes, com características semelhantes à infiltração, pois o mecanismo de ação é similar. Entretanto, no caso do extravasamento, o fármaco pode provocar graves lesões teciduais, com a formação de bolhas e necrose tecidual (INS, 2013). Mesmo diante da gravidade de tais traumas vasculares, sua prevenção e tratamento são pouco discutidos na prática clínica pelos trabalhadores da saúde atuantes em unidades neonatais e há escassez de estudos nacionais sobre a temática, que possam dar um suporte teórico para a uma prática clínica segura. OBJETIVO: Discutir a natureza das infiltrações e extravasamentos de fármacos e soluções intravenosas em recém-nascidos hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público do interior da Bahia no ano de 2012. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de 10 casos de infiltrações/extravasamentos ocorridos no ano de 2012, em recém-nascidos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da cidade de Feira de Santana no Estado da Bahia, durante a vigência do Projeto de Extensão intitulado "Pele Sã: estudos e práticas multidisciplinares de cuidado às pessoas acometidas ou sob risco de desenvolver úlceras por pressão, e suas famílias, atendidas no Hospital Geral Cleriston Andrade", vinculado à Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual de Feira de Santana, na Bahia. Os casos foram acompanhados diariamente pela equipe do projeto, através do registro fotográfico das

lesões decorrentes das infiltrações e extravasamentos, cujas características foram registradas em um formulário que continha outros dados, tais como o sexo do recém-nascido, sua classificação conforme idade gestacional, solução/fármaco infiltrado/extravasado, tipo de solução infiltrada/extravasada, tempo do início da lesão, característica da lesão e medidas instituídas. Estas fotografias foram discutidas pela equipe executora do projeto de extensão, visando identificar as características das lesões. As características clínicas dos recém-nascidos e natureza das drogas utilizadas no acesso vascular periférico que apresentou a complicação foram extraídas do prontuário dos mesmos. RESULTADOS: Dos 10 casos de infiltrações/extravasamentos, 60% (06) ocorreram em recém-nascidos do sexo masculino, 70% (07) em prematuros, 60% (06) foram decorrentes de substâncias/drogas vesicantes (aminas vasoativas, solução de Cloreto de Potássio a 19,1% e gluconato de cálcio) e 40% de antibióticos. 60% (06) das lesões características do extravasamento ocorreram dois dias após a infiltração do fármaco ou solução, 60% (06) apresentaram isquemia/necrose como características principais e 100% (12) dos recém-nascidos receberam como cuidado inicial apenas a retirada do acesso venoso periférico. CONSIDERAÇÕES: É necessário o monitoramento diário dos acessos venosos periféricos em recém-nascidos hospitalizados, visando a detecção precoce de complicações locais relacionadas terapia intravenosa, bem como a educação permanente dos trabalhadores de enfermagem e a implementação de procedimentos operacionais padrões para a prevenção e tratamento de infiltraçãoes/extravasamentos em unidades de neonatais, fundamentados em evidência do conhecimento atuais e adequados à realidade local. Além disso, sugere-se a realização de pesquisas científicas relacionadas ao tema. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Os dados encontrados poderão auxiliar os trabalhadores da Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal na avaliação de sua prática clínica, no sentido de aprimoramento científico e sistematização da avaliação diária do sítio de inserção de acessos venosos periféricos. Ainda, poderá contribuir com a discussão da necessidade de utilização de ferramentas clínicas, tais como as escalas para avaliação de complicações locais da terapia infusional e algoritmos que possam guiar a escolha do melhor acesso venoso para a infusão de fármacos e soluções, conforme potencial hidrogeniônico e oslmolaridade, vislumbrando um cuidado centrado na segurança do paciente neonatal. DESCRITORES: Enfermagem Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Prematuros. Infusões intravenosas. REFERÊNCIAS Centers for Fisease Control and Prevention. Guidelines for the prevention of vascular catheter-related indfeccioon. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2002; 51(10): 1-36. Harada MJCS, Rêgo RC. Complicações locais da tersapia intravenosa. In: Harada MJCS, Pedreira MLG. Terapia intravenosa e infusões. SP: Yendis Editora; 2011. Infusion Nurses Society (Brasil). Diretrizes Práticas para Terapia Infusional. São Paulo: Infusion Nurses Society, Brasil; 2013. Avelar AFM Ultrassonografia vascular na utilização de cateteres intravenosos periféricos em crianças: estudo clínico, randômico e controlado. Tese [Doutorado em Ciências]. São Paulo(SP): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; 2009.

13849

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MAGDA DOS SANTOS REIS MACHADO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UTI NEONATAL RELACIONADOS ÀS COMPLICAÇÕES DE PARTO NORMAL E CESÁREO

Machado, MSRM; Barbosa, DJSB; Felipe, ICVF;

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UTI NEONATAL RELACIONADOS ÀS COMPLICAÇÕES DO PARTO NORMAL E CESÁREO Magda dos Santos Reis Machado Deise José da Silva Barbosa Ingryd Cunha Ventura Felipe Objeto de estudo: o cuidado de enfermagem na UTI Neonatal relacionado com as complicações dos partos normais e cesáreos. O cuidado de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal é extremamente especializado junto aos recém-nascidos (RN) prematuros e gravemente acometidos por diversas patologias, exigindo cuidados específicos e particulares. Grande parte das enfermidades agravantes neste setor tem como consequência a Síndrome do Desconforto Respiratório relacionada às complicações dos partos normais e cesáreos, sendo a incidência maior entre os recém - nascidos (RN) prematuros com 32 semanas de gestação e peso de 1.500g ou em prematuros < 35 semanas de gestação1. Os Objetivos do estudo são: 1) Identificar as características e complicações recorrentes em RN na UTI neonatal; 2) Avaliar as complicações dos recém-nascidos (RN) de acordo com os tipos de partos sejam normais ou cesáreos. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo. O campo da investigação foi unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) no Município de Duque de Caxias. Os materiais investigados constituíram-se em prontuários de RN internados na UTI Neonatal do referido hospital com dados coletados através de formulário pré-definido. O trabalho foi autorizado pelo CEP da Unigranrio sob nº CAEE 14602713.7.0000.5283. Foram analisados 378 prontuários de RN em partos ocorridos em 2012 no Centro Obstétrico. Dos resultados, apresentam-se quanto ao sexo dos RN, 44,7% do sexo feminino e 55,3% do masculino. De acordo com o Ministério da Saúde2, o sexo masculino tem maior frequência de internações em UTI neonatal, bem como complicações pós-parto. A maior frequência de peso dos RNs foi de < 1500 gramas (26,4%), caracterizando o baixo peso ao nascer, além de prematuridade. Outra frequência importante varia entre 1500g a 2199g (30,4%) e ainda aqueles que apresentam mais que 2800g (25,5%). A incidência de prematuridade é maior em recém-nascido com peso menor de 1500 gramas1. Quanto à idade gestacional, identificou-se 19,84% com 34 semanas, casos de RN prematuro extremo que apresentaram 28 ou 29 semanas (7,41%) e ainda altas frequências de idades gestacionais com 30 e 32 semanas (14,29% e 10,58%, respectivamente). Quando a idade gestacional for de 30 semanas ou menos há imaturidade global em todos os tecidos e órgãos. Consequentemente o risco de adaptação a vida extra-uterina aumenta a prematuridade3. Encontra-se uma relação não apenas com a idade gestacional, mas também com o baixo peso que acentua a morbimortalidade estando diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios 4. Na amostra, a frequência do Índice de Apgar no 1º minuto, gira entre 8 e 9 pontos com 35,18%. Enquanto no 5º minuto foi de 9 pontos com 28,83%. Estudos têm mostrado valores baixos para os tempos de 1º minuto e 5º minuto com RNs apresentando alterações ao nascimento4. Em relação aos tipos de partos realizados no Centro Obstétrico (CO) do HEAPN foi identificado que 63,80% foram parto normal e 36,20% de parto cesáreo. O parto normal é considerado mais seguro que a cesariana, pois oferece menos riscos de infecção, hemorragia e prematuridade do recém-nascido (RN) e benefícios maternos. Já a cesárea, por se tratar de um procedimento cirúrgico, é indicado que não ultrapassem 15%, sendo referência aos partos de risco5. As complicações identificadas tornam-se relevantes para a abordagem e atuação do enfermeiro no controle e recuperação da saúde destes indivíduos, encontrando-se a Prematuridade e a Síndrome do Desconforto

Respiratório (SDR) ou sua associação apresentando 64,79% das complicações. A Síndrome SDR é caracterizada pela deficiência do surfactante, levando ao colapso dos alvéolos (atelectasia pulmonar) de forma progressiva, ocorrendo um aumento no aporte de oxigênio e um estresse respiratório. Isso ocorre nos recém-nascidos por conta dos pulmões ainda estarem tanto anatômica e fisiologicamente imaturos1. Outras patologias pesquisadas que tiveram grandes percentuais foram a prematuridade ao extremo e a SDR isolada (15,34%). O tratamento recomendado para a SDR tem como objetivo reduzir a hipoxemia, ou seja, diminuir o trabalho de esforço respiratório através da ventilação mecânica e o fundamental é administração de surfactante, e também o aporte nutricional para promover a mesma taxa de crescimento intra-uterino para o RN, justificando o longo tempo de internação que foi apresentado 1.Entre todas as complicações apresentadas, pode-se notar a icterícia sendo identificada em 1,06% dos casos. Apesar da baixa incidência, é uma das doenças que tem como indicação imediata a transferência do RN na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Essa patologia ocorre devido ao aumento de bilirrubina no sangue que pode ser decorrente da incompatibilidade de Rh da mãe com o filho, entre outros fatores2. Além disso, o tempo de internação exerce uma influência no desenvolvimento do RN no ambiente hospitalar, principalmente pelos grandes estímulos que o RN é submetido como excesso de manuseio, intervenções dolorosas e interrupções do sono. De todos os prontuários analisados e observados, obteve-se uma média de 30 dias de permanência dos RNs na UTIN pesquisada, podendo exerce uma influência no desenvolvimento do RN no ambiente hospitalar. Com base nas literaturas estudadas, em relação ao parto normal observa-se que as principais complicações são Prematuridade associada à SDR e a SDR por si, que foram superiores ou até mesmo predominante nesse estudo do que o parto cesáreo. No entanto, a probabilidade de um RN apresentar a SDR quando correlacionada ao parto cesáreo é muito mais frequente. Mas isso não desqualifica a importância e o incentivo que é passado às gestantes ao realizar o parto normal em virtude dos benefícios que é proporcionado tanto as gestantes quanto os RNs. E que as cesáreas devem ser realizadas após uma análise quanto ao estado do RN ou em risco materno. A realização de um adequado pré-natal logo no início da gravidez viabiliza a detecção de possíveis intercorrência. Por fim, esse estudo direciona a necessidade de investir e incentivar pesquisas e ações diretas para adequada assistência as gestantes. Ações essas que podem ser um cuidado interdisciplinar, principalmente para os prematuros, visando um menor estresse, menos perda de peso e interferências no seu tratamento pela organização do cuidado. Assim, o número de complicações graves e recorrentes desenvolvidas pelos RNs será minimizado. Descritores: Cuidados intensivos Neonatais. Assistência de enfermagem Neonatal. Enfermagem Neonatal.

Referências: 1 Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal - Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. 2 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. Guias de profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. V.3. 3 Falcão MC, Buzzini R. Terapia Nutricional no Prematuro Extremo - Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2011. 4. Salge AKM et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. Rev Eletr Enferm 2009; 11(3): 642-6. 5 Brasil. Ministério da Saúde. Maternidade. Tipos de Parto. 2010. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto/os-tipos-de-parto. Acesso em: 27/05/2013.

14183

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCELE PENTEADO DE OLIVEIRA

INTERCORRÊNCIAS NEONATAIS CAUSADAS PELO DIABETES MELITTUS GESTACIONAL E O PAPEL DO ENFERMEIRO NESTE CONTEXTO

Oliveira, MPO; Kettermann, KOK; Barcelos, LMB; Bittencourt, MOB; Aita, BAA; Diaz, CMGD;

INTRODUÇÃO: O diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Sua fisiopatologia é explicada pela elevação de hormônios contra-reguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). O principal hormônio relacionado com a resistência à insulina durante a gravidez é o hormônio lactogênico placentário, contudo, sabe-se hoje que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos[1]. Estas alterações metabólicas predispõem a morbimortalidade perinatal, tais como abortamento espontâneo, malformações congênitas, óbito fetal, macrossomia, prematuridade, distúrbios metabólicos e respiratórios do neonato. Frente à relevância do DMG, tendo em vista os malefícios que essa enfermidade acarreta a mãe e a criança no período intra-útero, bem como no extra-útero, surgiu o interesse em aprofundar o conhecimento sobre esta patologia. Sabe-se que é possível controlar ou até mesmo evitar o DMG, com medidas preventivas simples e acessíveis, no qual a enfermagem juntamente dos demais profissionais da saúde, podem traçar um plano de cuidado à gestante de risco. OBJETIVO: Conhecer e discutir sobre as intercorrências neonatais causadas pelo Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e o papel do enfermeiro neste contexto. METODOLOGIA: Pesquisa descritiva bibliográfica, realizada nos meses de março a julho de 2013, no decorrer da disciplina de Enfermagem em Saúde Materna e Infanto-Juvenil, do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Foram utilizados artigos completos, disponíveis em suporte eletrônico, no idioma português, utilizando as palavras-chave diabetes gestacional e recém-nascido. Foram localizados 69 artigos e selecionados 12 artigos. A busca ocorreu na base de dados online LILACS ao mesmo tempo em que foram efetivadas buscas em sites científicos e também em livros bibliográficos que discutem a temática em questão. Após, foi realizada a análise reflexiva dos resultados e sua relação com o processo de trabalho do enfermeiro. RESULTADOS: Nos dias atuais pode-se perceber uma piora na qualidade de vida de milhares de indivíduos. Por meio de estudos científicos, evidenciou-se que, dietas inadequadas, seguida por maus hábitos alimentares e falta de exercícios físicos, relacionados ou não a predisposição ou propensão genética, são fatores agravantes na saúde de um indivíduo, estes aumentam os níveis de colesterol, glicose, triglicerídeos, causando grandes malefícios à saúde, como a diabetes. Entende-se que a gravidez é um processo delicado, onde ocorrem diversas alterações fisiológicas, psicológicas e físicas, além de ser uma situação extremamente complexa tanto para a figura materna como para a fetal, que quando associado a uma patologia torna-se ainda maior o grau de complexidade do caso. O comprometimento fetal decorrente do DMG provém primordialmente da hiperglicemia materna, que por difusão facilitada chega ao feto. A hiperglicemia fetal, por sua vez, estimula a produção exagerada de insulina, podendo desencadear macrossomia, fetos grandes para a idade gestacional, aumento das taxas de partos cesarianos, traumas de canal de parto e distócia de ombro, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia e óbito fetal intra-uterino[2]. A diabete materna pode acarretar uma série de intercorrências fetais, como: maior frequência de aborto decorrente de alterações circulatórias e bioquímicas do endométrio; supercrescimento fetal ? considerando-se o peso ao nascimento de 4.000g ou mais, a incidência está entre 15 a 25% no RN de mãe diabética, enquanto que o RN de mãe não diabética é de mais ou menos 3%; a ocorrência de malformações congênitas do sistema

nervoso central, do aparelho urinário, cardiovascular e do esqueleto; maior morbidade neonatal com intercorrências graves como: hipoglicemia, icterícias, doença da membrana hialina, policitemia, e hipocalcemia; e a natimortalidade aumentada[3]. Neste contexto, o cuidado de enfermagem é de suma importância, envolvendo atividades de educação em saúde, entre as quais inclui-se a assistência pré-natal. O acompanhamento gestacional, com consultas periódicas e continuas, favorece a realização de exames físicos completos, anamnese da paciente, sistematização da assistência de enfermagem (SAE), educação em saúde, diagnóstico de enfermagem, entre outros fatores de relevância, com a finalidade de prevenir possíveis alterações e enfermidades ao longo da gestação, proporcionando à figura materna e fetal um cuidado humanizado e integral. Sendo assim, cabe ressaltar sobre a importância do pré-natal no acompanhamento do processo gravídico-puerperal, que tem a função de prevenir qualquer disfunção fisiológica que possa acometer a gestante, o que é fundamental para um bom desenvolvimento fetal. A presença da enfermagem oportuniza espaços para o acolhimento da gestante, o esclarecimento de dúvidas, durante as orientações que abrangem o controle da dieta e atividade física regular. CONCLUSÃO: Por meio do presente estudo foi possível evidenciar as intercorrências fetais e maternas causadas pelo DMG, no qual a enfermagem pode interferir evitando alguns danos irreversíveis a saúde de ambas as partes. Foi possível compreender, a importância do profissional enfermeiro no processo antecedente e posterior ao parto, priorizando o cuidado humanizado e íntegro às gestantes, com um olhar ampliado e proativo, compreendendo a realidade de vida que cada gestante está inserida, o que reflete de forma positiva e direta no feto. Neste contexto, o plano de cuidado pode ser eficaz e de qualidade, priorizando o bem estar fetal e materno, além de proporcionar a criação do vínculo entre paciente/profissional. Sabe-se também que estes aspectos assistenciais não são competência exclusiva de uma única categoria profissional, tornando-se imprescindível a participação de toda a equipe multiprofissional, como um dos componentes das ações básicas de saúde. CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM: Sabe-se que a enfermagem é uma ciência ampla e abrangente, que visa o cuidado integral e preconiza um atendimento digno a sociedade em geral. Para promover a melhoria da qualidade assistencial é necessário um conjunto de ações de promoção, prevenção e proteção considerando os aspectos epidemiológicos, sociais, econômicos, culturais, ecológicos, emocionais. Portanto, o papel do enfermeiro vai além do físico, o que reflete sua importância em qualquer setor da saúde, pois este age com uma visão global da sociedade, por meio do conhecimento desde a sua formação acadêmica. Consideramos esse estudo de grande valia para a enfermagem, já que pouco se discute sobre a temática em questão. Acreditamos que estudos com fundamentos e embasamentos científicos só tendem a acrescer no desenvolvimento profissional individual e no coletivo. DESCRITORES: Diabetes Gestacional, Cuidado de Enfermagem, Recém-nascido. REFERÊNCIAS: 1- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Rev.Assoc. Med. Chem. Bras. [online]. 2008, vol.54, n.6, pp 477-480. ISSN 0104-4230. 2- Maganha CA, Vanni DGBS, Bernardini MA, ZugaibM. Tratamento do diabetes melito gestacional. Revistada Associação Médica Brasileira 2003;49(3):330-4. 3- Laser LFL. Malformação congênita em recém-nascidos de mãe diabética. Rev AMRIGS 1986; 30(3): 175-8.

14218

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCELE PENTEADO DE OLIVEIRA

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Oliveira, MPO; Brill, NGLB; Salla, ISS; Seixas, LMS; Conrado, AC; Diaz, CMGD;

INTRODUÇÃO: As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são um dos principais problemas de saúde pública em todo mundo. As DST atingem todas as faixas etárias, independendo de condições socioeconômicas e da raça do indivíduo, as quais possuem tratamento, disponíveis e gratuitos na rede pública de saúde. Entre as DSTs, o índice de casos de pessoas com sífilis/sífilis congênita, vem crescendo de forma significativa ao longo dos anos. Inúmeras evidências indicam que o acompanhamento pré-natal adequado é um importante fator de diminuição da incidência de agravos, como baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções congênitas e óbito perinatal. Para que tais desfechos sejam evitados é necessário que a assistência oferecida cumpra requisitos, como o número mínimo de consultas e o início do acompanhamento até no máximo vinte semanas de gestação. Constata-se que, embora seja imprescindível garantir a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal e a precocidade destas são importantes, a qualidade de seu conteúdo, bem como as ações a serem executadas entre as consultas e o rastreamento de infecções de transmissão vertical[1]. A qualidade da assistência à gestação e parto é um importante determinante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e o controle da doença tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros[2]. A sífilis na gestação ainda é observada em parcela significativa de mulheres, o que favorece diretamente a ocorrência de sífilis congênita. Como evento sentinela, significa que a manutenção da ocorrência, juntamente com a falta de controle, indicam falhas no programa de DST (controle de sífilis adquirida) e também no seguimento pré-natal (aumento do número de casos de SC)[3]. Frente a relevância do tema, bem como a possibilidade de prevenção e intervenção para evitar complicações e sequelas, sentiu-se a necessidade de realizar este estudo. OBJETIVO: Compreender, discutir e refletir sobre a importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. METODOLOGIA: Pesquisa descritiva bibliográfica, realizada nos meses de março a julho de 2013, no decorrer da disciplina de Enfermagem em Saúde Materna e Infanto-Juvenil, do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Foram utilizados artigos completos, disponíveis em suporte eletrônico, no idioma português, utilizando as palavras-chave: pré-natal; sífilis congênita; cuidados de enfermagem. Foram localizados 56 artigos e selecionados 8 artigos. A busca ocorreu na base de dados online LILACS ao mesmo tempo em que foram efetivadas buscas em sites científicos e também em livros bibliográficos que discutem a temática em questão. Após, foi realizada a análise reflexiva dos resultados e sua relação com o processo de trabalho do enfermeiro no pré-natal. RESULTADOS: Sabe-se que a Sífilis Congênita (SC) é transmitida pela gestante portadora do Treponema pallidum por via transplacentária ao feto. Uma assistência pré-natal deficiente leva à ocorrência de falhas no tratamento de gestantes com sífilis, podendo resultar em um aumento no número de casos da sífilis congênita. Portanto, cabe-se ressaltar a importância do pré-natal na assistência às gestantes, visando a prevenção de possíveis enfermidades que possam ser acometidas ao feto, como nos casos de Sífilis Congênita. A assistência a essa população deve ter como principal objetivo evitar o comprometimento do feto e do recém-nascido e, conforme recomenda a Política Nacional de Atenção a Saúde Integral da Mulher, todas as mulheres devem ser assistidas de forma integral e adequada às suas necessidades4. Os exames rotineiros, como o VDRL, exame capaz de diagnosticar a presença do T. pallidum hematogênico, que com resultado positivo, a gestante seja portadora de tal doença, é essencial iniciar o tratamento imediatamente, para que o feto não sofra alterações metabólicas e fisiológicas intra-útero. A maioria das mulheres

infectadas é identificada durante a gestação ou no momento do parto. No entanto, observa-se que entre 38% e 48% delas ainda chegam às maternidades sem resultados de sorologias importantes como, sífilis, toxoplasmose e HIV do pré-natal, necessitando assim de testes rápidos no momento do parto, que podem impedir que as ações preventivas da transmissão vertical sejam realizadas5. O papel do profissional enfermeiro é imprescindível no processo que antecede o parto, pois está inserido nas consultas de pré-natal, favorecendo o diagnóstico e o tratamento por meio da anamnese, exame clínico e laboratorial, contemplando atividades educativas de orientação e prevenção. CONCLUSÃO: Conclui-se que os índices elevados de sífilis congênita, denotam a necessidade de avaliar a qualidade da assistência prestada. Durante o pré-natal o rastreamento deve ser rigoroso, bem como a seriedade no tratamento, não somente da gestante, mas do seu parceiro para evitar a transmissão para o feto. No momento do parto, nas maternidades, o controle e a avaliação criteriosa poderão evitar futuras complicações. Os profissionais de saúde devem trabalhar em equipe, para melhorar o perfil epidemiológico desta patologia. Deve-se também, promover à saúde através da educação populacional, por meio de campanhas de conscientização que visem expor aos indivíduos os riscos de DST, bem como da sífilis congênita. CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM: Sabe-se que a enfermagem é uma ciência ampla e abrangente, que visa o cuidado integral e preconiza um atendimento digno a sociedade em geral. Para promover a melhoria da qualidade assistencial é necessário um conjunto de ações de promoção, prevenção e proteção considerando os aspectos epidemiológicos, sociais, econômicos, culturais, ecológicos, emocionais. Portanto, o papel do enfermeiro vai além do físico, o que reflete sua importância em qualquer setor da saúde, pois este age com uma visão global da sociedade, por meio do conhecimento desde a sua formação acadêmica. Consideramos esse estudo de grande valia para a enfermagem, já que pouco se discute sobre a temática em questão. Acreditamos que estudos com fundamentos e embasamentos científicos só tendem a acrescer no desenvolvimento profissional individual e no coletivo. DESCRITORES: Sífilis congênita, pré-natal, cuidados de enfermagem. REFERÊNCIAS: 1- Lima, B G C et al. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. Revista Epidemiologia e Serviços de saúde, 2008, 17(2):123-153. 2- Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Brasil: um agravo sem controle. Cad Saúde Pública, 2010, 26:1747-56. 3- Milanez, H; Amaral, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2008; 30(7):325-7. 4- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: políticas e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 82p. 2004. 5- R M C et.al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil de Recife. 2006; 6(3):329-334.

14513

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCIA HELENA MACHADO NASCIMENTO

CARTILHA PARA MEDIAR O CUIDAR-EDUCANDO NO ACOLHIMENTO DE ?FAMILIARES CANGURUS? EM UTI NEONATAL: TRAVESSIAS ENTRE TEXTOS E IMAGENS

Nascimento, MHM; Teixeira, E; Oliveira, VLG;

RESUMO: O estudo tem como foco uma cartilha para mediar o acolhimento de familiares de recém-nascidos em unidade neonatal abordando os cuidados neonatal e cuidados centrados na família na concepção do método canguru1. O objetivo é relatar o processo de elaboração e validação da cartilha segundo a experiência da autora. Trata-se de um relato de experiência das travessias entre textos e imagens na elaboração de uma cartilha. A produção dos dados ocorreu a partir do dos momentos percorridos no processo de validação da cartilha e os resultados foram: a importância de evidências científicas; definição do objetivo da tecnologia e finalidades (para quê?); seleção do público-alvo ao qual se destina a tecnologia (para quem?); escolha do tipo do material que se quer construir (guia, folder, folheto, manual), tipo de papel; definição dos temas, das Ilustrações e linguagem; planejamento das ações; elaboração de uma versão preliminar, definição dos grupos de peritos para julgar o conteúdo do material (validação de conteúdo); elaboração de um projeto de pesquisa e a aprovação do processo de validação do Comitê de Ética e Pesquisa. Conclui-se que há necessidade de submeter quaisquer tecnologias produzidas ao método de validação seguindo seu rigor científico2, para que seja reconhecida a comunicação, formações/informação, antes de ser utilizada como instrumento mediador do processo de educação em saúde. Descritores: Estudo de validação, Enfermagem neonatal, Tecnologia educacional 1.Nascimento MHM. Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de "familiares cangurus" em unidade neonatal: Estudo de Validação. 2012. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2012. 2. Teixeira E, Saboia VM. Educação em saúde: tecnologias educacionais em foco. 1. Ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2011. 101p

14497

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MÁRCIA KOJA BREIGEIRON

GANHO PONDERAL NA GESTAÇÃO E PESO AO NASCER

Santos, KCR; Muraro, LO; Witkowski, MC; Breigeiron, MK;

Introdução: a prevalência de sobrepeso e obesidade tornou-se um grande problema de saúde pública. O estado nutricional inadequado está associado a repercussões desfavoráveis na saúde da população. Neste sentido, estudos prévios têm demonstrado a existência de uma associação significativa direta entre o ganho de peso durante a gestação e o estado nutricional de crianças1. O ganho de peso durante a gestação está associado a fatores fisiológicos e, ainda, pode sofrer a influência de fatores nutricionais, sociodemográficos, obstétricos e comportamentais2. Apesar de necessário, quando em excesso ou insuficiente, o ganho de peso gestacional pode levar a consequências negativas na saúde da mulher e da criança. O peso ao nascer, por sua vez, consiste no resultado do crescimento intrauterino e representa um marcador da tendência nutricional. Sendo assim, o inadequado ganho de peso durante a gestação pode influenciar no crescimento fetal, ocasionando alterações no estado nutricional do neonato1. Além disso, o peso e a saúde do neonato são considerados fatores determinantes para o crescimento e desenvolvimento durante os primeiros anos de vida3. Objetivo: classificar as puérperas quanto ao ganho de peso gestacional, bem como descrever seus aspectos demográficos e socioeconômicos, e categorizar os neonatos conforme o estado nutricional de nascimento. Metodologia: trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo e análise descritiva, realizado na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) de um Hospital Universitário (HU) localizado no município de Porto Alegre/RS. A amostra foi constituída de 24 puérperas internadas na UIO, que fizeram suas consultas de pré-natal em uma determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) do mesmo município, e seus filhos nascidos no Centro Obstétrico do referido HU. O período de coleta de dados foi de dezembro de 2012 a maio de 2013. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão da mulher: ter idade maior ou igual a 18 anos; estar cadastrada na UBS e ser referenciada ao HU; e ter iniciado o acompanhamento obstétrico na UBS pelo menos no segundo trimestre de gestação. Para critérios de exclusão: ter diagnóstico de comorbidades (diabetes mellitus prévio ou gestacional, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, doenças respiratórias crônicas e HIV positivo); e ter gestação de alto risco. O critério de inclusão da criança foi nascimento a termo. Os critérios de exclusão da criança foram: Apgar inferior a sete no quinto minuto de vida, diagnóstico de morbidades congênitas e malformações maiores. Os dados relacionados aos aspectos demográficos e socioeconômicos foram coletados por meio de entrevista. As medidas antropométricas da mulher e do neonato foram coletadas do prontuário na instituição hospitalar. Quanto ao ganho de peso gestacional, as mulheres foram classificadas segundo o Institute of Medicine of the National Academies (IOM-EUA)4. Os neonatos foram classificados com base nos gráficos de Margotto5. Os dados foram registrados no banco de dados, utilizando-se o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18.0. A análise dos dados ocorreu por estatística descritiva. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição responsável, sob o número 75433. Resultados: a média da idade das puérperas foi de 26,5 (DP= 5,4) anos. A raça branca foi a mais prevalente (79,2%; n=19). Quanto à situação conjugal, 91,7% (n=22) das participantes eram casadas ou viviam com o companheiro. Do total da amostra: 58,3% (n=14) das puérperas eram multíparas; 75% tinham escolaridade entre ensino médio e superior; 54,2% (n=13) apresentavam emprego fixo e 25,0% (n=6) eram estudantes. Quanto à renda domiciliar mensal per capita, 37,5% (n=9) das puérperas estiveram na faixa salarial entre um e dois salários mínimos, seguido por 33,3% (n=8) entre meio e um salário mínimo, 25,0% (n=6) até meio salário mínimo e 4,2% (n=1) acima de cinco salários mínimos. No que se refere aos hábitos de vida: 70,8% (n=17) das

puérperas referiram não ter praticado atividade física regular no período gestacional; 16,7% (n=4) fizeram uso de tabaco durante a gestação; o uso ocasional de bebida alcoólica foi referido por 8,3% (n=2) das puérperas; para o uso de drogas ilícitas, a resposta foi positiva em 12,5% (n=3) da amostra. Os dados mostraram que, no geral, a média de ganho ponderal total durante o período gestacional foi de 14,3 (DP=5,0) kg, variando entre 3,0 Kg (mínimo) e 24,6 kg (máximo). Foi observado que 62,5% (n=15) das puérperas (enquanto gestantes) apresentaram ganho ponderal excessivo, 25,0% ganho adequado (n=6) e 12,5% (n=3) ganho insuficiente. Em relação aos recém-nascidos, 54,2% (n=13) eram do sexo feminino. A média do peso de nascimento dos neonatos foi de 3.412,1 (DP=549,8) gramas. Classificando-se os neonatos quanto ao peso de nascimento em relação à idade gestacional, 79,2% (n=19) eram adequados para a idade gestacional (AIG), 8,3% (n=2) pequenos para a idade gestacional (PIG), 12,5% (n=3) grandes para a idade gestacional (GIG). Conclusão: no presente estudo, contatou-se que grande parte das puérperas apresentou algum desvio nutricional pré-gestacional ou ganho de peso inadequado durante a gestação. Os neonatos, por sua vez, foram caracterizados como adequados para a idade gestacional, em sua maioria. No entanto, ao analisar os casos de neonatos GIG, observou-se que as gestantes obtiveram ganho de peso excessivo durante a gestação ou apresentaram sobrepeso (considerando a medida na admissão hospitalar). Além disso, um caso de desnutrição e uso de drogas ilícitas no período gestacional resultou em neonato PIG, corroborando com a literatura consultada. Sendo assim, torna-se relevante compreender os fatores envolvidos neste desfecho, possibilitando o planejamento de estratégias preventivas e terapêuticas por meio da assistência qualificada à gestante. Contribuições para a Enfermagem: os achados sugerem que o enfermeiro e demais profissionais de saúde devem estar atentos tanto aos desvios nutricionais no período pré-gestacional quanto ao ganho de peso inadequado durante a gestação, com o intuito de evitar possíveis agravos à saúde materna e fetal. Referências: 1. Deierlein AL, Siega-Riz AM, Adair LS, Herring AH. Effects of prepregnancy body mass index and gestational weight gain on infant anthropometric outcomes. J. Pediatr. 2011;158(2):221-6. 2. Drehmer M, Camey S, Schmidt ML, Olinto MT, Giacomello A, Buss C, et al. Socieconomic, demographic and nutritional factors associated with maternal weight gain in general practices in Southern Brazil. Cad Saúde Pública. Rio Janeiro, 2010 may;26(5):1024-34. 3. Guelinckx I, Devlieger R, Vansant G. Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition. Obesity Reviews. mar 2008;9,(2):140-50. 4. Institute of Medicine of the National Academies (IOM-EUA). Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Report Brief. may 2009 [citado em 2012 maio 17]. Disponível em: http://www.iom.edu/. 5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação materno-infantil. Manual de assistência ao recém-nascido. Brasília: 1994. Descritores: Estado nutricional. Gestação. Peso ao nascer.

14115

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCOS KOUITI SAKAMOTO KIKUTA

AS CONTRIBUIÇÕES DA MÚSICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI NEONATAL: EUFONIA ENTRE O CUIDAR E O DESENVOLVER.

Kikuta, MKSK; Calixto, LMC;

A arte do cuidar representa uma atitude de compromisso, responsabilidade e envolvimento humanístico com o ser cuidado. Na UTI neonatal não é diferente, onde os profissionais da Enfermagem são responsáveis por este tipo de cuidado. Para auxiliar no processo de recuperação e tratamento, surgiram vários métodos não farmacológicos de auxílio. Neste ensejo, o presente texto tem como objetivo analisar a produção bibliográfica da enfermagem quanto à utilização da música como recurso terapêutico na UTI neonatal, por meio de um estudo bibliográfico realizado a partir das bases de dados LILACS, BDENF e vias não sistematizadas, norteado pela seguinte questão: Quais os benefícios terapêuticos da música como recurso não farmacológico na recuperação de neonato em UTI? Como resultado da análise de várias bibliografias, identificamos benefícios significativos no processo evolutivo do quadro do neonato, onde constatamos: 1.Intervenção de baixo custo e não-invasiva; 2. Efeito positivo na diminuição do uso de analgésicos; e 3. Estímulo pacificador e/ou encorajador no ambiente da UTI. A partir destes achados, o efeito positivo da música na UTI neonatal é tido como importante aliado na recuperação do RN e associação indiscutível para uma Enfermagem mais humanizada evidenciando ainda uma minimização da tensão vivenciada por paciente e equipe durante o processo de recuperação. Descritores: Música. Recuperação. Neonato. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Hatem TP, Lira PI, Mattos SS. The therapeutic effects of music in children following cardiac surgery. J Pediatr (RioJ). 2006; 82: 186-92. Bueno M, Kimura AF, Diniz CSG. Scientific evidences for managing pain in the neonatal population. Acta Paul Enferm USP. 2009; 22(6): 828-32. Dobbro, ERL et al. O som e a cura. Revista Medicis, São Paulo, n. 3, p. 8-11, 2000. Ferreira CCM, Remedi PP, Lima RAGL. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível? Rev. Bras Enferm. 2006 set-out; 59(5): 689-93.

14435

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA ADELANE MONTEIRO DA SILVA

ANÁLISE DA COBERTURA DA TRIAGEM NEONATAL NO MUNICIPIO DE SOBRAL-CE

Menezes, RSP; Silva, MAM; Mendes, JD; Naka, AAR; Vasconcelos, MN; Chagas, MIO;

No Brasil, um grupo progressivamente maior de doenças congênitas, assintomáticas no nascimento, vem ocupando espaço no foco da atenção ao recém-nato, levando a criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), atualmente instituído em todos os estados brasileiros. Este programa vem sendo implantado por meio do Teste do pezinho e tem como um dos objetivos, a garantia de cobertura de 100% dos nascidos vivos em todo o território nacional. OBJETIVO: Analisar a cobertura da triagem neonatal no município de Sobral- CE no ano de 2012. METODOS: estudo exploratório e documental, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido no Laboratório Regional de Sobral tendo como base o banco de dados referente aos testes do pezinho realizados na rede pública de coleta em 2012. Os dados foram analisados utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2007 e apresentados em tabelas e gráficos. RESULTADOS: No ano de 2012 o município alcançou a cobertura de 78% na triagem neonatal. Identificaram-se 34 unidades de coleta, todas vinculadas à Estratégia Saúde da Família. Foram realizados 2477 testes, o que confere uma cobertura de 78,48%. Na coleta, 65% das crianças estavam com idade entre oito dias e um mês, 30% com três a sete dias, 4,5% acima de um mês e 0,5% com coleta precoce. A baixa cobertura identificada, principalmente no período ideal, possibilita diagnósticos tardios, o que inviabiliza o tratamento em tempo oportuno na prevenção de seqüelas graves ocasionadas pelas doenças triadas no programa. CONCLUSÕES: As dificuldades no alcance da cobertura ideal, sugere necessidade de melhorias para agilizar os processos na triagem neonatal, a fim de favorecer o bom desempenho do programa. Na Enfermagem essas informações trazem subsídios para melhoria da assistência, visto que são estes profissionais que vem desempenhando importante função na Triagem Neonatal. DESCRITORES: Saúde da Criança; Triagem Neonatal; Cobertura de Serviços Públicos de Saúde

14436

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA ADELANE MONTEIRO DA SILVA

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: ANÁLISE DA ASSISTENCIA Á GESTANTES DA ZONA NORTE DO CEARÁ

Martins, KMC; Silva, MAM; Sousa, AJC; Paiva, CVA; Albuquerque, IMN; Moreira, ACA;

Introdução: A sífilis é uma doença infectocontagiosa, que pode ser transmitida por via sexual e verticalmente durante a gestação. É uma doença com maiores taxas de transmissão durante a gestação, ocasionando riscos ao recém-nascido. Objetivo: Analisar a assistência prestada a gestantes diagnosticadas com sífilis, admitidas em uma maternidade da zona norte do estado do Ceará, acerca da prevenção da transmissão vertical da doença. Metodologia: Trata-se de um estudo documental, com abordagem quantitativa, realizado no ano de 2012. Participaram da pesquisa 41 mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, admitidas em uma maternidade de referência para zona norte do estado do Ceará. A coleta dos dados se deu a partir das informações coletadas no cartão da gestante. Os dados foram organizados em tabelas e analisados por meio de estatística descritiva. Todos os aspectos éticos foram respeitados. Resultados: Das 41 mulheres estudadas 99% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, do total 34% realizaram menos de seis consultas. Quanto aos exames, foi solicitado VDRL de todas as mulheres, porém somente uma das mulheres realizou controle de cura mensal. Já em relação ao tratamento da sífilis, 95% concluíram em até 30 dias antes do parto, mas apenas 31% dos parceiros destas mulheres foram tratados. Conclusão: Medidas preventivas da transmissão vertical, evitando-se a sífilis congênita em recém-nascido, como o controle de cura mensal, através do exame de VDRL, e tratamento do parceiro foram consideradas insuficientes no acompanhamento pré-natal dessas mulheres. Implicações para a Enfermagem: A enfermagem é parte integrante no sucesso da prevenção da sífilis congênita. Portanto, é necessário um maior empenho para que estes façam uso dos recursos disponíveis, a fim de prevenir riscos à saúde do recém-nascido. DESCRITORES: Sífilis; Gestantes; Recém-nascido

14557

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA CRISTINA DOS SANTOS GONÇALVES

A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES COM O USO DE BICO DE SILICONE

Gonçalves, MCS;

Amamentar é sabidamente um ato de amor, natural e aprendido, que promove a saúde integral do binômio mãe e bebê. Segundo a recomendação da OMS (Organização Mundial da Saúde) e MINISTÉRIO da SAÚDE, o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos ou mais, evidenciando se assim o menor índice de morbimortalidade infantil. Contudo, os primeiros dias após o parto são fundamentais para o sucesso da amamentação, sendo um período de intenso aprendizado para a mãe e o bebê, onde o manejo profissional tem importante papel de intervenção nas dificuldades evitando o desmame precoce. Vivenciado constantemente, esse relato de experiência é de uma maternidade pública de Ribeirão Preto, SP, onde predomina o atendimento à puérperas primigestas, adolescentes, de baixo nível sócio, cultural e econômico. Verificou se o uso com sucesso do intermediário de silicone nesse grupo descrito que apresentam mamas firmes, de difícil prega, que não sustentam a pega, na amamentação do RN em posição cavaleiro onde há melhor vedação entre a boca e a aréola. Portanto não há confronto com as normas da IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança), nem com estudos que mostram que é melhor amamentar sem qualquer tipo de intermediário. O objetivo é incentivar por maior tempo possível o aleitamento materno, mesmo que necessitando de intervir. 1.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Site: http://portal.saude.gov.br/saude/ 2.COSTA, F.M. & SANTOS, R.S. 2009.Uso do Bico Intermediário de Silicone: Indicações de uso, benefícios na manutenção do aleitamento materno para Recém-Nascidos (RN´s) de termo. Universidade Tuiuti do Paraná - UTP

14369

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA LUIZA SPECHT

APLICAÇÃO DE CUIDADOS POSTURAIS A RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Martins, RCS; Specht, ML; Barros, PG; Bãrtschi, RI;

Introdução: A cada ano, cerca de 20 milhões de bebês nascem com baixo peso em consequência de um nascimento prematuro ou retardo do crescimento intrauterino[1]. Os avanços científicos em neonatologia têm permitido a sobrevivência de recém-nascidos prematuros (RNPT), antes considerados inviáveis pela ciência. O recém-nascido prematuro é definido como aquele que nasce antes de completar 37 semanas de gestação. O RNPT é um cliente potencial à internação nas Unidades Neonatais, ambiente repleto de tecnologias e procedimentos invasivos de alta complexidade1. Diante disso, destaca-se se que aos neonatos que permanecem por um longo período internados, é de extrema importância evitar mantê-los em uma única postura por tempo prolongado. O posicionamento inadequado por um longo período associado a um quadro de hipotonia global do RNPT e a ação da gravidade contribuem para anormalidades posturais e respiratórias[2],4. Por outro lado, o posicionamento adequado propicia a flexão fisiológica normal, aumenta a orientação à linha média e promove o estado de organização[2]. O cuidado postural visa propiciar e manter o conforto do RNPT através de uma postura funcional, bem como, contribui na regulação das suas funções fisiológicas, proporcionando estabilidade e redução dos gastos energéticos[3]. Além disso, o "enrolamento" e a contenção facilitada durante a realização de procedimentos invasivos e dolorosos permitem maior organização, diminuição do estresse e da dor5. Dessa forma, considerando a importância do posicionamento para a saúde do RNPT, o presente trabalho traz a experiência de uma equipe de enfermagem na aplicação de cuidados posturais em RNPT de uma Unidade de Terapia Semi-intensiva (UTSI). Objetivos: Apresentar a experiência da aplicação de cuidados posturais à recém-nascidos prematuros de uma Unidade de Terapia Semi-intensiva de um Hospital de ensino do sul do Brasil.Metodologia: Trata-se de um relato de experiência da aplicação de cuidados posturais a recém-nascidos prematuros de uma Unidade de Terapia Semi-intensiva de um Hospital de ensino do sul do Brasil. Os profissionais envolvidos na aplicação destes cuidados foram: uma enfermeira, integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e estagiária nesta UTSI e três técnicas de enfermagem, funcionárias deste setor. Para o desenvolvimento deste cuidado foram confeccionados "ninhos" para os recém-nascidos prematuros. O método do "ninho" consiste em enrolar o lençol e o cobertor, fazendo um "U" e colocar o RNPT dentro deste "U" unido pelas pontas com fita adesiva, envolvendo-o, com o objetivo de proporcionar segurança e simular o útero materno. Além disso, os neonatos foram colocados em diferentes posturas, como por exemplo, a posição supino, prono e lateral, sob cuidados e avaliação individual e contínua. Por fim, na realização de procedimentos invasivos e dolorosos, como por exemplo, a punção venosa, a coleta de exames, entre outros, foi utilizada a contenção facilitada que consiste em colocar ambas as mãos ao redor do neonato, garantindo com isso um toque suave, mas firme, bem como o uso do "enrolamento" com auxílio de coberta. Para a análise dos resultados foi utilizado como instrumento à observação simples dos RNPT, ou seja, a olho nu. Resultados: Evidenciou-se que o cuidado postural do RNPT está diretamente relacionado à melhoria na assistência desta clientela. Acredita-se que o posicionamento adequado do RNPT é um cuidado de enfermagem que deva ser realizado como rotina nas Unidades Neonatais, pois interfere diretamente nas suas funções fisiológicas, como por exemplo, a circulação cerebral e as funções cardíaca e respiratória[1]. Medidas de conforto, como o posicionamento adequado do neonato, são importantes para o

cuidado ao desenvolvimento do RNPT, pois, promovem sua estabilidade e organização, sendo útil na conservação de energia para o seu crescimento e desenvolvimento5. Quando o feto está ainda no espaço intraútero ele mantém um sítio fechado e com barreiras definidas, mas com o decorrer da gestação e seu desenvolvimento, este espaço fica menor, obrigando-o a ficar em posição de flexão, mantendo continuamente o alinhamento da cabeça, do tronco e das extremidades na linha mediana. Ainda nos pré-termos, os sistemas musculoesquelético e neurológico ainda não estão completamente funcionais, isto faz com que haja padrões de postura e movimentos incorretos e, consequentemente, ao estresse e desconforto. Neste sentido, o método do "ninho" e o correto posicionamento dos neonatos auxiliam no desenvolvimento adequado do RNPT promovendo a sensação ao mesmo de estar no útero materno. Por fim, a contenção facilitada é um cuidado que, quando prestado, minimiza a dor e preserva o bem-estar do RNPT, pois este ato permite maior organização, diminuição do estresse e da dor durante procedimentos dolorosos. Conclusão: Após a observação dos RNPT percebeu-se que o método do "ninho" colaborou para que os recém-nascidos ficassem mais seguros, protegidos e confortáveis; proporcionou sono e repouso mais tranquilo e também aparentaram sentir-se mais calmos. Ainda observou-se que os cuidados posturais colaboraram na prevenção de lesões e deformidades na pele dos RNPT. Vale ressaltar que, durante a realização de procedimentos invasivos e dolorosos, o uso da contenção facilitada mostrou-se efetiva na minimização da dor pelos RNPT. Contribuições/Implicações para Enfermagem: A equipe de enfermagem é responsável pelo cuidado voltado ao desenvolvimento físico, psíquico e social do RNPT nas Unidades Neonatais. O processo de cuidar envolve um conjunto de ações que vão além de alimentar, trocar a fralda ou dar banho. Os profissionais devem atualizar-se e buscar conhecimento técnico científico em neonatologia, para que não sejam apenas tecnicistas, e saibam quais os benefícios que suas ações implicam na saúde do RNPT. Neste sentido, acredita-se que seja necessária uma maior ampliação da discussão sobre medidas de conforto e proteção aos neonatos, já durante os cursos de formação, técnico e graduação em enfermagem, bem como entre os profissionais que atuam na área, a fim de proporcionar uma maior qualidade de cuidado, bem como a integralidade e humanização da assistência prestada.Referências: 1 - SILVA LG, ARAÚJO RT, TEIXEIRA MA. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. Rev Elet de Enferm. 2012 14(3): 634. 2 - XAVIER SO, NASCIMENTO MAL, BADOLATI MEM, PAIVA MB, CAMARGO FCM. Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal. Rev de Enferm UERJ. 2012 20(esp2): 814-8. 3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso. Método Mãe canguru: manual técnico. 2ed., série A., normas e manuais técnicos, Brasília, 2011. 4 - MARGOTTO PR. Assistência ao Recém-nascido de Risco. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2004. 5 - PACHECO STA, SILVA AM, LION A; RODRIGUES TAF. O cuidado pelo Enfermeiro ao Recém-Nascido Prematuro frente a Punção Venosa. Rev de Enf UERJ. 2012 20(3): 306-11. Palavras chave: Prematuro - Enfermagem - Neonatologia.

14370

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA LUIZA SPECHT

A IMPORTÂNCIA DO MANEJO DA DOR NOS RECÉM-NASCIDOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jacks, CDW; Martins, RCS; Specht, ML; Gabatz, RIB; Ferreira, LS;

Introdução: A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma sensação ou experiência emocional desagradável causada por um dano tecidual real ou potencial e descrita em termos de tal dano5. Até a década de 1970, acreditava-se que o recém-nascido (RN) não sentia dor. Havia a suposição de que seu sistema nervoso central, ainda imaturo, era incapaz de realizar efetivamente a condução de estímulos dolorosos, pela falta de mielinização e ausência de memória, sendo a dor desconsiderada durante muitos anos. Atualmente, sabe-se que neonatos possuem capacidade neurológica para perceber a dor, mesmo os prematuros. As estruturas periféricas e centrais necessárias a nociocepção estão presentes e funcionais precocemente na gestação (entre o 1º e o 2º trimestre)1. A dor é um importante sinal de alerta, através dela torna-se possível à identificação de eventuais problemas ou dificuldades, visto que ela é um mecanismo de defesa inato ao organismo e que tem como objetivo principal a proteção, assim surgindo quando é lesionado algum tecido ou órgão, servindo então como parâmetro para a intervenção dos profissionais da saúde1. A dor, que é considerada o 5º sinal vital, no recém nascido é caracterizada por sua complexidade, subjetividade e multidimensionalidade, manifestando-se por meio de sinais corporais e fisiológicos2. No neonato a dor não tratada pode ocasionar aumento do gasto energético, alterações metabólicas, aumento da pressão intracraniana, instabilidade hemodinâmica3. Cabe ressaltar, que a identificação da dor no neonato é difícil, já que o mesmo não se queixa, alguns sinais podem ser observados, como a alteração dos parâmetros fisiológicos, como frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio e pressão arterial3. Sendo assim, o não reconhecimento da dor na prática clínica diária é preocupante, pois o processo doloroso repetitivo ou prolongado pode trazer além do desconforto, prejuízos no desenvolvimento e alterações no sistema nervoso central, além de prejudicar o restabelecimento do neonato3. Dessa forma, é extremamente importante a identificação da dor no recém-nascido a partir da utilização de escalas, entretanto não existe consenso, na literatura nacional, sobre qual a melhor escala a ser utilizada4. Dessa forma, cabe à equipe multiprofissional estudar e avaliar qual a melhor escala introduzindo-a no seu processo de trabalho. Destaca-se que o tratamento da dor pode ser efetuado por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, entretanto para definir um tratamento é necessário identificar e classificar a dor. Objetivos: relatar a necessidade de aprimoramento e aplicação do manejo adequado na avaliação e no conforto do alívio da dor em recém-nascidos. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência vivenciado por profissionais de enfermagem e enfermeiras residentes de uma residência multiprofissional em saúde da criança, em uma Unidade de Terapia Semi-Intensiva em um Hospital Escola da região Sul do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2013. Resultados: Foi possível observar que a dor nos recém nascidos não é avaliada por meio de escalas, mas sim através da concepção e conhecimento individual sobre a dor que cada profissional possui. Isto acaba fragilizando o cuidado, pois não existem parâmetros preestabelecidos a serem seguidos por todos os profissionais que atendem o neonato. Dessa forma, limita-se o cuidado profissional, pois cada um acaba seguindo seus próprios padrões de avaliação, o que dificulta a integralidade do cuidado. Ainda notou-se que não integram as rotinas da unidade a utilização de medidas de conforto durante procedimentos dolorosos, como por exemplo, sucção nutritiva com sacarose, amamentação, sucção não nutritiva, contato pele a pele e medidas de contenção3. Este tipo de cuidado só ocorre quando o profissional motivado por seu interesse e por meio de condições próprias obteve maior conhecimento sobre as medidas de conforto para dor. Quando são colocadas em

prática as medidas de conforto durante os procedimentos invasivos e dolorosos, é visível a redução das fácies e alterações dos parâmetros fisiológicos da dor e também a melhor recuperação após o procedimento. Ressalta-se que os profissionais não recebem nenhum tipo de atualização e incentivo sobre esses cuidados de conforto. Assim, mesmo que indiretamente o resultado é o desenvolvimento de forma mais lenta, bem como a demora na recuperação dos recém nascidos internados. Conclusão: Conclui-se que para uma avaliação e intervenção de qualidade e efetiva, seria imprescindível a implementação do uso de escalas para avaliação da dor e medidas de conforto no setor, sendo repassadas a todos os funcionários que ali exercem o cuidado, visto que os maiores beneficiados são os recém nascidos que necessitam enfrentar os procedimentos dolorosos. Neste contexto, a implementação de estratégias que qualifiquem a assistência prestada aos neonatos, como identificação, controle e manejo da dor, devem fazer parte permanentemente dos serviços, por meio da educação em serviço, oferecendo a profissionais e pacientes possibilidades de um cuidado humanizado e integral. Implicações/Contribuições para a Enfermagem: Acredita-se que como esse relato outros profissionais partilhem da mesma realidade em diversos hospitais, sendo assim, é importante a conscientização dos profissionais da saúde, os quais estão diariamente prestando cuidados a esses pacientes, a exigência por maiores condições de aprimoramento do conhecimento para que possam qualificar o atendimento. Logo, é necessária a capacitação e educação permanente de todos os profissionais que atuam na área de neonatologia a fim de padronizar e humanizar o cuidado. Referências: 1. Zanatta EAZ, Nedel MNB. Dor no Recém Nascido. Revista de Enfermagem-Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. [internet] 2005 [acesso em 2013 ago 20]; 1(1):63-73. Disponível em: http://www.revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/699/1271. 2. Falcão, Anne Caruline Mendes do Prado; Sousa, Ana Lígia da Silva; Stival, Marina Morato; Lima, Luciano Ramos. Abordagem terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos: uma breve revisão. RECOM- Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.[internet] 2012 [acesso em 2013 ago 13]; 2(1):108-123. Disponível em:http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/130/261 3. Montanholi LL, Bueno m. Humanização, cuidado desenvolvimental e assistência à família. In: Kimura AF, Bueno M, Belli MAJ. Manual de assistência em enfermagem neonatal. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009. p. 190-202. 4. Santos, Luciano Marques; Pereira, Monick Piton; Santos, Leandro Feliciano Nery; Santana, Rosana Castelo Branco. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. Rev bras enferm. [internet] 2012 [acesso em 2013 ago 13]; vol.65 no.1 Jan./Feb. Disponível em :http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100004 5 - IASP - International Association for Study of Pain. Definition of paim. 2008. Disponível em: Acesso em: 23 junho 2013.

13856

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIANA BUENO

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO BEHAVIORAL INDICATORS OF INFANT PAIN (BIIP) PARA O PORTUGUÊS (BRASIL)

Bueno, M; Castral, TC; Kimura, AF; Holstii, L;

INTRODUÇÃO Mensurar a dor neonatal é uma tarefa desafiadora, mas essencial à prática clínica. Diversos instrumentos para mensuração da dor no recém-nascido estão disponíveis na literatura, embora a maioria apresente restrições em sua aplicabilidade. O instrumento Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP) se configura como promissor na mensuração da dor neonatal, por considerar seis diferentes estados de sono-e-vigília, cinco movimentos da mímica facial e dois movimentos específicos das mãos, como indicadores de dor e estresse no pré-termo (Holsti e Grunau, 2007; Holsti et al., 2008). O escore total varia entre 0 e 9 pontos, sendo que se considera pontuação entre 0 e 2 pontos como dor mínima ou ausência de dor, 3 a 6 pontos como dor moderada e 7 a 9 pontos, dor intensa. Visto que o instrumento foi originalmente publicado e validado em língua inglesa, faz-se necessário seguir um processo único de tradução, adaptação e validação do conteúdo da tradução, com vistas a preservar a equivalência entre o instrumento original e sua versão (Beaton et al., 2007). A adaptação transcultural de instrumentos para diferentes línguas favorece a comparação de resultados de pesquisas desenvolvidas em países distintos, além de gerar economia de tempo e de recursos financeiros. Contudo, as traduções livres podem gerar imprecisão e inconsistência, resultando em prejuízo para o objeto de avaliação do instrumento, o que reforça, portanto, a necessidade de processo formal de tradução, adaptação e validação. OBEJETIVOS Adaptar transculturalmente e validar o conteúdo do BIIP para a língua portuguesa adotada no Brasil. METODOLOGIA Estudo metodológico para adaptação e validação de conteúdo de instrumento de mensuração da dor neonatal. O processo de adaptação do BIIP para o português teve início mediante a autorização dos autores da escala e da International Association for the Study of Pain® (IASP), editora do periódico Pain®, detentora dos direitos autorais do artigo no qual o instrumento foi originalmente publicado. O processo foi conduzido em cinco etapas (Beaton et al., 2007), visando assegurar a qualidade da versão da escala BIIP na língua portuguesa adotada no Brasil: (i) desenvolvimento de versões traduzidas de modo independente; (ii) síntese das versões; (iii) retrotraduções da versão síntese; (iv) análise do material por comitê de especialistas; e (v) elaboração de versão preliminar do instrumento. RESULTADOS A tradução da versão original do BIIP para a língua portuguesa foi realizada por duas enfermeiras com título acadêmico de Doutor, com experiência clínica e em pesquisa na área de neonatologia, e uma bióloga, que desconhecia o instrumento bem como os objetivos do estudo. As três profissionais têm o português como idioma materno e são fluentes na língua inglesa. As traduções ocorreram de forma independente e envolveram não somente os indicadores avaliados, mas também a descrição detalhada destes. A seguir, as três versões em português foram comparadas pelas autoras do estudo. Os termos traduzidos de forma discrepante foram discutidos e, consensualmente, uma versão síntese foi produzida. A versão síntese do instrumento em língua portuguesa foi retrotraduzida de modo independente, por dois tradutores profissionais, residentes no Brasil e com experiência em trabalhos na área da saúde. Estes profissionais não participaram do processo inicial de tradução, não conheciam o instrumento original, bem como não conheciam os objetivos do estudo. Nesta etapa, testou-se a acurácia da versão síntese. As duas versões retrotraduzidas mostraram semelhanças semânticas aos termos adotados no instrumento original, segundo a avaliação das autoras deste estudo. Finalmente, um comitê composto por três profissionais com título acadêmico de Doutor há mais de cinco anos e experientes na área de conhecimento foi convidado a avaliar as versões traduzida e original e,

assim, elaborar uma versão consolidada da escala BIIP em língua portuguesa do Brasil. Os critérios utilizados na seleção dos juízes foram: experiência clínica e/ou em pesquisa em dor no recém-nascido ou criança, experiência com o processo de tradução e validação de instrumentos e fluência na língua inglesa. A versão original do BIIP, as versões traduzidas independentemente, a versão síntese em português e também as duas versões retrotraduzidas foram enviadas ao comitê de especialistas. Nesta etapa, foram avaliadas questões de equivalência semântica (que diz respeito ao vocabulário e à gramática) e idiomática (que se refere à correta tradução de coloquialismos e expressões idiomáticas). Por se tratar de instrumento de medidas objetivas, não houve necessidade de avaliação de equivalência cultural e conceitual. Ao término da avaliação pelo comitê de especialistas, as autoras analisaram as sugestões oferecidas, incorporaram as sugestões mínimas feitas pelo comitê e propuseram a versão final do instrumento em língua portuguesa. A autora principal da versão original do BIIP analisou todo o material produzido e considerou o processo de adaptação da escala como adequado. CONCLUSÃO O instrumento 'Indicadores Comportamentais de Dor no Recém-Nascido' está traduzido e adaptado à língua portuguesa do Brasil. Os próximos passos consistem na condução de pré-teste e na validação discriminante e de critério da versão do BIIP em língua portuguesa. O pré-teste objetiva finalizar o processo de adaptação e validação e será conduzido por intermédio da aplicação do instrumento à beira do leito por profissionais de saúde. Com relação à validação do BIIP para a língua portuguesa, esta etapa é relevante, visto que embora haja uma tendência na manutenção de propriedades psicométricas em versões traduzidas de instrumentos de medidas objetivas, como o BIIP, a mensuração de tais propriedades é necessária para que todas as etapas do processo de adaptação e validação do instrumento sejam cumpridas. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM Mensurar a dor no neonato é essencial e a enfermeira, bem como equipe de enfermagem, desempenham papel fundamental nessa tarefa. O uso de métodos indiretos e de observação para avaliar a reatividade de recém-nascidos frente a estímulos dolorosos é necessário e a escolha de instrumento adequado é essencial. Instrumentos com propriedades psicométricas robustas e fácil aplicabilidade à beira do leito são essenciais, tanto para a pesquisa quanto para a prática clínica. O BIIP configura-se como instrumento válido, confiável e preciso para mensuração da dor neonatal, além de ser de simples aplicação. Mediante o processo de tradução e validação de conteúdo do BIIP, os profissionais que atuam na prática clínica neonatal terão disponível um instrumento de avaliação de dor e estresse confiável e seguro, disponível na língua portuguesa adotada no Brasil. REFERÊNCIAS Beaton DE, Bombardier C. Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the processof cross-cultural adaptationof self-report measures. Spine 2000;25(24):3186-91. Holsti L, Grunau RE. Initial validation of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP). Pain 2007; 132(3):264-72. Holsti L, Grunau RE, Oberlander TF, Osiovich H. Is it painful or not? Discriminant validity of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP) scale. Clin J Pain 2008;24(1):83-8.

14650

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARLON LENON MARINHO DA SILVA

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE AO ALEITAMENTO MATERNO: CURSOS DE ENFERMAGEM E NUTRIÇÃO

Marinhodasilva, MLMS; Borgesdelima, FBL; Golin, AG; Souzapippi, LSP; Barbosadefreitas, HMBF; Colpo, EC;

Introdução: A prática educativa em saúde, além da formação permanente de profissionais para atuar na saúde-doença, tem como eixo principal a dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade assistida pelos serviços, tomando por princípio norteador a Política Nacional de Promoção da Saúde (BUSS, 1999). As ações de saúde não implicam somente na utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico e da prescrição de cuidados, mas de processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais (PEREIRA, 2003). Atualmente "tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Desta forma, a formação acadêmica do enfermeiro e do nutricionista é de suma importância para que sejam profissionais críticos e reflexivos, que atendam as necessidades da população e percebam o seu papel social, apoiando órgãos de controle social das áreas de saúde e educação, estimulando às ações políticas voltadas prevenção e promoção a saúde. Educação e saúde interagem em espaços voltados para a qualidade de vida da população. Neste estudo destaca-se a importância da amamentação para o recém-nascido. Objetivo: Promover ações educativas em saúde para as mães que estão amamentando seu filho. Metodologia: Relato de experiência de atividade prática integralizada do projeto intitulado "Praticas educativas em saúde na comunidade, promovendo a visibilidade do enfermeiro e nutricionista, dos cursos de graduação em enfermagem e nutrição, do Centro Universitário Franciscano, no estado do Rio Grande do Sul. As atividades estão sendo desenvolvidas em diferentes cenários de atuação destes profissionais, atendendo datas comemorativas referentes à educação em saúde. Os alunos utilizaram o material de apoio do curso de Enfermagem e de Nutrição como: materiais de avaliação nutricional, materiais didáticos, informativos dos cursos sobre saúde e materiais para atividades lúdicas. As atividades foram desenvolvidas na "Semana Mundial de Amamentação" na semana de 18 a 25 de agosto de 2013. Resultados e discussão: Na semana mundial da amamentação foi organizado um concurso de fotos de mães amamentando os seus bebês. Estas fotos foram enviadas por um email do projeto e expostas em uma rede social. As dez fotos mais votadas ficaram expostas em um shopping da cidade para a comunidade. Nesta semana, além da exposição das fotos, acadêmicos e professores organizaram vários encontros com bate-papos para orientar e tirar dúvidas de mães e familiares sobre o aleitamento materno, como cuidar do seu bebê, como amamentar corretamente, sobre a importância do aleitamento materno, entre outros. Dentre as fotos expostas, a mãe que teve a foto mais votada foi contemplada com um book fotográfico. Além disso, a comunidade que participou dos bate-papos recebeu brindes doados pelas lojas do shopping. A população participou ativamente desta atividade, em especial as mães que tiveram suas fotos expostas no shopping, tendo repercussão na mídia, por meio de divulgações em jornais da cidade, televisão, rádio, revista e redes sociais. Este projeto não possui fins lucrativos e todos os presentes entregues para as mães, além do prêmio foram doados. Salienta-se que este projeto encontra-se em fase de desenvolvimento com finalidade de possibilitar aos alunos de enfermagem e nutrição envolvidos o exercício da criatividade e cidadania, visto

que as atividades em saúde tende a proporcionar situações de aprendizagens e a concretizar um conceito de educação e saúde, em que o "protagonismo" dos participantes se faça presente, justamente por se tratar de um projeto educativo. A atividades desenvolvidas se fazem necessárias por implementar uma mudança sócio-educativa-cultural destinada a garantir um desenvolvimento favorável aos participantes do projeto. Uma maneira de utilizar orientações é a educação em saúde, uma ferramenta fundamental na prevenção, tratamento e controle de agravos, proporcionando uma assistência de boa qualidade, tanto para o paciente quanto para a família, realizando orientações e estimulando o cuidar de si. O profissional da saúde deve tentar inserir-se no contexto em que vive a mulher, junto com seus familiares, para buscar compreender os anseios, as dúvidas, a cultura perpassada a ela pelas pessoas em quem confia. No momento em que ela passa a ser ouvida, cria-se um vínculo que possibilita a explanação das benesses advindas do aleitamento materno sem que ela se sinta desrespeitada, podendo assim favorecer a aceitação do aleitamento materno. Nesta ação em saúde, o que se espera é que os alunos vivenciem a prática da amamentação, compreendendo a sua importância para o crescimento e desenvolvimento da criança e realização da mãe. Conclusão: O avanço em novas práticas a saúde, busca alcançar estratégias para promover uma maior qualidade de vida nas pessoas, sendo importante para diminuir a prevalência dessas doenças, a fim de modificar a realidade que vivenciam. Faz-se necessário uma conscientização por parte dos profissionais da área da saúde, em especial dos cursos de enfermagem e nutrição, em se voltar para a produção de publicações científicas em torno deste assunto, uma preparação e capacitação, afim de oferecer uma melhoria na qualidade da assistência em saúde. Constata-se a necessidade de medidas simples, que podem representar a diferença para uma amamentação bem sucedida, envolvendo a equipe de saúde, puérperas e seus familiares. Evidencia-se que o envolvimento do profissional, quando se efetiva realmente, atende as necessidades da clientela, valorizando sua história de vida, seus anseios e dúvidas. Salienta-se a importância dos acadêmicos serem preparados para cuidar e auxiliar as pessoas, dando ênfase no cuidado e educação em saúde. Palavras chave: Cuidado de enfermagem; Nutrição; Promoção da Saúde; Aleitamento Materno. Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Multiplica SUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores. ROSSI, Silvana Solange (Org.) et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 84 p. (Série D. Reuniões e Conferências). BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999. MOREIRA T, GOMES E, SANTOS J. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Revista Gaúcha Enfermagem. 2010; Porto Alegre (RS). PEREIRA, A.L.D.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 19, n.5, p.1527-1534, set-out, 2003.

14221

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARTA ROSA DE LACERDA SANTOS

SENSAÇÕES VIVENCIADAS POR MÃES AO DESCOBRIR DIAGNÓSTICO DE GASTROSQUISE EM SEU RECÉM NASCIDO

Santos, MRL; Martins, LA; Siqueira, SMC; Oliveira, MS; Costa, LS; Camargo, CL;

Introdução.O diagnóstico de gastrosquise muda significativamente o imaginário de mães, podendo provocar nessas reações de sofrimento e angústias emocionais/psíquicas. As mães passam a conviver com a presença de um bebê real, ou seja, um ser diferente do imaginário e do imaginado.1 Objetivo.Descrever sensações vivenciadas por mãe ao descobrir o diagnóstico de gastrosquise do seu RN.Metodologia.Estudo qualitativo, realizado em um hospital público, na capital baiana, no período compreendido entre junho/2011 a outubro/2012. Os sujeitos foram 06 mães de RN que apresentou gastrosquise de grande porte e receberam alta hospitalar. Para coleta das informações utilizou a entrevista guiada por um formulário semi-estruturado e o diário de campo. Na análise das informações foi utilizado o modelo interativo sugerido por Miles e Huberman.2 Aprovação pelo CEP ocorreu sob protocolo 003.Resultados.Evidenciou-se que algumas mães descobriram o diagnóstico durante o pré-natal e outras no trabalho de parto. Em ambos os casos elas vivenciaram sensações como: medo, tristeza, sofrimento, choque, dúvida, nervosismo, desespero, fraqueza, angústia, negação, dor, insegurança e sonho não realizado. Constatou-se o desconhecimento das mães acerca do diagnóstico; e, a falta de esclarecimento e apoio por parte dos profissionais de saúde, o que as faziam buscar informações sobre a gastrosquise nos meios eletrônicos.Conclusão/Contribuições para Enfermagem.Vivenciar o diagnóstico de gastrosquise se configurou em experiência negativa para as mães. Torna-se necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados e qualificados para diagnosticar precocemente a malformação a fim de orientar mães e familiares que vivenciam essa situação. REFERÊNCIAS 1.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 2.Miles MB, Huberman M. Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craftp. Educational researcher, 1984.Descritores: Recém-nascido;Gastrosquise; Relações Mãe-Filho.

13973

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MAURINA NUNES DA SILVA

TERAPIA INFUSIONAL E INCIDÊNCIA DE REMOÇÃO NÃO ELETIVA DO CATETER EPICUTÂNEO EM NEONATOS

Silva, MNS; Kimura, AF; Costa, P;

INTRODUÇÃO: a garantia de acesso venoso seguro em neonatos é um desafio constante na rotina da equipe de enfermagem. O cateter central de inserção periférica, conhecido como PICC utilizado na população neonatal, é produzido com material biocompatível como silicone e poliuretano de uma ou duas vias, podendo conter ou não uma válvula antirrefluxo em sua extremidade distal1. O cateter epicutâneo de lúmen único é indicado para infusão endovenosa exclusiva de um tipo de solução, a exemplo da nutrição parenteral ou antibiótico. O PICC com duas vias é indicado aos neonatos com prescrição de múltiplas infusões concomitantes1. O tipo de PICC que predomina na população neonatal é o de silicone de via única com calibre de 1.9 Fr2. Nem sempre é possível adequar o tipo de cateter à terapia infusional prescrita, portanto é comum utilizar o PICC de único lúmen para a infusão de múltiplas soluções. No entanto, a terapia infusional, única ou múltipla, pode influenciar na ocorrência de complicações que levam à remoção não eletiva do cateter1. As complicações mecânicas do PICC podem incluir obstrução, extravasamento, migração da ponta, flebite, ruptura, tamponamento cardíaco e trombose. Sua incidência varia de 20,7% a 56,3%3. OBJETIVO: verificar a associação entre o tipo de terapia infusional prescrita e a incidência de remoção não eletiva em cateteres epicutâneos de lúmen único instalados em recém-nascidos. MÉTODO: estudo de coorte com coleta prospectiva de dados. Foram coletados dados de neonatos internados na UTI neonatal de hospital privado de grande porte da cidade de São Paulo. O tamanho amostral foi estimado considerando ? de 5% e poder (?) 80%. A prevalência de remoção não eletiva assumida foi de 27,3% entre cateteres epicutâneos indicados para terapia infusional com solução única e de 72,7%, para os cateteres com infusão de soluções múltiplas, razão de 3:1 (três dispositivos PICC com terapia infusional múltipla para cada cateter terapia infusional única) no teste bicaudal. Estimou-se uma amostra de 15 dispositivos PICC para o grupo com terapia infusional única e 45 PICC para o grupo com infusão de soluções múltiplas. Compuseram a coorte os neonatos com dispositivo PICC de silicone monolúmem internados no período de 31 de agosto de 2010 a 10 de fevereiro de 2011. Os dados foram extraídos dos registros do prontuário do paciente e do impresso institucional. Os critérios de elegibilidade foram: neonatos sem anomalias congênitas, nascidos na instituição campo do estudo, submetidos à inserção do CCIP de silicone 1.9 Fr e lúmen único durante o período de internação na UTIN. Foram excluídos os casos sem registros quanto ao tipo de dispositivo PICC instalado, solução endovenosa infundida na data de instalação do cateter, data e motivo de remoção do PICC e aqueles que evoluíram ao óbito ou foram transferidos durante a permanência do PICC. Adotou-se como definição de terapia infusional a solução administrada por via endovenosa. Terapia infusional única foi definida para os casos em que foram infundidas somente um tipo de solução, incluindo nutrição parenteral e terapia múltipla quando foram administradas mais de um tipo de solução endovenosa. Remoção eletiva do PICC foi definida aos cateteres removidos por término da terapêutica infusional e a remoção não eletiva quando a indicação foi motivada por complicações como: obstrução, ruptura, migração da ponta, flebite, trombose, infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter, edema, infiltração, extravasamento e tração acidental do cateter. Os dados foram armazenados em planilha Microsoft Office Excel 2010 e analisados no software Stata 11.1. As variáveis contínuas foram analisadas com estatística descritiva e as categóricas, por meio de freqüência absoluta e relativa. Para as variáveis categóricas, a existência de diferença entre os grupos com e sem terapia infusional múltipla foi determinada

pelo teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Para as variáveis contínuas utilizou-se o teste t Student. O nível de significância estatística adotado foi p ? 0,05 com intervalo de confiança 95%. O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética da instituição hospitalar, sede do estudo e obteve aprovação para a coleta dos dados (Processo n°238/2010). RESULTADOS: quanto á caracterização da amostra observou-se maior frequência de neonatos do sexo masculino, 59 (60,8%), nos cateteres com terapia infusional única e múltipla, distribuição que não apresentou diferença estatística significante, p=0,94. Os diagnósticos clínicos mais freqüentes na população estudada foram prematuridade, 87 (89,7%) inserções, desconforto respiratório, 70 (70,2%) inserções, cardiopatia 16 (16,5%) inserções, sepse 15 (15,5%) inserções (p > 0,05). Quanto às soluções endovenosas que indicaram a instalação do cateter nos neonatos, observou-se que a maioria foi para soluções infusionais única como nutrição parenteral (40%), antibióticos (20%), soro (33,3%) e fenobarbital (6,7%). Já entre os cateteres epicutâneos indicados para terapia infusional múltipla houve predominância de combinação de antibiótico com nutrição parenteral (31,7%), antibiótico e soro (29,3%), antibiótico, droga vasoativa e nutrição parenteral (8,5%), antibiótico, droga vasoativa e soro (7,3%) e outros (23,2%).A incidência de remoção não eletiva na amostra estudada foi de 35% (34 cateteres). Essa incidência não apresentou diferença significativa de acordo com o tipo de terapia infusional (p=0,56). Os resultados sugerem que o risco de remoção não eletiva, ou seja, aquela ocasionada por complicações foi quase 10% maior no grupo de cateteres epicutâneos de silicone monolúmen indicados para terapia infusional múltipla. Quanto aos motivos de remoção não eletiva, ocorreu obstrução em 9,3 %, suspeita de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter em 9,3%, ruptura externa em 8,2%, edema do membro cateterizado em 3,1%, tração acidental em 3,1% e extravasamento em 2% dos cateteres removidos por complicação. Não houve diferença significativa quanto à complicações de acordo com o tipo de terapia infusional (p=0,83). CONCLUSÃO: A incidência de remoção não eletiva não apresentou diferença significativa de acordo com o tipo de terapia infusional. As complicações que tiveram maior incidência no presente estudo são passíveis de prevenção pela assistência de enfermagem. Tais complicações reduzem o tempo de permanência do dispositivo vascular, podendo prejudicar a condição clínica do neonato em cuidados intensivos, bem como determinam a necessidade de outro acesso vascular aumentando o stress dos neonatos com novas tentativas de punção. REFERÊNCIAS: 1. Pettit J, Wyckoff MM. Peripherally inserted central catheters: guideline for practice [Internet]. 2nd ed.Glenview: National Association of Neonatal Nurses, 2007 [cited 2011 Jan 15]. Available from: http://www.nann.org/pdf/PICCGuidelines.pdf. 2. Costa P, Kimura AF, Vizzotto MPS, Castro TE, West A, Dorea E. Prevalência e motivos de remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em neonatos. Rev Gau Enf. 2012;33(3):126-33. 3. Shah PS, Shah VS. Continuous heparin infusion to prevent thrombosis and catheter occlusion in neonates with peripherally placed percutaneous central venous catheters. Cochrane Database of Syst Rev. 2009;16(2):CD002772. Descritores: Cateterismo venoso central, enfermagem, recém-nascido

14300

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MIRELLE ALESSANDRA SILVA DE MEDEIROS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) EM DTN: CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL

Medeiros, MASM; Alinejaniellydacostafernandes, AJCF; Lima, PCL; Lívio, TAL; Silveira, BLS; Lima, CML;

INTRODUÇÃO: Defeitos durante o fechamento do tubo neural produzirão uma série de malformações que dependem do momento, extensão e altura da falha. Os exemplos mais importantes de Defeitos do Tubo Neural (DTN) são anencefalia, encefalocele e espinha bífida. Encefalocele é a herniação de tecido encefálico através de falhas ósseas. É habitualmente recoberta de pele íntegra e sua severidade é determinada pelo volume de tecido nervoso extracraniano1. Mulheres que já tiveram gestações cujo feto apresentava DTN têm 2 a 3% de chances de recorrência. Mulheres com diabetes mellitus tipo 01 ou que usam drogas antiepiléticas, especialmente ácido valpróico ou carbamazepina, têm chances aumentadas para gestações afetadas, o que ocorre também quando a mulher, seu parceiro ou outros parentes próximos apresentam DTN1. A relação entre o uso peri-concepcional do ácido fólico e a redução da incidência de DTN tem sido sugerida nos últimos 30 anos. Estudos publicados na última década confirmam a eficácia do ácido fólico na prevenção de ocorrências e recorrências de um DTN. A patogenia dos DTN ainda não é bem compreendida, possivelmente a origem destas malformações é multifatorial, envolvendo fatores ambientais e genéticos. OBJETIVO: Realizar a SAE em neonato acometido por DTN do tipo encefalocele. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo vivenciado pela enfermeiras residentes de Enfermagem em Neonatologia de uma Maternidade escola referência para alto risco em Alagoas. O sujeito da pesquisa foi um neonato portador de encefalocele. A coleta de dados foi realizada através da observação, assistência direta interventiva e análise do prontuário com embasamento na pesquisa bibliográfica. RESULTADOS: Os resultados serão elencados em um primeiro momento, com o relato de caso do paciente e, em seguida, será descrito o plano de cuidados com o uso da linguagem CIPE2 para definição dos diagnósticos, intervenções e resultados para o caso em discussão. RELATO DE CASO: 03/07/2013, às 16h08min, JKSS, 27 anos, do lar, G3P2A0 (nenhum vivo, todos acometidos por DTN), IG: 38s1d; deu à luz por parto cesariano a RN de sexo masculino, apresentação pélvica, a termo, Peso: 2.210g, Altura: 47 cm, PC: 29cm, PT: 30cm, APGAR 04 e 07 no primeiro e quinto minuto, respectivamente, apresentando quadro de desconforto respiratório e encefalocele rota em região occipital. Encaminhado em pós-parto imediato para Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) para receber assistência direcionada e específica para o quadro clínico de encefalocele. Ao exame (em UCIN): Estado geral comprometido. Cabeça: crânio assimétrico, fontanela posterior ampla, encefalocele occipital rota - apresentando faces de dor ao manuseio; olhos simétricos e ao nível da implantação auricular, mucosa oral íntegra. Tórax simétrico e expansivo, AP: MVU (+), AHT, s.r.a, AC: RCR em 2T, BNF. Abdome semi-globoso, depressível, cordão umbilical com presença de duas artérias e veia única. Genitália compatível com sexo masculino, ausência de testículos, ânus perfurado. Extremidades: cianose discreta, baixa perfusão capilar, movimentos preservados. Reflexos: hipoativos. Cuidados iniciais: aquecimento por lençóis e incubadora aquecida, oxigenoterapia por CPAP Nasal, curativo oclusivo/protetor em região de encefalocele (SF a 0,9% morno, ácidos graxos essenciais (AGE) em uso cauteloso/prevenção de atrito, compressa estéril e atadura), registro de perda liquórica e inserção de SOG aberta para avaliação de resíduo gástrico. Iniciado esquema de antibioticoterapia com ampicilina e gentamicina. PLANO DE CUIDADOS: Diagnósticos: 1) Mobilidade e capacidade para o autocuidado comprometida; 2) Atual encefalocele rota em região occipital; 3) Padrão respiratório comprometido e uso de oxigenoterapia atual; 4)

Uso de SOG atual; 5) Uso de antibioticoterapia atual; 6) Dor atual e com potencial para aumento; 7) Risco para hipotermia; 8) Vínculo afetivo RN-família comprometido. Intervenções e resultados esperados: 1) Realizar banho no leito diariamente; Mudar decúbito a cada duas horas; 2) Realizar troca de curativo com técnica estéril e uso de SF a 0,9% morno, AGE (uso cauteloso), compressa estéril e atadura; Oferecer glicose a 25% oral, dois minutos antes do procedimento; Oferecer a música como medida não farmacológica para alívio da dor durante o procedimento; 3) Manter vigilância e assegurar a oferta dos parâmetros ventilatórios prescritos; Garantir o posicionamento adequado do CPAP Nasal a fim de prevenir lesões de septo nasal; Garantir aquecimento e umidificação para o oxigênio ofertado; 4) Avaliar e registrar resíduo gástrico; Realizar higiene oral diariamente e sempre que necessário; 5) Administrar antibióticos conforme terapêutica prescrita; 7) Manter RN aquecido; 8) Oferecer apoio aos pais durante as visitas ao RN; Orientar quanto à condição do RN e esclarecer dúvidas; Incentivar visitas rotineiras dos pais para (re)estabelecimento de vínculos afetivos; Incentivar o toque e a aproximação dos pais durante as visitas. CONCLUSÃO: O atendimento imediato ao RN com DTN, o manejo e a definição das intervenções clínicas e a abordagem dialógica com a família para informar sobre os achados diagnósticos encontrados e a cerca da malformação apresentada são tarefas de difícil execução, visto que o nascimento de uma criança com anomalia gera sentimento de incapacidade mediante realidade adversa vivenciada. Até o presente momento, a maioria dos estudos que abordam essa temática, preocupam-se somente com a doença e sua terapêutica, refletindo o modelo biomédico ou "curativo". A Enfermagem tem como elemento de seu estudo o cuidar do ser humano, levando em consideração o ser nele mesmo e o ser em seu entorno social. A elaboração da SAE é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional. A SAE contribui para o registro e documentação de ocorrências e procedimentos realizados, análise quantitativa e qualitativa do cuidado prestado e para o reconhecimento social do enfermeiro. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A Enfermagem em sua essência traz uma perspectiva que difere do modelo tradicional e ousa oferecer um cuidado mais reflexivo e amplo em suas intervenções. O profissional revela-se sensível aos determinantes de ordem biopsicossocial que interferem no processo de saúde-doença dos indivíduos. Nessa direção, torna-se capaz de modificar a prática de saúde tecnicista e pouco reflexiva com intervenções de amplo alcance e de resolutividade importante e considerável. Para tanto, a multiplicidade de conhecimento e versatilidade na atuação são fatores definidores para a importação dessa postura profissional inovadora. Outro fator importante que define uma boa e efetiva prática assistencial é a sistematização da assistência prestada. O estímulo para o estabelecimento da SAE através de protocolos institucionais é de grande importância por proporcionar respaldo legal e ético. O interesse em sistematizar o processo deve, sobretudo, atingir primeiramente o enfermeiro, que deve entender o porquê de assim oferecer sua assistência e importar para si esse modo diferenciado de fazer saúde, possibilitando a normatização de suas condutas e uma linguagem única e coerente entre os profissionais enfermeiros. DESCRITORES: Enfermagem neonatal; Cuidados de enfermagem; Defeitos do tubo neural. REFERÊNCIAS: (1) MARGOTTO, P. R. Assistência ao Recém-Nascido de Risco (capítulo editado). 2ª Edição, 2004. (2) CIPE versão 01: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem/Comitê Internacional de Enfermeiros; [tradução Heimar de Fátima Marin].- São Paulo: Algo Editora. 2007.

14298

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MIRELLE ALESSANDRA SILVA DE MEDEIROS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM RECÉM-NASCIDO COM ATRESIA DE ESÔFAGO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Medeiros, MASM; Lima, PCL; Fernandes, AJCF; Lívio, TAL; Souza, HPS; Silveira, BLS;

Introdução: Este estudo surgiu durante a prática de residência em Neonatologia, frente à detecção de um caso de Atresia de Esôfago (AE), admitido na Unidade Neonatal (UN) de uma Maternidade Escola do estado de Alagoas. A AE é uma malformação em que a parte proximal do esôfago termina em fundo cego. Na forma mais comum de malformação esofágica (atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica - AE com FTE), o segmento esofágico superior em fundo cego estende-se até a parte superior do tórax e o segmento esofágico inferior conecta-se à traqueia no nível da carina ou logo acima.1,2 O diagnóstico pode ser definido no pré-natal, pela não visualização do estômago fetal na ultra-sonografia e poliidrâmnio.[1],3 Em 50 a 70% dos casos, o diagnóstico pré-natal leva à pesquisa de outras malformações associadas: Cardíacas, geniturinária, gastrintestinal, neurológica, associação VACTERL (anomalias vertebral, anal, cardíaca, traqueal, renal e do membro).2 A AE pode ser inaparente no primeiro exame físico do recém-nascido (RN) quando não se introduz sonda orogástrica (SOG) e a equipe de enfermagem que alimenta o RN é a primeira a suspeitar de obstrução.1,3 Os sinais clínicos são: salivação espumosa e aerada, tosse, cianose, dispneia, distensão abdominal (ou abdome escavado nos casos sem fístula), dificuldade de passagem da SOG.2 O diagnóstico é confirmado através da radiografia contrastada (com sonda contrastada ou radiopaca).3 Após o nascimento, o tratamento cirúrgico depende da malformação. Em casos com FTE, realiza-se anastomose esofágica primária e fechamento da FTE, deixando-se dreno de Penrose ou dreno torácico caso a abordagem não tenha sido totalmente extra-pleural. Em casos sem FTE, inicialmente é feito gastrostomia e a anastomose primária é realizada em segundo tempo se a distância entre os côtos proximal e distal for menor que dois corpos vertebrais. Caso contrário, posteriormente a criança é submetida à cirurgia com transposição de cólon.[2] O cuidado pós-operatório de correção de AE com FTE envolve: evitar manuseio do RN, sedação e/ou analgesia, não mobilizar e não tentar recolocar SOG, início precoce de nutrição parenteral, iniciar dieta após peristaltismo eficiente (pela sonda trans-anastomótica), antibioticoterapia e cuidados contra o refluxo gastroesofágico.[2],3 Assim, é essencial aprimorar o conhecimento para que o enfermeiro organize a assistência para realizar um cuidado de enfermagem sistematizado e respaldado cientificamente. Através do Processo de Enfermagem, metodologia assistencial fundamentada no método científico, o enfermeiro aplica conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência, para a identificação e resolução das necessidades básicas das pessoas.4 Descrição do caso: RN de DCS, sexo feminino, admitido na UN, logo após o nascimento, com diagnóstico de Desconforto Respiratório Precoce e Risco Infeccioso. Nascida de parto cesárea, Capurro Somático= 35 semanas e 5 dias, Apgar de 8 e 9. Ao exame físico: P= 1.670g; Estatura= 44 cm; PC= 32,5 cm; PT= 27 cm. Ativa. Reativa. Corada. Hidratada. Fontanelas normotensas. Secreção salivar abundante. Tórax simétrico, presença de tiragem intercostal. ACV: RCR em 2T, BNF, FC= 100bpm. AP: MVU+ em AHT, com roncos. FR= 58 ipm. Abdome semi-globoso, distendido, RHA+. Genitália sem malformações. Eliminações fisiológicas presentes ao nascimento. MMSSII simétricos. Extremidades aquecidas, perfundidas. Conduta: Acomodado em incubadora aquecida, monitorização com oxímetro de pulso, oxigenoterapia (Hood). Solicitado avaliação da CIPE após tentativa de passagem de SOG (sonda não progrediu) e não visualização da sonda no estômago ao raio-X. Foi diagnosticada com AE com FTE, sendo instalada sonda de aspiração contínua na bolsa esofágica, dieta zero e encaminhada para cirurgia.

Retornou do Centro Cirúrgico intubada, dreno torácico em HTD posterior, SOG aberta e AVC em veia subclávia esquerda. Pós-operatório acompanhado em UTI, recebendo NPT, apresentando evolução satisfatória, início de dieta via SOG com boa aceitação. Objetivos: Descrever a assistência de enfermagem utilizando a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) para formulação de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem ao RN com AE. Metodologia: Relato de caso desenvolvido durante atividades práticas da Residência de Enfermagem em Neonatologia pela Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, na UN de uma Maternidade Escola de Alagoas, referência para alto risco. Realizou-se revisão de literatura e elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com utilização da CIPE. Teve como desenho metodológico o estudo de caso, que permite aprofundamento da unidade estudada, respeitando-se os aspectos éticos. Resultados: Uma vez realizada a coleta de dados, elaborou-se o plano de cuidados de enfermagem, sendo avaliadas as condutas e os resultados através da evolução diária do RN. Principais diagnósticos encontrados: Sistema Gastrointestinal Comprometido; Padrão alimentar comprometido; Padrão Respiratório Comprometido; Susceptibilidade à Infecção Positiva; Dor Positiva; Amamentação Comprometida. Com base nos diagnósticos, foram realizadas as seguintes intervenções: Solicitar a avaliação do cirurgião pediátrico; Instalar sonda de aspiração contínua na bolsa superior do esôfago; Manter dieta zero, no período peri-operatório até avaliação do CIPE; Avaliar resíduo gástrico; Monitorar níveis de HGT; Administrar venóclise, conforme prescrição médica; Solicitar avaliação do serviço de NPT; Realizar balanço hídrico rigoroso; Monitorar sinais de desconforto respiratório; Manter o RN em decúbito elevado (30 a 40 graus); Manter vias aéreas pérveis (aspiração do tubo orotraqueal e vias aéreas superiores); Monitorar permeabilidade do dreno torácico; Avaliar débito do dreno torácico; Trocar selo d`água diariamente; Realizar troca de curativo de ferida cirúrgica (dreno torácico) com técnica estéril a cada 48h; Realizar troca de curativo de AVC com técnica estéril, a cada 07 dias, utilizando cobertura adesiva transparente; Monitorar sinais de infecção em ferida cirúrgica e em AVC; Administrar antimicrobianos prescritos; Monitorar os SSVV; Manter o RN em incubadora aquecida; Avaliar a dor utilizando a escala NIPS durante os procedimentos; Utilizar técnica não farmacológica para o alívio da dor; Agrupar os cuidados; Estimular visita materna em horário aberto; Orientar mãe a realizar ordenha do leite materno; Estimular sucção do RN quando a dieta for liberada e o RN apresentar melhora do seu estado geral; Realizar técnicas de transição alimentar utilizando copo, quando seu estado geral permitir. Conclusão: O estudo mostrou a importância da SAE no cuidado ao RN com AE para proporcionar assistência qualificada e respaldada cientificamente e promover um cuidado individualizado e humanizado. Contribuições/implicações para a enfermagem: Este trabalho contribuiu com a construção e atualização do conhecimento em Enfermagem Neonatal dos enfermeiros residentes em neonatologia de uma Maternidade Escola de Alagoas. A realização do estudo de caso é importante ferramenta que contribui com o processo de formação e qualificação profissional, permitindo ao enfermeiro maior aproximação com o paciente e aprofundamento do tema a ser estudado. Surge também como estratégia para a formulação de um instrumento da SAE em Neonatologia, colaborando para maior credibilidade, competência e visibilidade da enfermagem. Descritores: Enfermagem neonatal; Cuidados de enfermagem; Atresia de Esôfago. Referências: 1. Avery GB, MacDonald MG, Seshia MMK, Mullett MD. Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 2. Moura JMM. Atresia de esôfago. Brasília: 2009 [acesso em 12 ago. 2013]. Disponível em: www.paulomargotto.com.br 3. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. 4. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia prático. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

14677

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MIRZA ALMEIDA SANTOS

PREMATUROS ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO E O ALEITAMENTO MATERNO.

Silva, LR; Silva, LR; Santos, MA; Paiva, MB; Medeiros, LZR;

PREMATUROS ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO E O ALEITAMENTO MATERNO. A enfermagem brasileira tem importante papel no Programa de Aleitamento Materno, incentivando as mulheres a amamentarem e, por conseguinte, a diminuição do desmame precoce e das doenças da infância (ORIÁ e XIMENES, 2010) . O desenvolvimento de recursos tecnológicos e assistenciais tem aumentado as chances de sobrevivência dos neonatos prematuros. No entanto, mesmo com toda a disponibilidade de equipamentos e de profissionais de saúde altamente qualificados, as dificuldades em relação à alimentação das crianças prematuras ainda é motivo de preocupação (SILVA e SILVA, 2009). As crenças, valores e modos de vida estão intimamente relacionados com o ato de amamentar. Apesar de todas as vantagens do aleitamento materno, a transição alimentar do prematuro internado é um processo que merece investimento em ações que contemplem as necessidades biológicas e sociais do binômio. O aleitamento materno na perspectiva de alimentação do prematuro exige relacionar todas as estruturas e aspectos da vida que envolve a mãe, filho, família, amigos e toda a sua vivência cultural e sócio econômica que participam e influenciam neste processo. Sabemos que o leite materno tem comprovado valor nutricional, confere proteção imunológica, menor risco de contaminação dado o fato de que já se encontra pronto para o consumo, fortalece o vínculo favorecendo a relação afetiva entre mãe e filho, diminui a morbidade e a mortalidade infantil e favorece o crescimento e o desenvolvimento da criança. A literatura aponta inúmeros fatores que corroboram para as dificuldades na amamentação do prematuro dentre eles a privação de contato com a mãe, início tardio da sucção e a internação prolongada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. No processo de amamentação, o apoio profissional consiste em fornecer orientações e aconselhar a mãe, de modo a prevenir complicações e transformar o ato de amamentar em uma experiência prazerosa (SOUZA, TESIN e ALVES, 2010) As dificuldades quanto ao manejo do Aleitamento Materno surgem desde a Unidade Neonatal até o domicílio. Neste sentido é de primordial importância que o profissional de saúde apoie e oriente a mãe para a prática da amamentação e até mesmo desmistifique informações errôneas quanto a eficácia do leite materno em detrimento dos leites artificiais. Este estudo tem como objetivos: Identificar o perfil epidemiológico das mães e de prematuros acompanhados no Ambulatório de alto risco da Unidade Neonatal e conhecer a alimentação desse prematuro durante os seis primeiros meses de vida. Trata-se de recorte de tese de Doutorado desenvolvido no Ambulatório de Acompanhamento de Alto Risco de um hospital universitário de âmbito federal situado na cidade de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. Este local é onde são acompanhados as crianças até dois anos de idade ou mais. Trata-se de um espaço de cuidar interdisciplinar, onde ocorre a consulta com o pediatra/neonatologista, a consulta de enfermagem, a consulta nutricional e atendimento e acompanhamento com o psicólogo. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e descritivo, aprovado pelo comitê de ética (CAAE: 0063.0.313.258-11). A coleta de dados foi realizada por meio de formulário estruturado e pesquisa documental nos prontuários das crianças a cada consulta de acompanhamento no referido ambulatório, que possui um dia reservado para o acompanhamento de prematuros egressos da Unidade Neonatal. A análise de dados foi realizada por meio de estatística descritiva e não-probabilística. Participaram do estudo 38 mães de prematuros que são atendidos no ambulatório de alto risco. Quanto a faixa etária das mães 34,2% de 18 a 25 anos, 34,2% de 26 a 30 anos, 15,8 de 31 a 35 anos e 15,8% de 36

a 40 anos. Com relação à paridade, 55,3% possuem apenas (01) um filho, 21% dois (02) filhs e 13,2% três (03) filhos. Quanto a escolaridade 5,3% possuem ensino superior completo, 10,5% fundamental completo e 52,6% médio completo. Sendo que 15,8% não possuem o ensino fundamental completo. Com relação ao trabalho, 36,8% mães exercem atividades laborais. Das 63,2% que não trabalham 26,3% recebem alguma auxilio do governo e das que não trabalham também, 29,2% pararam de trabalhar para cuidar do filho.prematuro . Quanto as consultas de pré-natal, 94,7% realizaram acompanhamento sendo que 68,4% realizaram mais que seis consultas, que é o recomendado. . Com relação as complicações na gestação, 81,6% referem ter tido complicações como trabalho de parto prematuro, DHEG e infecção urinária, 89,5% realizaram cesariana. Quanto ao aleitamento materno, 76,3% receberam orientação no período do pré-natal. Quanto a idade gestacional, 54,3% nasceram entre 30 e 32 semanas, 11,4% entre 28 e 29 e 34,3% entre 33 e 36. Quanto ao tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 21,1% permaneceram de 01 até 15 dias, 52,6% de 16 a 40 dias internadas e 26,3% de 41 dias até 90 dias, sendo que uma criança ficou 132 dias internada. Quanto a alimentação dos prematuros até os seis meses de idade, 39,5% receberam aleitamento materno exclusivo, 39,5% receberam aleitamento materno misto ou parcial e 21% não foram amamentadas. A coleta de dados permitiu destacar as características individuais, sociais, culturais, obstétricas e as relacionadas com os prematuros. O estudo evidenciou que as variáveis de complicações na gestação, idade gestacional, tempo de permanência na Unidade Neonatal são os principais fatores preditivos para o início e manutenção do aleitamento materno, que é possível com determinação, apoio da família e amigos e dos profissionais de saúde. Os prematuros internados na Unidade Neonatal requerem cuidados especiais. A alimentação das crianças prematuras internadas na Unidade Neonatal requer cuidados especiais e diversas adaptações que muitas vezes constituem um verdadeiro desafio materno de manter durante a internação e no domicílio o aleitamento materno. Descritores: Aleitamento materno, Prematuro, Criança. ORIA, MOB, XIMENES, LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. Acta paul. enferm. [online]. 2010, vol.23, n.2, pp. 230-238. ISSN 0103-2100 SILVA, RV; SILVA, IA. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. Esc. Anna Nery Rev. Enferm;13(1):108-115, jan.-mar. 2009. SOUZA, KV; TESIN, R; ALVES, VD. Mães de recém nascidos hospitalizados: Em/entre círculos no processo de amamentação. Acta paul. enferm. [online]. 2010, vol.23, n.2, pp. 608-613

14237

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MÔNICA HIROMI SATO

COMPARAÇÃO DOS PADRÕES DE SONO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS COM E SEM O USO DE CAFEÍNA*

Sato, MH; Araújo, FM; Maki, MT; Avelar, AFM; Pedreira, MLG; Pinheiro, EM;

Introdução: A cafeína, medicamento antagonista dos receptores de adenosina, que atuam na regulação dos ciclos de sono e vigília, é comumente utilizada no tratamento da apnéia do recém-nascido prematuro (RNPT). Objetivo: Verificar o efeito da cafeína sobre os padrões de sono de RNPT em uma unidade de cuidados intermediários neonatais. Método: Estudo descritivo, de correlação, realizado em hospital público de São Paulo. A amostra foi composta por RNPT clinicamente estáveis, com peso entre 1200 a 2000g, no interior da incubadora, em uso ou não de cafeína. Os RNPT receberam dose de 10mg/dia de citrato de cafeína. Os padrões de sono foram avaliados a partir da polissonografia por 24 horas. Resultados: Foram incluídos 13 RNPT, sendo 9 (69,2%) no grupo que não utilizou cafeína e 4 (30,8%) no grupo que utilizou, com predominância do sexo masculino, idade gestacional média corrigida de 34 semanas e peso médio de 1760g. Não houve diferença estatisticamente significante com relação ao uso ou não de cafeína quanto ao tempo total de sono (p=0,372), proporção de sono ativo (p=0,541), quieto (p=0,323) e indeterminado (p=0,370). Conclusão: Não foi identificada influência do uso da cafeína sobre o padrão de sono dos RNPT. Implicações para a enfermagem: O enfermeiro deve possuir conhecimentos sobre as ações farmacológicas dos medicamentos administrados em RNPT, uma vez que podem direcionar outros aspectos que envolvem o cuidado com o sono. Palavras chave: sono, cafeína, enfermagem neonatal *Pesquisa conduzida com suporte financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo / FAPESP, processo número: 2012/50365-2. Referência Funk GD. Losing sleep over the caffeination of prematurity. J Physiol. 2009; 587 (22): 5299-300.

14430

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NÁDIA PROENÇA DE MELO.

A INSERÇÃO DA MÃE NO CUIDADO E O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ PREMATURO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

Melo, NPM;

Introdução: O desenvolvimento infantil é definido como o processo de mudança nas estruturas físicas, neurológicas, cognitivas e comportamentais, manifestando-se de maneira ordenada e de certa forma duradoura. Seu estudo tem como finalidades: detectar as causas e motivos pelos quais o organismo humano cresce e se diferencia durante a vida; compreender as mudanças, que parecem universais, pois ocorrem em todas as crianças, variando um pouco em função da cultura em que crescem e das experiências que vivenciam; e, por fim, explicar as diferenças individuais e o comportamento das crianças de acordo com seu ambiente. Assim, o desenvolvimento infantil inicia-se na concepção - é parte do processo de desenvolvimento do ser humano durante sua vida, e fornece as bases para a criança tornar-se competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, entendendo seu contexto de vida. Existem diversos fatores que podem levar a alterações e ameaças para o desenvolvimento da criança, tal como a prematuridade. A Organização Mundial da Saúde define a prematuridade como todo nascimento antes de 37 semanas. No Brasil 6,7% dos nascidos vivos no ano de 2008 foram de prematuros, variando entre 4,8 e 7,7% nas regiões Nordeste e Sul, respectivamente. Nas grandes capitais e cidades do país, a incidência de partos prematuros e baixo peso ao nascer vêm crescendo nos últimos anos, com 12% no Rio de Janeiro (RJ) e 16% em Pelotas (RS). A prematuridade não gera apenas desconforto e readaptação para o recém-nascido. Com ele seus pais também vivenciam situações que geram sofrimento e angústia. O nascimento prematuro de uma criança gera um choque tanto para os pais, quanto para o bebê, pois a interrupção brusca de uma gravidez necessita de enfrentamento e ajustes diversos. Para os pais, este é um período de luto pelo que foi idealizado e perdido, e inicia-se o caminho de uma nova adaptação, com diversas frustrações. Já o bebê prematuro encontra dificuldades para ser responsivo, pois seu desenvolver depende do cuidado da equipe da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e suas respostas, não são as esperadas pelos seus pais. A equipe de enfermagem deve compreender este momento de fragilidade e ser capaz de acolher e envolver a mãe-bebê com o intuito de promover o crescimento e desenvolvimento deste recém-nascido de forma positiva e amenizar os efeitos nocivos da prematuridade e hospitalização. Estabelecer uma relação de parceria requer que o enfermeiro acredite na capacidade dos pais em assistir o seu próprio bebê, oferecendo maior responsabilidade a eles na sua aproximação com a criança. Objetivo: Identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para inserir a mãe no cuidado do seu bebê prematuro, visando o seu desenvolvimento. Metodologia: Revisão integrativa da literatura, com buscas nas fontes de informação Scientific Eletronic Library Online, Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe e Medline, entre 2009 e 2013, com uso dos descritores: Prematuro; Mães; Enfermagem Neonatal; Desenvolvimento Infantil e Hospitalização. Resultados: Foram encontrados 467 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 25 artigos para a leitura na íntegra; 17 artigos foram analisados, pois os demais não atendiam aos objetivos. Os estudos selecionados foram organizados nas três categorias: Experiência materna diante da situação de prematuridade e hospitalização; Relação mãe- bebê e enfermagem dentro da unidade de terapia intensiva; Estratégias para a inserção da mãe na promoção do desenvolvimento do prematuro. Os estudos apontam para o sentimento/ enfrentamento das mães diante da prematuridade de seus bebês dentro da unidade de terapia intensiva neonatal e o papel da enfermagem como facilitador no processo da formação do vínculo do binômio, fundamental para proporcionar o

desenvolvimento saudável da criança. O enfermeiro deve buscar estabelecer uma relação de confiança com a mãe; sua formação especializada e a maneira delicada de cuidar do bebê favorecem o estreitamento das relações. Dessa forma, deve-se demonstrar para a mãe sua importância na vida do bebê, incentivando-a a proporcionar o toque, cuidados de higiene e carinho, promovendo a formação do vínculo duradouro, e favorecendo de maneira positiva o crescimento e desenvolvimento da criança nas dimensões psicológicas, sociais e espirituais. Sob esta ótica, alguns estudos propõem que o enfermeiro utilize de técnicas educativas e metodologias ativas de aprendizagem com as mães a fim de tornar mais fácil a compreensão e a troca de experiências. Conclusão: Observou-se que, diante do bebê prematuro, a mãe experimenta diversos sentimentos como de impotência, incapacidade e choque ao ver seu filho em um ambiente desconhecido e, muitas vezes, pouco acolhedor como uma unidade de terapia intensiva. A enfermeira possui importante responsabilidade na aproximação desta mãe com o bebê prematuro, visto que possui cuidado especializado, delicado e seguro para orientar e facilitar a aproximação do binômio. Desta maneira, pode-se promover a formação do vínculo afetivo entre eles e estreitar a relação de confiança com a enfermeira, possibilitando sua inserção nas atividades diárias da sua criança através do toque, carinho, higiene e alimentação. Contribuições: Este estudo demonstrou ser possível para a mãe a realização dos cuidados diários para com o seu filho na unidade de terapia intensiva neonatal com o apoio, auxilio e segurança da enfermeira. Entretanto, para a realização desta prática, ainda são necessários estudos que promovam o entendimento e capacitação da equipe de enfermagem sobre sua importância, bem como, a utilização de metodologias participativas com as mães a fim de colaborar na compreensão desta experiência, do seu papel como figura importante no desenvolvimento do seu filho e no direcionamento educativo das atividades para o cuidado. Referências: 1- OPAS, Organização Pan- Americana da saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDIPI. Washignton D.C., 2005. 2- BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de ações pragmáticas e estratégicas. Área técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Atenção à saúde do recém-nascido - Guia para profissionais da saúde. Cuidados Gerais, vol. 1. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2011. 3- BRAZELTON, T. B. Momentos decisivos do desenvolvimento infantil. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1994. 4- Araújo, B.B.; Rodrigues, B.M.R.D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44(4): 865-72. 5- O'Brien, K.; Bracht, M.; Macdonell, K; Mcbride, T.; et al. A pilot cohort study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. Pregnancy and Childbirth. 2013; 13 (Suppl 1.): 1-8. Autora: Melo, N.P. Enfermeira Neonatologista. Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado a Saúde Infantil. Vinculado a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- USP. Contato: nadimelenf@hotmail.com Descritores: Prematuro; Enfermagem Neonatal, Relações Mãe- Filho.

13918

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NADIANE BESSA ARAÚJO VEIGA

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO COM SÍNDROME DE PRUNE BELLY: UM RELATO DE CASO.

Veiga, NBA; Veiga, LB; Fontoura, FC;

Introdução: Malformações congênitas são todas as anomalias estruturais ou funcionais decorrentes de fatores originados no período que antecede ao nascimento, mesmo que o defeito não seja aparente ou se manifeste em outra época. Dentre as doenças nas quais o componente genético é preponderante, podem ser citadas as monogênicas, que acometem em torno de 2% da população geral, as genéticas (anomalias cromossômicas), presentes em 0,7% dos nascidos vivos (e em metade dos abortamentos espontâneos) e as multifatoriais (genéticas e ambientais), responsáveis por grande parte das malformações congênitas e também por muitos problemas comuns da vida adulta.1 As malformações associam-se a altas taxas de mortalidade entre menores de 1 ano podendo representar graves repercussões na vida da criança e de sua família. Cerca de 2 a 5% dos nascidos vivos, no mundo e no Brasil, apresentam algum tipo de malformação detectada ao nascimento, determinada total ou parcialmente por fatores genéticos1,2. Com o avanço da medicina perinatal, a sobrevida de bebês com diagnósticos de malformações aumentou consideravelmente nos últimos anos, porém é uma realidade presente em nosso cotidiano e que requer um olhar criterioso e multiprofissional devido ocasionar sofrimento e prejuízos à saúde da população1. O impacto das anomalias congênitas na saúde do indivíduo, na família e na sociedade é complexo, visto que são alterações que se perpetuam por toda vida do indivíduo, devido afetar muitos órgãos e sistemas. Dentre as diversas malformações congênitas destaca-se a Síndrome de Prune-Belly (SPB), também conhecida como "abdome em ameixa seca" ou síndrome de Eagle Barrettfoi, descrita pela primeira vez em 1839, com incidência estimada em 1:40.000 a 50.000 nascidos vivos, sendo mais frequente em recém-nascidos do sexo masculino que feminino, com proporção de 18:1, provavelmente devido a defeitos na superfície do cromossoma X, porém sua patogenia ainda não está completamente esclarecida. Trata-se de uma forma de uropatia que se caracteriza por uma tríade clássica: ausência, deficiência ou hipoplasia congênita da musculatura da parede abdominal anterior, deficiência no desenvolvimento dos testículos e uma expansão anormal da bexiga com anormalidades do trato urinário. Pode também estar associado com doenças cardiovasculares, respiratórias, ortopédicas e gastrointestinal3. O conhecimento das síndromes e as particularidades dos casos de crianças com malformações é de suma importância para a enfermagem neonatal e obstétrica, pois constitui uma clientela com necessidades específicas de saúde. Na busca pela otimização do cuidado a esses recém-nascidos tem-se como aliado o Processo de Enfermagem, de maneira a implementar uma assistência qualificada e individualizada buscando promover qualidade de vida e saúde a essa população. Objetivo: Descrever o Processo de Enfermagem implementado a um recém-nascido com Síndrome de Prune Belly na Unidade Neonatal. Metodologia: Desenvolveu-se um estudo de caso de natureza descrita com abordagem qualitativa de um recém-nascido (RN) com diagnóstico de SPB internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital privado na cidade de Goiânia/GO durante o mês de junho/2013. A coleta dos dados foi realizada através da observação direta da assistência de enfermagem implementada, e por meio das evoluções, prescrições e diagnósticos de enfermagem registrados no prontuário. Foram obedecidos os preceitos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos, conforme a Resolução 466/12. Resultados: RN pré termo, 35 semanas, masculino, 2060g, nascido de parto cesariano. Mãe, de 32 anos de idade, realizou pré natal e três procedimentos de drenagens intra-útero para esvaziamento da bexiga. Ao nascimento, o neonato

apresentou-se dispnéico, corado e com boa perfusão. O abdome era flácido, de aspecto enrugado e ausente de musculatura abdominal. Apresentou micção pela cicatriz umbilical e os testículos não eram palpáveis. Diagnosticado SPB, no entanto foram evidenciadas algumas anomalias associadas como, ânus imperfurado, escoliose e pés eqüinovaro congênito. Encaminhado RN à UTIN devido desconforto respiratório, sendo acomodado em incubadora aquecida e instalado oxigenoterapia através do Continuo Positive Airway Pressure (CPAP nasal), posteriormente realizado entubação e instalado ventilação mecânica. Realizada sondagem orogástrica para verificação de resíduo gástrico, porém permaneceu em dieta zero. Puncionado acesso venoso periférico para iniciar hidratação venosa. Para iniciar a antibiocoterapia profilática e a nutrição parenteral total foi realizada a passagem do cateter percutâneo. O RN foi submetido a uma cistostomia por punção e posteriormente a uma colostomia e vesicostomia, além de uma ressecção de fístula de úraco após ter sido constatada insuficiência renal. Os principais diagnósticos evidenciados foram: Padrão respiratório ineficaz relacionado à dispnéia evidenciado pela fadiga muscular; Dor relacionada ao procedimento cirúrgico evidenciado pelos sinais faciais e choro; Risco para aspiração relacionado ao resíduo gástrico aumentado; Integridade da pele prejudicada relacionada a colostomia evidenciada pela destruição de camadas da pele; Risco de infecção relacionada procedimentos invasivos e destruição de tecidos; Eliminação urinária prejudicada relacionada a obstrução anatômica evidenciada pela incontinência através da cicatriz umbilical; Alteração pscicossocial relacionada a malformação e internamento. As prescrições de enfermagem elaboradas foram: registrar sinais vitais; observar fáceis de dor; realizar mudança de decúbito com técnicas de posicionamento e postura terapêutica para conforto; registrar aceitação da dieta quando iniciada; registrar eliminações vesico-intestinais; observar o curativo cirúrgico quanto a sangramento e secreções, e cuidados com colostomia; realizar higiene corporal; avaliar o sistema de suporte psicológico à família; incentivar a participação dos pais nos cuidados ao RN hospitalizado orientando sobre o dia da provável alta hospitalar. RN apresentou boa evolução e no 32° dia de vida foi transferido para o alojamento conjunto, eupnéico em ar ambiente e recebendo dieta plena por via oral com auxílio da mamadeira. No 38º dia recebeu alta hospitalar, sendo encaminhado para acompanhado em nível ambulatorial. Conclusão: A SPB é uma enfermidade congênita pouco frequente, com prováveis anomalias de vários outros órgãos, apresentando aspectos clínicos que variam de pacientes gravemente comprometidos a outros que crescem normalmente, e com uma função renal satisfatória. O Processo de Enfermagem nesse contexto torna-se eficaz para proporcionar uma assistência individualizada buscando melhoria na qualidade de vida e promovendo a saúde desses recém-nascidos com malformações complexas. Contribuições/ Implicações para a enfermagem: É essencial que a equipe de enfermagem tenha conhecimento da patologia, bem como as possíveis complicações que poderão apresentar, para um manejo nos cuidados específicos durante o tratamento. O Processo de Enfermagem é considerado uma estratégia de amplo aspecto quando se fala em assistência integral. Ao se tratar de RN com SPB, a prescrição de enfermagem é válida para direcionar o cuidado após avaliações das reais necessidade, proporcionando melhoria nas condições de saúde do paciente, controlando e diminuindo os agravos gerados pelos sinais e sintomas decorrentes da patologia. Referências: 1. Horovitz DDG, Junior JCL, Mattos RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005; 21(4):1055-64. 2. Guerra FAR, Llerena Jr JC, Gama SGN, Cunha CB, ThemeFilha MM. Defeitos congênitos no município do Rio deJaneiro, Brasil: uma avaliação através do SINASC: 2000-2004. Cad Saúde Pública. 2008; 24:140-9 3.Lamela MET, et al. Síndrome de prune belly: presentación de caso. Rev Cubana Cir [online]. 2008; 47 (1): 0-0. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932008000100013&script=sci_arttext. Acesso em: 27/07/13. 4. Guerreiro AF, et al. Síndrome de Prune Belly: Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Univ Ind Santander Salud [online]. 2010; 42 (1): 78-85. Disponível em: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072010000100009&lng=es&nrm=. Acesso em: 27/07/13. 5. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações - 2012-2014. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2012

14190

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NATALYA GARCEZ LEAL BRILL

FATORES DE RISCO PARA O DESMAME PRECOCE: UM DESAFIO NO CONTEXTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Brill, NGLB; Diaz, CMGD; Kettermann, KOK; Barcelos, LMB; Oliveira, MPO; Bittencourt, MOB;

INTRODUÇÃO: Muitos são os benefícios do aleitamento materno (AM) para a saúde materna e da criança, sob a ótica nutricional, afetiva e biológica. No Brasil, o índice de crianças de até seis meses que se alimentam exclusivamente de leite materno é de 41%, considerado abaixo do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), considerado ideal entre 90% e 100%. O desmame precoce está associado aos altos índices de morbimortalidade infantil1. Vários fatores podem influenciar na prática e no sucesso do AM, sendo eles culturais, sociais, emocionais e físicos, entre outros. Para que a mulher possa desenvolver seu papel de provedora do alimento para seu filho com segurança, ela precisa ser assistida e esclarecida sobre suas dúvidas e apoiada nas dificuldades encontradas. Desse modo, a equipe de saúde deve estar preparada para orientar as mães sobre os mais diversos temas que podem dificultar o processo de amamentação como o mito do leite fraco, mama ingurgitada, fissura mamilar2. Entre as causas do desmame precoce estão a mãe acreditar que seu leite é fraco ou que tem pouco leite, intercorrências de mama puerperal, dificuldade para amamentar após o parto, início do aleitamento materno após a alta da maternidade, falta de experiência, trabalho, chupeta no primeiro e segundo mês de vida da criança, não reconhecimento das vantagens da amamentação, opinião paterna desfavorável, indiferente ou desconhecida sobre o aleitamento materno e considerar ideal amamentar por menos de seis meses3. O profissional de saúde exerce papel importante no incentivo ao aleitamento materno, apoiando e instruindo a nutriz, por meio do acompanhamento pré-natal, formação de grupos de gestantes e na promoção de campanhas de incentivo ao aleitamento. À medida que se conhecem os motivos que possam contribuir com o desmame precoce, pode-se desenvolver estratégias de prevenção desses fatores de forma direcionada e, consequentemente, mais eficaz4. Frente à relevância da temática e os desafios para o sucesso desta prática, sentiu-se o interesse em aprofundar o conhecimento científico a fim de contribuir neste contexto, por meio do cuidado de enfermagem. OBJETIVO: Estudar os fatores de risco para o desmame precoce e sua inter-relação com o cuidado de enfermagem. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo bibliográfico, do tipo ensaio reflexivo, com abordagem qualitativa, realizado nos meses de março a julho de 2013. A busca ocorreu na base de dados online LILACS e em livros bibliográficos. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos completos, disponíveis gratuitamente em suporte eletrônico, no idioma português, utilizando-se as palavras-chave: aleitamento materno and desmame. Foram localizados 82 artigos e selecionadas 08 publicações. Após a leitura dos artigos foi realizada a análise reflexiva pautada em discussão teórica, a partir do conhecimento científico sobre a temática em estudo. RESULTADOS: Na fase inicial da vida, o leite humano é indiscutivelmente o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas, importantes na redução da morbidade e mortalidade infantil e, também, vantagens psicológicas, pois contribui para a criação do vínculo entre mão e filho. Além do baixo custo financeiro, protege a mulher contra câncer mamário e ovariano, auxilia na involução uterina, retarda o retorno da fertilidade e otimiza a mulher em seu papel de mãe5. Essas observações se embasam no conhecimento de que até os seis meses de vida o leite materno exclusivo é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais da criança, além de contribuir na proteção contra doenças e aproximar o recém-nascido da mãe. Mas, apesar dos esforços, os programas de incentivo à amamentação vigente em nosso país não garantem o seu sucesso,

visto que são muitas as influências que podem prejudicar a sua prática. O trabalho fora de casa, experiências prévias, preocupação estética corporal, o tipo de parto, a postura do cônjuge e de outras pessoas significativas, apoio dos serviços de saúde, os efeitos da comunicação e da mídia podem interferir no sucesso ou não do AM. Além disso, as rotinas hospitalares podem evitar o uso de fórmulas lácteas, facilitar o contato precoce entre mão e filho, a amamentação logo após o nascimento e o alojamento conjunto são medidas de promoção, proteção e apoio da amamentação. Neste contexto, os profissionais de saúde possuem uma parcela de responsabilidade pelas intervenções que envolvem o processo de amamentação, incluindo ações assistenciais para identificar as principais causas de desmame precoce, pois muitas vezes, a nutriz deixa de amamentar por falta de conhecimento e orientação. Outro fator a ser refletido refere-se a legislação que ampara a amamentação, pouco divulgada e que muitas mulheres desconhecem, não usufruindo os seus benefícios. CONCLUSÃO: O leite materno é o alimento ideal nos primeiros meses de vida proporcionando benefícios aos recém-nascidos, por conter nutrientes em quantidades essenciais para o seu desenvolvimento satisfatório. No entanto, diversos fatores podem influenciar na duração da amamentação, sendo de grande valia o apoio dos familiares e a orientação dos profissionais de saúde às nutrizes sobre diferentes aspectos que envolvem a prática do AM. Nesta perspectiva, vale salientar sobre a importância da atenção pré-natal e puerperal, identificando as fragilidades de cada gestante e seus anseios, esclarecendo suas dúvidas, considerando a importância do diálogo e da individualidade. CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: A identificação dos fatores que levam ao desmame precoce é de extrema relevância ao enfermeiro, a fim de traçar planos de ação para fortalecer a amamentação e, consequentemente, trazer benefícios proporcionados pelo AME à nutriz e ao recém-nascido. O profissional de enfermagem deve ter disponibilidade para ouvir a nutriz, valorizando suas experiências, suas crenças e mitos que permeiam a amamentação. Além disso, pode-se motivar e estimular o apoio familiar e a confiança da mãe na sua capacidade para amamentar. Vale ressaltar, a importância do acompanhamento pós-alta hospitalar, no período puerperal, em que as mães vivenciam alguns problemas como ingurgitamento mamário, mamilos doloridos ou com fissura. Nesse momento também se manifestam o choro, as cólicas e os problemas de sono do bebê, que podem predispor ao abandono do AM. O cuidado de enfermagem com foco na amamentação deve ir além das campanhas de promoção, culminando em esforços conjunto de suporte contínuo durante a gestação, parto e puerpério.DESCRITORES: Aleitamento materno; Desmame; Enfermagem.REFERENCIAS:1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Brasília, 2010.2. Lang APP et al. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre o aleitamento materno no município de Treze Tílias - SC. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, 6(1): 22-34, 2013.3. Alves CRL, Goulart EMA, Colosimo EA, Goulart LMHF. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2013 Aug 14] ; 24(6): 1355-1367, jun.2008.4. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. O Mundo da Saúde São Paulo, São Paulo, 4(32): 466-474, 2008.5. Marques RFSV et al. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, 80(2): 99-103, 2003.

14371

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NAYLLA AMORIM GONÇALVES DA SILVA

A INCIDÊNCIA DOS AGRAVOS NOS RECÉM-NASCIDOS ADMITIDOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL-UCIN

Amorim, NAGS; Sousa, DSB; Costa, MCM; Valeska, SVFM; Rangel, PRGR; Araujo, WAG;

INTRODUÇÃO: A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal funciona como suporte da UTI, abrigando bebês que demandam um acompanhamento contínuo, porém de menor complexidade, configura-se como uma unidade semi-intensiva. OBJETIVOS: Conhecer a incidência dos agravos nos recém-nascidos (RN) admitidos em uma UCIN. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa documental, tendo como instrumento de coleta de dados o livro de registro no qual são admitidos todos os RN da instituição. A presente pesquisa ocorreu em uma maternidade de referência na cidade de Parnaíba - PI, no período de julho de 2012 a julho de 2013. RESULTADOS: No cenário da pesquisa foram admitidos 302 RN na UCIN ao longo do período, sendo 9% dos RNs apresentando Gemência; Icterícia; e Síndrome da Aspiração do Mecônio (SAM). 10% dos neonatos com Febre; Prematuridade; e Síndrome do Desconforto Respiratório. 13% dos recém-natos deram entrada na UCIN apresentando Dispnéia. 4% dos bebês após a confirmação do exame VDRL apresentavam Sífilis Congênita. 2% dos neonatos diagnosticados com infecção neonatal, 1% apresentando Apnéia. E 23% dos RN foram admitidos com outras etiologias. CONCLUSÃO: Fica evidente que esses índices são reflexos de um acompanhamento de pré-natal deficiente. Diante desse cenário a enfermagem de uma maneira humanizada e holística consegue minimizar e trazer conforto para o paciente e sua família, buscando abreviar esse tempo de internação contribuindo para um bom desenvolvimento desses pacientes tão delicados. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Sendo o público de uma UCIN extremamente frágil, cabe a equipe de enfermagem primar por um atendimento sistematizado. REFERÊNCIAS: ARAUJO, L. A; REIS, A. T. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. CARMO, C.M. A. et al. Procedimentos de enfermagem em neonatologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2012. VAZ, F.A.C. et al. Coleção Pediátrica: instituto da criança. São Paulo: Monole, 2011. DESCRITORES: Assistência de Enfermagem. Recém-Nascido. Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

14158

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NAYLLA AMORIM GONÇALVES DA SILVA

O OLHAR DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO COM A RECEPÇÃO E AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PELA EQUIPE DA NEONATOLOGIA

Amorim, NAGS; Sousa, DSB; Maria, KMGMC; Cristina, RCC; Aragão, SAM; Araujo, WAG;

INTRODUÇÃO: A assistência da equipe de enfermagem ao Recém-Nascido (RN) logo após o nascimento pode determinar a vitalidade do bebê e consequentemente a saúde desse recém-nato, esses procedimentos são divididos em cuidados imediatos e mediatos. Os quais incluem: Cuidados imediatos- manutenção das vias aéreas; clampeamento e secção do cordão umbilical; manutenção da temperatura; avaliação do índice de Apgar; identificação do RN; administração de vitamina K; vacinação contra hepatite B; profilaxia oftálmica (crede); Cuidados mediatos- higienização corporal; curativo do coto umbilical; incentivo ao aleitamento materno; avaliação de peso, medidas antropométricas e exame físico. De acordo com a neonatologia, quando prestados de forma inadequada ao recém-nascido na sala de parto esses procedimentos podem acarretar em óbito neonatal ou seque¬las que poderão ter vasta extensão no desenvolvimento e crescimento da criança, além de gerar um enorme sofrimento tanto para o RN quanto para a família, principalmente para a mãe que espera impacientemente por um período de nove meses para ver seu bebê (ARAUJO E REIS 2012). Conforme o Ministério da Saúde (2011) a transição da vida intra e extrauterina é provavelmente o evento mais perigoso da existência do ser humano, já que o organismo do RN será forçado a realizar ajustes fisiológicos, imediatamente depois do nascimento. A assistência ao recém-nato vem passando por inúmeras transformações ao longo dos anos, acompanhadas de novas tecnologias, trouxeram um universo mais amplo ao cuidado nas unidades destinadas a essa clientela. O trabalho do enfermeiro visa não só supervisionar a assistência prestada pela equipe de enfermagem no setor da neonatologia, mas também realiza procedimentos quando for necessário (SOUZA et al. 2011). Ainda para o autor uma das competências essenciais para o enfermeiro no processo e nas relações de trabalho é a capacidade de conduzir, por meio de uma liderança eficaz, a equipe, de forma coerente e ética para atingir as metas estabelecidas. OBJETIVOS: Conhecer os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem acerca dos cuidados com a recepção e avaliação do recém-nascido em uma maternidade da cidade de Parnaíba-PI. METODOLOGIA: A pesquisa surgiu da vivência como acadêmica de enfermagem em uma maternidade da cidade de Parnaíba-PI, durante um período de estágio extracurricular. Devido à natureza do estudo, escolhemos a pesquisa de campo, com abordagem quantiqualitativa, de natureza exploratória e descritiva para abrilhantar o estudo. A pesquisa ocorreu no período de fevereiro a abril de 2013. Para a realização da pesquisa contamos com a colaboração de treze (13) profissionais da equipe de enfermagem da neonatologia de nível técnico. Foi utilizado um questionário misto, e a observação não-participante como instrumento para a coleta de dados. Optamos pela análise do conteúdo proposto por Bardin (2000). E para melhor compreensão do fenômeno pesquisado, empreendemos uma revisão de literatura sobre o que é estabelecido pelas normas operacionais da neonatologia. RESULTADOS: Diante da assistência de enfermagem ao neonato após o nascimento percebeu-se que ambos os profissionais de enfermagem (100%) preparam e organizam antecipadamente o material a ser utilizado na sala de higienização do recém-nato. Constatou-se que 75% dos profissionais realizam o registro correto da temperatura no berço de calor radiante e sabem como proceder diante de um bebê que necessita de reanimação neonatal. Quanto ao índice de apgar 87,5% avaliam corretamente. No que diz respeito à manutenção das vias aéreas 62,5% responderam o sentido correto boca-nariz. Quanto aos itens identificação da pulseira do RN, administração de vitamina K, manobra de credeização, curativo no coto

umbilical, e medidas antropométricas 100% da equipe de enfermagem realizam de maneira correta. Em relação à sequência dos procedimentos foi constado que os mesmos ocorrem 100% de maneira aleatória. CONCLUSÃO: As análises e as interpretações dos dados produzidos pela presente pesquisa revelaram que a assistência de enfermagem aos recém-nascidos no momento da recepção e avaliação do mesmo é realizada de forma aleatória, podendo vir há interferir na qualidade de vida do recém-nascido após o nascimento no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento. Portanto, é primordial que para uma boa vitalidade, o RN tenha acompanhamento imediato e mediato e que esse cuidado seja realizado por uma equipe multiprofissional e que essa equipe mantenha-se capacitada e atualizada para tais procedimentos tão delicados e fundamentais para manutenção da qualidade de vida dos bebês assistidos, vale ressaltar especialmente a enfermagem, uma vez que ela realiza os primeiros cuidados ao RN de forma integrada, observando e intervindo quando necessário, objetivando proporcionar ações de promoção, prevenção e assistência adequada ao mesmo, assegurando uma adaptação inicial satisfatória. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Diante desse cenário, como forma de contribuição para com a instituição colaborando e tendo em vista a melhoraria do atendimento, a equipe pode empenhar-se em produzir um manual de assistência de atendimento ao recém-nascido, criar protocolos de cuidados a serem realizados sequenciadamente vindo a contribuir para um atendimento de excelência e posteriormente ser implantado para a equipe de enfermagem. Instrumento indispensável, não somente para a organização, mas também para o bom atendimento ao neonato e avaliação do serviço de saúde. A assistência de enfermagem ao recém-nascido torna-se um elemento essencial para uma política de humanização ao atendimento do recém-nato, percebeu-se ao longo da presente pesquisa que existem alguns detalhes que podem fazer a diferença evidenciando ser de fundamental importância para uma assistência continuada, qualificada e sobretudo humanizada ao bebê. Fazendo um comparativo do que é estabelecido pela literatura de referência em neonatologia e o que se encontra em nossa realidade, percebe-se que é prioridade para o RN que se faça de maneira correta todos esses cuidados preservando assim a saúde desse pequeno ser, fato que nem sempre é valorizado pelos profissionais envolvidos nessa assistência, portanto vale apena prestar esses cuidados sequenciados da forma que defende a literatura de referência, uma vez que influencia no desenvolvimento e na manutenção da saúde do novo ser. REFERÊNCIAS: ARAUJO, L. A; REIS, Adriana Teixeira. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2000. BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. vol. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. CANZONIERI, A. M. Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde. Petrópolis: Vozes, 2010. SOUZA, A.B.G. Enfermagem neonatal: cuidado integrado ao recém-nascido. São Paulo: Martinari, 2011. DESCRITORES: Enfermagem Neonatal. Equipe de enfermagem. Assistência ao Recém-Nascido.

14352

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NERIZANE CERUTTI FORNARI

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM RECÉM-NASCIDOS DE UMA MATERNIDADE GAÚCHA

Fornari, NC; Pinho, LA; Goulart, LS; Mattos, KM; Cremonese, L; Aquino, DR;

Introdução: Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao Recém-Nascido (RN) tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país. 1 Visando melhorar a qualidade da assistência, o Ministério da Saúde elaborou um manual com orientação para o cuidado integral do RN. A partir da realização do exame físico preconizado por este manual, foram levantados Diagnósticos de Enfermagem (DE) de recém-nascidos nas primeiras quarenta e oito horas de vida em uma maternidade do sul do país, com base nos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA.2 Esses diagnósticos são instrumentos que permitem uma melhor avaliação clinica e visam aprimorar a qualidade da assistência de enfermagem. O uso dos DE é de fundamental importância para fins científicos e em prol do paciente, uma vez que o planejamento do cuidado proporciona um melhor atendimento das necessidades básicas do cliente. Objetivo: Identificar os DE para os problemas de saúde apresentados pelos RNs, através do método de aplicação do Processo de Enfermagem e a partir desses diagnósticos, traçar um perfil, observando os mais prevalentes dentro das primeiras quarenta e oito horas de vida da criança. Metodologia: Durante a atividade prática da disciplina de Assistência de Enfermagem à Saúde da Criança e do Adolescente, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande, foram realizados históricos de enfermagem com seis RNs nas primeiras quarenta e oito horas de alojamento conjunto na maternidade do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. durante os cinco dias de prática - de 05/06/13 a 03/07/13. A partir desses históricos, foram elaborados diagnósticos de enfermagem. Resultados: Constatou-se que metade dos RNs assistidos nasceu através de parto cesáreo e metade de parto vaginal. Ao teste de Capurro a variação da idade gestacional foi de 39 a 41 semanas e o APGAR variou de 6 a 9 pontos. Ao exame físico, todos apresentaram reflexos de preensão palmo - plantar, cutâneo - plantar, moro, marcha e fuga à asfixia presentes, além de Ortolani negativo. Apenas um apresentou déficit no reflexo de sucção. Foi comum a todos: Ausência de alterações nos sistema nervoso e respiratório; além de crânio, ouvidos, pescoço, desenvolvimento muscular, esquelético e articular também sem alterações. Dentre os pacientes avaliados, dois apresentaram alterações significativas na pele, sendo elas icterícia e brotoejas. Ao exame físico da mucosa oral foi possível identificar leve hiperemia fisiológica em um dos indivíduos. Constatou-se, ainda, que dois RNs apresentaram alterações na mucosa ocular, caracterizadas por eritema ocular e icterícia neonatal. Foi comum a dois bebês Pérolas de Epstein, além de um caso de freio lingual curto. Apenas um recém-nascido apresentou baixa temperatura corporal e três entre quatro meninos foram diagnosticados com fimose fisiológica. Além disso, foi notória a dificuldade presente em todos os casos no que se referia à amamentação. Porém, apenas um RN não estava em aleitamento materno exclusivo. Considerando os dados relatados acima e/ou observados ao longo das atividades práticas, os Diagnósticos de Enfermagem foram elencados em três categorias: Diagnósticos de Enfermagem presentes em todos os recém-nascidos; DE presentes em mais de 50% dos bebês e Diagnósticos de Enfermagem de baixa prevalência. Os que estão presentes em 100% dos indivíduos são: Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, relacionado com exposição os extremos de temperatura; Risco de morte súbita do bebê, relacionado com idade do bebê inferior a dois meses; Risco de infecção, relacionado a defesas primárias inadequadas; Risco de paternidade ou maternidade prejudicada, relacionado com grande número de gestações e/ou falta de conhecimento sobre a manutenção da saúde da criança; Risco de integridade da pele prejudicada, relacionado com extremos de idade e/ou radiação. Os

DEs presentes em mais de 50% dos casos são: Amamentação ineficaz, relacionada com suprimento de leite inadequado, e/ou reflexo de sucção da criança insatisfatório e/ou oportunidade insuficiente de sugar o peito e/ou anomalia do peito e/ou ansiedade materna e/ou déficit de conhecimento, evidenciado por choro da criança; Padrão ineficaz de alimentação do bebê, relacionado com falta de estímulo, evidenciado por incapacidade de iniciar uma sucção eficaz; Icterícia neonatal, relacionada com idade do neonato entre 1 e 7 dias, evidenciada por cor amarelo-alaranjada. Já os diagnósticos de menor prevalência foram: Padrão ineficaz de alimentação do bebê, relacionado com freio lingual curto, evidenciado por incapacidade de iniciar ou sustentar uma sucção eficaz; Padrão ineficaz de alimentação do bebê, relacionado a estado de jejum oral prolongado, evidenciado por incapacidade de iniciar ou sustentar uma sucção eficaz; Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionado com capacidade prejudicada de ingerir alimentos, evidenciada por hipoglicemia; Risco de sufocação, relacionado com travesseiro colocado no berço; Hipotermia, relacionada a vestimentas inadequadas, evidenciada por pele fria. Discussão: Os diagnósticos mais prevalentes retratam fidedignamente o que foi observado durante os cinco dias de prática, onde as mães apresentavam dificuldade em amamentar os RNs por diferentes motivos e devido a fatores como: hipoglicemia e freio lingual curto e dificuldades para desenvolver o reflexo de sucção. Além disso, constatou-se ainda que independente da dedicação que os pais tenham para com seus filhos, sempre haverá duvidas ou falta de conhecimento sobre determinado assunto, o que pode ser considerado um risco para paternidade ou maternidade, mostrado através do DE. Após avaliar os diagnósticos, é inegável sua importância por inúmeros motivos: Facilita o delineamento de cuidados de enfermagem que devem ser priorizados para cada individuo e para o coletivo; incentiva os (as) enfermeiros (as) a estarem constantemente avaliando o prontuário do paciente; torna científicas as informações colhidas mentalmente; valoriza o profissional de enfermagem retratando sua real importância na equipe de saúde. Conclusões: Após desenvolvimento do processo de enfermagem e observação dos diagnósticos mais prevalentes percebeu-se a necessidade de estabelecer rotinas de auxilio na amamentação através da implementação de educação em saúde com base em orientações efetivas para que o aleitamento materno exclusivo perdure até o sexto mês de vida do bebê. Como, também, a potencialização da participação paterna em cursos de gestantes e pós-parto, afim de um cuidado mais adequado facilitando a adaptação da família frente à nova situação. Contribuições para a Enfermagem: A avaliação e a identificação dos DEs tem como contribuição, o aprimoramento do Processo de Enfermagem assim como servirá de base para a construção de instrumentos que auxiliem na execução deste processo com a intenção de garantir maior qualidade na assistência aos RNs. É prescindível a construção coletiva de protocolos de cuidados materno-infantil nessa instituição, para melhor atender as necessidades dos clientes detectadas nesses diagnósticos. REFERÊNCIAS: 1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. V1 2. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificação (2012- 2014). Porto Alegre: Artmed, 2012. 606 p.

14383

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NICOLE DIAS DOS SANTOS

O CAMINHAR DA UNIDADE NEONATAL AO AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO: A INTERFACE ENTRE O EMPODERAMENTO MATERNO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM DIANTE DA CRIANÇA COM NECESSIDADE ESPECIAL DE SAÚDE

Thiengo, MA; Moraes, JRMM; Santos, ND;

Quando uma criança é internada em uma UTI neonatal, diversos fatores colaboram para que haja um distanciamento diante do natural empoderamento que uma mãe deveria ter ao conviver com seu filho. Situação que pode se agravar quando se tratam de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), por constituírem um grupo com demandas diferenciadas. Nesse intermédio, advém a assistência de enfermagem permeando a relação mãe-filho ao longo da internação e após a alta hospitalar, nas consultas realizadas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de alto risco (Follow-up). O objetivo geral do corrente estudo consiste em apreender como é desenvolvido o empoderamento das mães de uma CRIANE com até um ano de vida sob à luz da assistência de enfermagem que lhes fora ofertada ao longo do percurso UTI neonatal - ambulatório de Follow-up. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. Para a apreciação dos dados utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados apontaram que o empoderamento materno é um elemento implícito a cada mulher, entretanto, sua construção é gradual, conforme ocorrem superações de naturezas diversas por parte das mães de CRIANES. Concluiu-se que a interface entre a enfermagem e o empoderamento materno é embasada em um aprendizado constante estabelecido entre as duas partes, o que torna esse caminhar entre UTI Neonatal - Ambulatório de Follow Up enriquecedor a todos que o vivenciam. Descritores: Prematuro. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Cuidados de Enfermagem. Referências:Neves ET, Cabral IE. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. Rev. Gaúch. Enferm 2008; 29(2):182-190. Araújo BBM. Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re) conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da UERJ; 2007.

14361

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRICIA ANA MULLER

A importância das orientações de Enfermagem na amamentação do recém-nascido com Fenda Palatina

Muller, PA; Paz, I;

A Fenda Palatina é uma anormalidade congênita que ocorre durante a formação fetal, caracterizada pela presença de comunicação buco-nasal, em função da perfuração do palato, onde é possível observar o septo nasal, assim como as conchas inferiores. Objetivou-se descrever o caso de fenda palatal pela importância da implicação de Enfermagem durante as orientações quanto à amamentação. Trata-se de um relato de experiência associado a um recém-nascido (RN) portador de Fenda Palatina, vivenciado por uma estudante do sexto semestre do Curso de Enfermagem na Disciplina prática de Enfermagem no Processo de Cuidar em uma Unidade de Cuidados Intermediários de um hospital geral localizado no município de Santa Cruz do Sul/RS no primeiro semestre de 2013. O RN que apresentou fenda palatal recebeu atenção especial no momento da alimentação, sabendo-se que o leite materno é o melhor alimento nessa fase, foram de suma importância as orientações da equipe de Enfermagem e da estudante, visto que foi mais difícil para o RN conseguir sugar adequadamente. As orientações dadas partiram de embasamento teórico-científico quanto a segurar o RN em posição vertical, de modo que o nariz e a boca do RN fiquem mais altos que o peito, tendo cuidado para evitar que a criança se afogue durante a alimentação, evitando também as otites, além da limpeza oral com hastes flexíveis de algodão úmido e água limpa, com as mãos devidamente higienizadas e apoio nas mamadas por serem longas. É importante que a equipe de Enfermagem não só foque a patologia e os cuidados/orientações, mas também uma assistência diferenciada visando o indivíduo, reforçando dessa forma os laços entre o RN e sua família para que o processo de saúde seja valorizado e satisfatório para a criança.

13792

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRICIA DA COSTA BELITZKI

CUIDADO HUMANIZADO: IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU NA UTI NEONATAL DO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Belitzki, PC; Haas, RE;

CUIDADO HUMANIZADO: IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU NA UTI NEONATAL DO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO Patrícia da Costa Belitzki (patriciabelitzki@hotmail.com) Ruth Elizabeth Haas Os dados históricos mostram que os primórdios da saúde em nosso país foi de grandes dificuldades. O cuidado era totalmente empírico e experiencial, as primeiras ações em saúde surgiram a partir do século XVIII com o surgimento de novas ciências como a pediatria proporcionando um novo olhar ao nascimento e a criança, momento também em que a família lançou um olhar diferenciado aos seus filhos . Somente no século XX, em 1953 com a criação do Ministério da Saúde em nosso país, que a atenção passou a ser mencionada também a criança . No Brasil as grandes transformações sobrevieram com a criação da Lei 8.080 criação do SUS - Sistema Único de Saúde e em 1990 com a criação da ECA-Estatuto da Criança e do Adolescente. Entretanto, mesmo com políticas publicas de saúde direcionadas a esta fase da vida, a prematuridade ou recém-nascidos de muito baixo peso se eleva a cada dia, população esta, que requer cuidados intensivos, direcionados, e, sobretudo humanizados. Segundo o Ministério da Saúde, humanizar o atendimento é reconhecer a individualidade, permitindo ao profissional estabelecer um vínculo e perceber as reais necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Humanizando o atendimento, o profissional passa a adotar condutas que trazem bem-estar e garantem a segurança para o bebê e por conseqüência para a mãe . Para Costa e Monticeli, humanizar o atendimento ao recém-nascido significa ter segurança técnica na atuação profissional, eficácia na atenção ao mesmo, condições hospitalares apropriadas com o período neonatal, oferta de condições para a participação da família do neonato no processo assistencial . O Método Canguru foi idealizado na Colômbia em 1979, como proposta de melhorar os cuidados direcionados aos recém-nascidos. No Brasil a união do cuidar e humanizar ocorreu com a criação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru por meio da Portaria Ministerial nº 693 05/07/2000, posteriormente sendo atualizada em 12/07/2007 pela Portaria 1.683, direcionada a esta população, garantindo e qualificando tal assistência, uma vez que tem como premissa unir o cuidado humanizado aos avanços tecnológicos, estando tal prática inclusa na tabela de procedimentos do SUS. O estudo teve como objetivo geral: conhecer como se deu a implantação da Política Nacional de Humanização Método Canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital São Vicente de Paulo; como objetivos específicos: descrever dificuldades e estratégias vivenciadas pelos profissionais de enfermagem que participaram da implantação; avaliar o impacto da implantação na prática diária do setor de Neonatologia. A metodologia trouxe um estudo de abordagem qualitativa de caráter exploratório descritivo, amostra aleatória, composta por cinco profissionais de enfermagem, tendo como critérios de inclusão, profissionais que vivenciaram a implantação da política nacional de humanização na UTI-N do Hospital São Vicente de Paulo, que aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; como critérios de exclusão, profissionais que não eram da área de neonatal, que não vivenciaram tal período e ainda que não aceitasse assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados ocorreu de acordo com o cronograma. A proposta de estudo foi analisada pela Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital São Vicente de Paulo, bem como pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Passo Fundo - UPF atendendo a Resolução 196/96 seguindo a Plataforma Brasil. Após o estudo ser aprovado, deu-se início a coleta de dados, por meio de entrevista

semi-estruturada, sendo os registros feitos por manuscrito pelo pesquisador no mês de julho 2013. Cada sujeito foi identificado numericamente de acordo com a entrevista (E1, E2...), mantendo assim o sigilo e o anonimato do mesmo. Os dados foram analisados por meio de categorização e serão divulgados em publicações e eventos científicos. Os resultados obtidos com os sujeitos mostraram que a proposta de implantação foi apresentada a instituição por meio de um convite do Ministério da Saúde, a fim de contemplar a proposta da Portaria nº 1. 683 de 12/06/2007, que garante a assistência adequada ao prematuro bem como traz incentivo a instituição. Foi concretizada pela equipe de enfermagem, tendo seu primeiro atendimento canguru em 20/08/2002 e por meio de educação, capacitação, a equipe foi se aprimorando e o cuidado aconteceu. As dificuldades relatadas foram desde área física reduzida, passando pelo cansaço da mãe prematura até a descrença de profissionais que não entendiam a proposta do cuidado canguru. Contudo, estas barreiras foram vencidas pela equipe, por meio de estratégias em prol da qualidade de vida do RN prematuro, e sua família, como: persistência, educação continuada, sensibilização diária dos profissionais, pequenas mudanças nas rotinas, mas diárias, comprometimento com o educar e cuidar. Hoje a prática de tal método mostra mães mais seguras, empoderadas para cuidar do filho, organização do suporte para o cuidado domiciliar, acompanhamento deste nenê no segmento ambulatorial certificando a proposta do Método Canguru como um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social. É possível dizer que a prática de humanização ao binômio e porque não dizer, trinômio prematuro, garante o futuro de uma humanidade melhor. A enfermagem como ciência que tem em sua essência o cuidar e educar, por meio do conhecimento, tem reais possibilidades de garantir em cada ato humanizado essa melhoria que deve ultrapassar a esfera tecnicista, vinculando-se ao saber cuidar de forma integral e natural, ou seja, tornar este entendimento parte de um todo, simples e rotineiro, uma vez que o cuidado representa uma atitude de ocupação, de envolvimento e de responsabilidade com o outro. DESCRITORES= humanização; contato pele a pele, método canguru. Airès P. História Social da Criança e da Família. Tradução de Dora Flaksman. 2ºed., Brasil, 1981. 50-276p. Paim JS. Temas em Saúde - O que é o SUS? Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2009. 30p. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao Rescém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru 2011. 10p. Disponível em:www.saúde.gov.br/bvs acesso em 01/04/2013 Costa R, Monticelli M. O método mãe-canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. Rev. Bras. Enf. 2006. 59(4): 578-579.

14224

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRICIA JULIMEIRE CUNHA FAGUNDES DE LIMA

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UTI NEONATAL PROPORCIONANDO CUIDADO INTEGRAL AO BINÔMIO FAMÍLIA ? RN DE ALTO RISCO

Lima, PJC; Gowatski, ELD;

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia cientifica que implementada na prática assistencial, confere maior segurança aos pacientes, melhora a qualidade da assistência e sustenta maior autonomia aos profissionais de enfermagem. O estudo objetivou conhecer a experiência dos Enfermeiros na utilização da SAE na prática de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) e também identificar qual a percepção dos enfermeiros sobre a utilização da SAE para o cuidado integral ao binômio família e recém-nascido de risco. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa por meio do método exploratório descritivo. A questão norteadora foi "Como o enfermeiro utiliza a SAE para o cuidado integral ao binômio família e recém-nascido de risco na UTI Neonatal. Os sujeitos da pesquisa foram cinco enfermeiros atuantes na UTI Neonatal de um Hospital Pediátrico de Grande Porte de Curitiba - PR. As informações foram coletadas por meio de entrevista semi-estruturada gravada. Para o processo analítico dos discursos utilizou-se a Analise de Conteúdo proposta por TURATO (2010). Da analise de dados emergiram duas categorias e seis subcategorias. As categorias foram: A Prática do cuidado do enfermeiro sustentada pela SAE e O Enfermeiro da UTI Neonatal proporcionando ao binômio família e recém-nascido de risco o cuidado integral por meio da utilização da SAE. A realização do presente estudo possibilitou um maior conhecimento e aprendizado sobre a SAE na teoria e na prática diária com os enfermeiros na UTI Neonatal e, estimula a utilização da SAE pelos enfermeiros na UTI Neo assim imprescindivelmente trazendo benefícios para o recém-nascido de risco e a família neste ambiente cuidados complexos. Assistência de Enfermagem, Recém-nascido, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

14445

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRÍCIA NATÁLIA MONTEIRO LEITE

CARACTERIZAÇÃO DA ORIGEM DE NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA UNIDADE PEDIÁTRICA DO RIO DE JANEIRO

Leite, PNM; Cabral, IE;

As CRIANES são crianças que demandam cuidados individuais, apresentam fragilidades e necessitam de acompanhamento dos serviços de saúde e sociais, entretanto pouco se sabe sobre a origem das necessidades especiais de saúde. Portanto objetivou-se identificar e caracterizar a origem das necessidades especiais de saúde de CRIANES internadas em uma Unidade Pediátrica através do método quantitativo exploratório descritivo. Foram utilizados como fonte de informações os formulários da passagem de plantão do mês de junho de 2013. Foram excluídas as crianças que não apresentavam necessidades especiais de saúde de caráter permanente, ou seja, das 104, selecionaram-se 23 crianças. Os resultados indicam que todas apresentaram demandas de cuidados de desenvolvimento, tecnológico, medicamentoso, habituais modificados ou mistos. A origem da necessidade especial esteve diretamente relacionada ao período perinatal, 74% (17) apresentaram diagnósticos por essas causas. Os diagnósticos atuais relacionaram-se aos sistemas: neurológico (6), imunológico (5), respiratório (5), onco-hematológico (5), cardiológico (3), digestório (2) e genito-urinário (1). A média do tempo de internação foi de 31 dias. Um criança se reinternara quatro vezes. A idade da maioria delas (69%) variou de 3 meses a 5 anos de idade. Quanto aos dispositivos tecnológicos, houve predominância de crianças em uso de cateter venoso, 65% (15) estavam com acesso venoso periférico, profundo ou PICC. O uso de sonda para alimentação (60%) e outros envolvidos com ventilação artificial (43%). Desses, 22% (5) estavam em MNBZ e 17% (4) com traqueostomia. Evidencia-se associação entre a origem das necessidades especiais de saúde e o período perinatal. Faz-se necessário expandir a comunicação e trocas de saberes, acerca dos cuidados demandados por CRIANES, entre os profissionais de saúde e a família. Ministério da Saúde (Brasil). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações - IDB/2004. 2011. Descritores: Criança hospitalizada. Enfermagem. Doenças crônicas.

14453

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRÍCIA NATÁLIA MONTEIRO LEITE

O PROGRAMA CEGONHA CARIOCA E O RECÉM-NASCIDO: NECESSIDADE ESPECIAL DE SAÚDE DE RECÉM-NASCIDOS

Leite, PNM; Cabral, IE; Moraes, JRMM;

No ano de 1990, as taxas brasileiras de mortalidade infantil indicavam que em cada mil crianças nascidas vivas, 58 morriam antes de completar cinco de anos de vida; em 2011, este índice foi de 16. O componente neonatal manteve-se como o principal desafio, pois correspondia a 50% do total de mortes no primeiro ano de vida. No Rio de Janeiro dos anos 1990, as altas taxas de mortalidade infantil deviam-se entre outros aspectos à dificuldade de acesso ao serviço em tempo oportuno, avaliação materna e fetal inadequada durante o trabalho de parto e ao elevado número de cesarianas. A SMS/RJ iniciou em 2010, o Programa Cegonha Carioca, integrando a Rede Cegonha do Ministério da Saúde, em 2011. O Programa é implementado no módulo referência pré-natal - Maternidade, no módulo acolhimento - classificação de risco, e no Módulo transporte. No entanto, pouco se sabe sobre os efeitos da implantação do Programa nas maternidades da rede cegonha. Tem-se por objetivos identificar e analisar os efeitos da implantação da Cegonha Carioca quanto ao acesso a Maternidade. O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, (Parecer nº106A/2013). O método quantitativo descritivo teve como fonte de informações, o TABNET/SMS-RJ, sendo coletados dados sobre o nascimento de recém-nascidos cujas mães residiam ou não na área adstrita à Maternidade Herculano Pinheiro (AP 3.3), incluindo óbito; tipo de parto, peso e idade gestacional; consulta pré-natal, residência ou não na área e diagnóstico médico. Dois períodos foram utilizados como referência para a busca e análise quantitativa de dados, o pré-implantação do Programa (2007-2009) e pós-implantação (2010-2012) e a coleta realizada em 2013. Quanto a variável diagnóstico médico, foi utilizado recorte de 2008-2009 e 2010-2012. A estatística simples foi adotada para análise das informações. O universo da pesquisa correspondeu a 10.618 recém-nascidos (RN) vivos, entre 2007-2009 e 10.033 RN vivos, entre 2010-2012. No período anterior a implantação do Programa, 6.717 (63%) nascimentos eram de mulheres residentes dentro da área adstrita à Maternidade e 3.901 (37%) de fora da Área. Já no período pós-implantação 6.497 (65%) nascimentos eram de residentes na Área, e 3.536 (35%) fora dela. Não havendo diferença estatisticamente significativa entre ambos os períodos. Em relação ao número de parto e nascimento, entre 2007 e 2009, registra-se 6.717, sendo 5.586 (83%) por parto normal e 1131 (17%) por cesárea; de 2010 a 2012, nasceram 6.497 RN, sendo 5.012 (77%) por parto normal e 1.485 (23%) por cesárea. Esses dados apontam para uma maior prevalência de nascimentos por parto normal do que cesariana, em cada período isoladamente; mas comparando-se os dois períodos, houve uma queda de nascimento por parto normal, da ordem de 6% e igual aumento no índice de cesariana. Do total de 6717 nascimentos no período pré-implantação (2007-2009) registra-se 6376 (94,9%) com idade gestacional a termo, dos quais 5.340 (84%) nasceram por parto normal e 1.036 (16%) por cesariana. Dos 334 (5%) pré-termos, 241 (72%) nasceram por parto normal e 93 (28%) por cesárea. Entre os 7 (0,1%) pós-termo, 5 (71%) nasceram por parto normal e 2 (29%) por cesariana. Já no período pós-implantação (2010-2012) registra-se 6.497 nascimentos, 5.777 (89%) foram de à termos, sendo que 4.513 (78%) nasceram por parto normal e 1.264 (22%) por cesariana. Entre os 524 (8%) de pré-termos, 361 (69%) por parto normal e 163 (31%) por parto cesárea. Finalmente, os 196 (3%) pós-termos, 132 (67%) nasceram por parto normal e 64 (33%) por cesariana. No período pré-implantação, 6.151 (91,5%) nasceram com peso adequado (acima de 2.500g). Dos 566 (8,3%) RN com baixo peso (inferior a 2.500g), 243 (43,1%) nasceram pré-termos. No pós-implantação do Programa, 5.978 (92%) nasceram com peso

adequado (acima de 2.500g). Dos 519 (8%) RN com baixo peso (inferior a 2.500g), 248 (48%) eram pré-termos. Esses dados indicam uma ligeira elevação no número de nascimentos pré e pós-termo, e uma queda no percentual de nascimentos a termo, ao tempo em que leva-se a inferir que nasceram RN a termo com peso baixo para a idade gestacional. No período pré-implantação, entre os 6.717 RN vivos, 5.516 (82%) eram de mulheres que realizaram sete ou mais consultas pré-natal e no pós-implantação (2010-2012), dos 6.497 nascimentos, 5.478 (84%) realizaram sete ou mais consultas. A não adesão ao pré-natal foi de 18% (1201) contra 16% (1019) das mulheres que não realizaram nenhuma consulta ou compareceram a menos de três consultas nos períodos pré e pós implantação do programa. Do total de 10.618 registros de Nascidos Vivos na maternidade no período pré-implantação (2007-2010), 6.717 (63%) refere-se a mães residentes na área enquanto 3.901 (37%) de fora. Ao cruzarmos local de moradia com tipo de parto, percebe-se que entre as residentes na área, 5.586 (53%) tiveram seus filhos por parto normal e 1.131 (10%) por parto cesárea. Entre aquelas residentes fora da área, 3.257 (31%) deram à luz por parto normal e 644 (6%) por parto cesárea. No pós-implantação (2010-2012), registra-se 10.333 nascimentos dentro e fora da área, 6.497 (65%) de mães residentes na área e 3.536 (35%) fora dela. Entre as mães residentes na área, 5.012(50%) deram à luz por parto normal e 1.484 (15%) por cesárea. As moradoras de fora da área totalizaram 2.737 (27%) partos normais e 797 (8%) cesáreas. Aumentou os nascimentos por parto cesárea de RN vivos de dentro e fora da área e diminuiu os nascimentos por parto normal. As taxas de óbitos de RN (redução de 40%) entre as mulheres que residiam fora e dentro da área apresentaram pouca variação, o que indica um padrão de eficácia o fato de a mulher contar com o componente transporte como parte do Programa. A maioria dos RN (86%), em ambos os períodos, que evoluíram a óbito eram pré-termos e apresentaram baixo e/ou extremo baixo peso. Quanto ao diagnóstico médico como determinante das internações em terapia intensiva, destaca-se nos dois períodos (2008-2009 e 2010-2012), que as causas congênitas associadas ao período perinatal e anomalias cromossômicas reduziram 12,4%; um bom indicativo, uma vez que as necessidades especiais de saúde de CRIANES podem associar-se às causas congênitas. As causas adquiridas aumentaram 14%. Os diagnósticos relacionados ao sistema cardiológico reduziram de 499 para 405; respiratório, de 519 reduziu para 429; causas infecciosas específicas do período perinatal, aumentaram de 334 para 463; causas hematológicas reduziram de 232 para 77. As condições de acesso, parto e nascimento estão diretamente relacionadas na determinação de necessidades especiais de saúde de recém-nascidos. Conclui-se que a quebra de barreiras no acesso ao serviço de saúde para gestante pode contribuir na redução de cesarianas desnecessárias decorrentes de intervenções emergenciais. A inversão da taxa de morbimortalidade neonatal e impacto positivo nos indicadores de saúde resultam da vinculação à maternidade desde as primeiras consultas pré-natal. O programa ainda é recente. Torna-se importante a realização de novas pesquisas na ótica dos efeitos após a implementação do novo modelo assistencial. Implicações: o enfermeiro possui papel determinante na adesão às políticas públicas, na melhoria da qualidade da assistência pré-natal, parto e nascimento, e consequentemente na redução de novos grupos de crianças com necessidades especiais de saúde. Secretaria Municipal de Saúde (RJ), Sistema de informação em saúde [internet]. [acesso em 2013 mar 26]. http://www0.rio.rj.gov.br/tabnet/. Descritores: Recém-nascido. Enfermagem. Morbidade neonatal.

14654

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRÍCIA TAVARES CARLETO

DIFICULTADORES NA MANUTENÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NA PERCEPÇÃO DOS TECNICOS DE ENFERMAGEM DE UMA UTI NEONATAL

Carleto, PT; Trovo, HC; Luis, SU; Alves, MA; Oliveira, ECV;

Introdução: Os avanços na assistência neonatal proporcionaram uma diminuição do índice de mortalidade, especialmente dos bebês prematuros e outros gravemente doentes. Esses recém-nascidos poderão exigir maior cuidado e atenção, consubstanciados, provavelmente, em utilização de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e cuidados constantes de enfermagem e médicos neonatologistas capacitados, com tempo de internação e gastos imprevisíveis. A UTIN constitui um meio importante no tratamento e sobrevida de neonatos graves, porém, ao mesmo tempo, é um ambiente estressante onde o recém-nascido é constantemente submetido a procedimentos dolorosos que se fazem necessários para sua sobrevivência. A manutenção do acesso venoso em neonatos clinicamente instáveis, internados em unidades neonatais, é um desafio aos profissionais responsáveis pela sua assistência, devido à limitação da rede venosa e pela perda do acesso venoso frequente, causando a interrupção da infusão de líquidos e eletrólitos, comprometendo sua eficácia e a integridade dos vasos periféricos com certas complicações. Estas complicações podem ser locais ou sistêmicas e podem estar associadas a algumas características da terapêutica intravenosa prescrita, como a alta osmolaridade e as concentrações superiores a 12,5% que são irritantes e vesicantes aos vasos periféricos e inviabilizam sua infusão por cateter venoso periférico curto. Entre os avanços tecnológicos na assistência neonatal, ocorridos na segunda metade do século XX, o dispositivo Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) surgiu como método de primeira escolha de acesso vascular prolongado em neonatos prematuros em razão de sua elevada taxa de sucesso de inserção e baixo risco de complicações. O PICC é um dispositivo intravenoso de inserção periférica, com localização de ponta central, de longa permanência, que beneficia o tratamento do paciente criticamente enfermo, em especial, dos recém-nascidos, permitindo a infusão de soluções hiperosmolares, com pH não fisiológico e drogas parenterais irritantes. Além disso, possibilita a diminuição das punções venosas periféricas, a exposição do neonato à dor e à manipulação excessiva, consequentemente, o estresse e configura-se como um acesso confiável para a infusão de soluções irritantes e vesicantes. Durante a instalação e manutenção do PICC, a assistência de enfermagem em UTIN adquire elevada importância como estratégia de segurança ao paciente, devendo priorizar a prevenção e a detecção precoce de complicações relacionadas ao cateter que podem influenciar na ocorrência de remoção não eletiva. Objetivos: Descrever o conhecimento destes profissionais sobre as principais informações, indicações, contra-indicações, vantagens, desvantagens, complicações imediatas, cuidados de enfermagem pós inserção e na manutenção da permeabilidade do PICC; identificar os fatores dificultadores para a manutenção do PICC na percepção dos técnicos de enfermagem em seu primeiro ano de implantação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino, em Uberaba/MG, com as profissionais técnicas de enfermagem que responderam a um questionário autoaplicativo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (protocolo nº 1600). Os participantes foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e participação voluntária. A coleta de dados foi realizada somente após anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG/BIC-JR). Resultados: Participaram desta pesquisa 63

técnicas de enfermagem, sendo que a maioria possuía idade entre 20 e 39 anos. Com relação ao tempo de exercício profissional na UTIN, 56% possuíam de 1 a 5 anos, 19% possuíam de 6 a 10 anos, 11% mais de 10 anos, 11% menos de 1 ano e 3% não informaram. Observou-se que 10% das participantes possuíam, além da formação da técnica, graduação em Enfermagem. Todas referiram já ter manipulado o PICC e 87% relataram ter recebido treinamento para manipulação do mesmo. A maioria (62%) referiu que não tinha dúvidas com relação à manipulação do cateter e conheciam o posicionamento correto da ponta do cateter. 73% das participantes conheciam as indicações e 49% não possuíam conhecimento sobre as contra-indicações do PICC. 98% conheciam suas vantagens e 52% suas desvantagens de sua utilização. Quanto aos cuidados pós inserção do cateter, 25% das participantes não souberam identificar as complicações imediatas e todas responderam adequadamente sobre os principais cuidados para a manutenção da permeabilidade do cateter. Quanto aos conhecimentos necessários à correta manipulação do cateter, todas as participantes relatam saber quais as seringas que podem ser utilizadas no PICC e 5% tiveram dúvidas sobre as soluções que podem ser infundidas pelo cateter. Os principais dificultadores citados pelas participantes foram: falta de cuidado por parte dos profissionais, baixo calibre dos cateteres facilitado a obstrução, refluxo sanguíneo freqüente, falta de equipamentos adequados, falta de materiais adequados e falta de treinamento permanente da equipe. Conclusão: Através dos dados obtidos nesta pesquisa, verifica-se que a equipe de enfermagem da UTIN possui conhecimento sobre o PICC, em especial, sobre as etapas de pré inserção e inserção. Em relação aos cuidados pós inserção, os principais fatores dificultadores na manutenção do Cateter Central de Inserção Periférica, citados pelas participantes desta pesquisa, estão, em sua maioria, relacionados à fundamentação teórico-prática. Evidencia-se, dessa forma, a importância da Educação Permanente e da atualização profissional para uma assistência segura e de qualidade. Contribuições/implicações para a Enfermagem: A assistência de enfermagem é imperiosa para a manutenção do Cateter Central de Inserção Periférica. Dessa forma, conhecer as dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem para manutenção deste cateter constitui ferramenta valiosa para o diagnóstico e a busca de soluções, bem como, para o planejamento da Educação Permanente a fim de melhorar a qualidade da assistência, do cuidado prestado e a segurança dos neonatos. Descritores: Dispositivos de Acesso Vascular. Enfermagem Neonatal. Cuidados de enfermagem. Referências: Costa Priscila, Kimura Amélia Fumiko, Vizzotto Mirella de Pádua Souza, Castro Talita Elci, West Andresa, Dorea Eny. Prevalência e motivos de remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em neonatos. Revista Gaucha de Enfermagem. 2012; 33(3):126-133. Dorea Eny, Castro Talita Elci, Costa Priscila, Kimura Amelia Fumiko, Santos Fernanda Matilde Gaspar. Práticas de manejo do cateter central de inserção periférica em uma unidade neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2011; 64(6):997-1002. Motta Patricia das Neves, Fialho Flávia Andrade, Dias Iêda Maria Ávila Vargas Dias, Nascimento Lilian. Cateter central de inserção periférica: o papel da enfermagem na sua utlização em neonatologia. HU Revista. 2011; 37(2):163-168. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RISPA. Indicadores e dados básicos para a saúde - 2007 (IDB-2007). [Internet]. Brasília (DF): OPAS,2008. 19 p. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf.

14292

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PAULA CAROLINA BEJO WOLKERS

CUIDADOS RELACIONADOS À MANUTENÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) EM RN: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Rocha, PRS; Aguiar, TV; Araújo, AS; Wolkers, PCB;

CUIDADOS RELACIONADOS À MANUTENÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) EM RN: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA Introdução: A utilização do cateter central de inserção periférica (PICC) tem se tornando um procedimento essencial na terapia intravenosa em recém-nascidos. O seu uso é considerado uma via de acesso venoso segura, apresenta maiores benefícios quando comparados aos outros tipos de cateteres. Objetivo: evidenciar os aspectos principais relacionados à manutenção adequada do PICC na literatura. Metódologia: trata-se de uma revisão integrativa, utilizando como fonte de pesquisa SCIELO, MEDLINE e LILACS com os descritores em saúde abaixo descritos. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados no período de 2001 a dezembro de 2011, no idioma português e que abordassem a utilização do PICC em RNs. Resultados: foram 16 artigos e duas categorias de discussão: complicações relacionadas ao do PICC e cuidados relacionados à manutenção do PICC. As complicações mais comuns relacionadas ao PICC são: obstrução de cateter, ruptura, mau posicionamento, arritmia cardíaca, infecção, trombose, flebite, infiltração e extravasamento. Os principais cuidados para sua manutenção são: manter fluxo de infusão contínuo/realização de "flush", cuidados com ruptura, radiografia, curativo e sistematização de enfermagem. Conclusão: O conhecimento científico e técnico é imperativo no manejo do PICC, possibiltiando a detecção precoce de eventos adversos, e possibilitando a intervenção resolutiva destas complicações. Considerações/implicações para a enfermagem: O enfermeiro deve ser capaz de treinar a sua equipe para reconhecer e proceder diante as suas peculiaridades e exercerem uma assistência de qualidade. Descritores: Cateterismo venoso central, cateterismo venoso periférico, unidade de terapia intensiva e recém nascido. Referências Barbosa JP. A importância do enfermeiro no manuseio do PICC na unidade de terapia intensiva neonatal.R.Pesq:Cuid.Fundam. 2011; 3(2):1827- 34. Dórea E, et al. Práticas de manejo do PICC em uma unidade neonatal. Rev.Bras.Enferm. Online. 2011;64(6):997-1002.

14191

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PAULA CRISTINA ZANINI

ASSISTÊNCIA À SAÚDE NEONATAL NA PENITENCIÁRIA FEMININA DE RONDONÓPOLIS-MT: REAL X IDEAL

Zanini, PC; Silva, CF; Silva, CMN; Castilho, RT; Bergamo, MV; Silva, WC;

ASSISTÊNCIA À SAÚDE NEONATAL NA PENITENCIÁRIA FEMININA DE RONDONÓPOLIS-MT: REAL X IDEAL Paula Cristina Zanini ; Catiane Ferreira da Silva; Coracy Moreira Neres da Silva; Rayane Teixeira Castilho; Vinicius de Mello Bergamo ; Wémerson Cavalcante Silva; As Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança tem evoluído consideravelmente nos últimos anos e inclui as situações de privação da liberdade em suas diretrizes e protocolos. O presente trabalho, em andamento, busca desvendar as praticas de assistência prestada às puérperas e recém-nascidos na realidade do sistema prisional, comparando a realidade encontrada com o preconizado pelo Ministério da Saúde, por meio de entrevistas semi-estruturadas com puérperas e profissionais da Cadeia Pública Feminina de Rondonópolis-MT. Verificar até que ponto é cumprido à preconização da assistência à saúde da mulher/criança facilitar a identificar necessidades e prioridades e, possibilita a sugestão de uma assistência de boa qualidade, humanizada e integral. Descritores: Neonatologia, Assistência à Saúde. Referências Bibliográficas Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) [Internet]. Brasília; 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pd. Strazza L, Azevedo RS, Boccia TMQR, Carvalho HB. Vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres com alto risco de exposição: menores infratoras e detentas do estado de São Paulo, Brasil. J Bras Doenças Sex Transm. 2005;17(2):138-42. Organização Mundial da Saúde (OMS). HIV/Aids em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio. Marco referencial para uma resposta nacional eficaz. Genebra; 2005. 2 Acadêmica de enfermagem Universidade de Cuiabá. E-mail: paula_cristina_zanini@hotmail.com 1 Enfermeiro Especialista em Gestão em Saúde, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Cuiabá

14098

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PAULA STURZA BOLZAN

VIVÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DO ÓBITO FETAL A TERMO

Bolzan, PSB; Ebling, SBDE; Strazzabosco, APRS; Bacelar, JMD; Oliveira, MFO; Franco, FPF;

A enfermagem baliza-se no cuidado do outro, compreendendo-o, em seu aspecto físico, social e emocional. O cuidado ocorre em todas as etapas da vida, ou seja, desde ao nascer até o morrer. A morte enquanto atributo próprio à vida ocasiona em sua ocorrência emoções múltiplas. O enfermeiro cuja essência da formação é o cuidado ao ser humano, apresenta-se predisposto a atuar em seu dia-a-dia com o processo de morrer e a morte. Frente a este contexto, este resumo tem como objetivo relatar uma experiência vivenciada por acadêmicos do Curso de Graduação de Enfermagem da URI - Campus Santiago, frente à situação de óbito fetal ocorrida num Hospital da Região Sul do Brasil durante as práticas curriculares da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher. No transcorrer do terceiro dia estágio, os acadêmicos de enfermagem aguardavam e preparavam-se para a recepção do recém-nascido, o qual nasceria de cesariana eletiva. Aliado a expectativa da chegada do RN, os cuidados de enfermagem relacionados à admissão de recém-nascido no berçário foram todos devidamente preparados. Após o término da cesariana, os acadêmicos e equipe de enfermagem são surpreendidos com a notícia da morte do RN. No que tange aos sentimentos dos acadêmicos frente a esta situação, a primeira reação foi de impotência, seguida de despreparo emocional. Observou-se então o quanto fragilizado está à preparação acadêmica e até mesmo dos profissionais do serviço, frente o processo de morte e perda, principalmente quanto se trata de recém-nascidos. Portanto, torna-se imprescindível fomentar discussões e reflexões com maior ênfase em relação à morte na formação, de forma a amenizar e suavizar a angustia e as incertezas decorrentes deste processo nos profissionais de saúde em especial da enfermagem, bem como a necessidade de preparo para atuação junto à família nesse contexto. Descritores: Natimorto, Estudantes de Enfermagem, Pesar.

14514

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

POLLYANA CAMPOS LIMA

A INSERÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NEONATAIS EM UMA UNIDADE NEONATAL NO ESTADO DE ALAGOAS

Lima, PCL; Fernandes, AJCF; Lívio, TAL; Medeiros, MASM; Lima, CML; Mascarenhas, MLVCM;

INTRODUÇÃO: No Brasil, ao longo das últimas décadas, o conjunto de intervenções voltadas para a atenção ao período da gestação e primeiro ano de vida esteve sempre no escopo das políticas públicas de saúde. A elaboração das políticas públicas voltadas ao recém-nascido culminou na consolidação de diversas leis e programas de saúde, voltados à atenção materno-infantil, que tiveram papel preponderante na organização dos sistemas e serviços de saúde1. Em 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o recém-nascido passou a integrar as preocupações no âmbito das políticas, especialmente por se beneficiar da atenção em saúde voltada à sua genitora. Conforme vigência até os dias atuais, o ECA pretende assegurar à gestante, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento antes e após o parto, proporcionar condições adequadas ao aleitamento materno, e também, a implantação de alojamentos conjuntos nas instituições de saúde, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe2. Centrando esforços em direção aos princípios da humanização do atendimento materno-infantil, o MS lançou, em 1993, a portaria GM/MS n°.1016, tornando obrigatória a implantação do alojamento conjunto durante o período de internação da gestante e do recém-nascido em todo território nacional, considerando a necessidade de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento mãe-filho e o desenvolvimento de programas educacionais. Ainda no âmbito da assistência, em 1994, o MS lançou a Iniciativa de Hospitais Amigos da Criança (IHAC), por meio de duas portarias: uma assegurando pagamento de 10% a mais sobre assistência ao parto a Hospitais Amigos da Criança vinculados ao SUS, e outra, estabelecendo critérios para o credenciamento dos hospitais como Amigos da Criança, No Brasil, a prática do aleitamento materno está muito aquém da recomendada e segundo pesquisa realizada em 2008 constatou-se que o tempo mediano de aleitamento materno exclusivo é de apenas 54,1 dias e o tempo mediano de aleitamento das crianças brasileiras entre 9 e 11 meses é de 341,6 dias3. No campo específico da qualidade da atenção neonatal, estratégias que possam garantir o acesso a práticas assistenciais adequadas e baseadas nas melhores evidências disponíveis são urgentes e prioritárias. Em vários países, as redes colaborativas neonatais têm se consolidado com o objetivo de melhorar a efetividade e a eficiência da assistência neonatal, por meio de programas coordenados de pesquisa, educação e projetos de melhoria da qualidade. Neste contexto, a preocupação com a qualidade de vida e com os aspectos éticos que envolvem a sobrevida de prematuros extremos é um desafio bastante significativo nos países desenvolvidos e deve ser da mesma forma, objeto de reflexão sistemática e abrangente em nosso meio. É importante considerar que as práticas neonatais no atendimento de recém-nascidos de risco, além de influenciadas por este contexto, vivem, assim como outras áreas da terapia intensiva, um momento de intensa reavaliação. Apesar da assistência ao recém-nascido em unidades neonatais ter passado por importantes transformações, seja em virtude das inovações tecnológicas, seja na perspectiva da inserção da família e outras práticas constatamos ainda a necessidade de minimizar o impacto negativo de intervenções inerentes ao ambiente da terapia intensiva neonatal, imprescindíveis para a sobrevida do prematuro, mas, por vezes, invasivas e agressivas4. Nesta área, também temos boas perspectivas. Já é possível falar na experiência brasileira com uma política pública de humanização no atendimento neonatal de risco - o Método Canguru. Na proposta da Atenção Humanizada, o contato pele a pele e a posição canguru estão inseridos num conjunto de intervenções comprometidas com a integralidade do cuidado ao RN e sua família

no período da internação e com sua saúde e qualidade de vida após a alta5. Objetivo: Descrever a experiência de residentes de enfermagem em neonatologia na aplicação das boas práticas neonatais em uma unidade neonatal do Estado de Alagoas. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de experiência da execução de boas práticas neonatais em uma Unidade Neonatal do estado de Alagoas. Resultados: Apesar da difícil realidade da assistência à saúde neonatal na saúde pública tentamos ao máximo promover uma assistência qualificada e humanizada através de ações no dia a dia e tentando estimular a equipe para tais ações como: promoção do incentivo a realização de procedimentos invasivos em dupla para melhor acalentar o recém nascido buscando minimizar o desconforto do mesmo e para melhor organizar a assistência; Contato pele a pele- estímulo a presença dos pais no processo de recuperação do filho; Sucção não-nutritiva (não ajuda a diminuir a dor, mas inibe a hiperatividade e ajuda o RN a se organizar); Glicose a 25% VO 1 a 2 minutos antes do procedimento, na parte anterior da língua - Pode ser associado a sucção não-nutritiva (diminui o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, através da liberação de endorfinas endógenas); Rns mais debilitados em que seja necessário realização de procedimento que cause bastante desconforto e estresse, é administrado medicação analgésica em conversa com pediatra, o mesmo prescreve; administração de leite ou amamentação - estímulo ordenha do leite próximo a incubadora com os devidos cuidados de higiene; Contenção, posicionamento e enrolamento (melhorando tônus e postura); preservação do ambiente o mais acolhedor possível (Controle da incidência de luzes sobre o RN e Diminuição do ruídos(controle dos alarmes das incubadoras, oxímetros, além conscientização da equipe sobre conversas próximo aos recém-nascidos, bem como outros meios que venham a causar estresse são minimizados; Manipulação mínima e sempre que possível agrupar os cuidados; Uso mínimo de fitas adesivas, e sempre que possível optar pelo uso do micropore; Planejamento das coletas de exames necessários; Estímulo a conversar com o RN; Relaxamento e Toque terapêutico; (tem o propósito de aliviar a dor por promover relaxamento e distração, além de ativar mecanismos inibitórios da dor.); Musicoterapia durante o procedimento; Banho de imersão aos Rns mais estáveis; Aplicação do Método canguru. Conclusão: Entendemos que apesar dos reconhecidos avanços conquistados em termos de políticas públicas de saúde no Brasil, há um longo e difícil caminho na busca da qualidade da assistência neonatal no qual a superação das desigualdades se apresenta como desafio para todos que lutam pela vida como um direito de todos. Contribuições e implicações para a enfermagem: Este trabalho ressalta a busca por uma assistência de qualidade e humanizada para recém-nascidos que dia a dia lutam por sua sobrevivência e a enfermagem tem papel fundamental nessa assistência por estarem 24 horas ao lado desses pequenos. Descritores: Humanização da assistência, Enfermagem, Recém-nascido.

Referências: 1-Costa R et al.; Políticas Públicas De Saúde Ao Recém-Nascido No Brasil: Reflexos Para A Assistência Neonata Disponível em: http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1vol1ano1_artigo4.pd 2- Brasil. Câmara dos Deputados. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3. ed. Brasília, DF, 2001. [citado em: 25 jul 2008]. Disponível em: http://www2.camara.gov.br/publicacoes/internet/publicacoes/estatutocrianca.pdf 3- Ministério da Saúde (BR). Normas básicas para alojamento conjunto: passo 7: iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Brasília, DF, 1994. 4- Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. Revista Eletrônica de enfermagem [serial on-line] 2007 jan-abr; 9(1):200-213. [citado em: 13 mar 2009]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm 5- Ministério da Saúde (BR). Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

14009

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PRISCILA CARDOSO DE ASSIS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO E A NECESSIDADE DE UM OLHAR HUMANIZADO

Assis, CP; Vargas, SG; Rosa, OD; Pieszak, G; Ebling, DBS;

Com os avanços científicos e tecnológicos o fenômeno do parto passou por algumas transformações, o processo de parturição que antes era realizado no domicílio e considerado um evento familiar, nas últimas décadas, tornou-se acontecimento hospitalar1. Neste processo de hospitalização a parturiente passa a ser submetida às decisões da equipe de saúde, isso implica em adaptações às rotinas do hospital, modificando os hábitos de vida da mulher. Buscando resgatar a mulher e sua família como protagonistas do evento parto e nascimento, o Ministério da Saúde vem propondo nas últimas décadas, políticas voltadas à humanização da assistência ao parto e nascimento, as quais objetivam a desmedicalização do corpo da mulher e do ato de parir2. Assim, as políticas proporcionam o enfoque na mulher como protagonista de seu parto, na autonomia do parto e no cuidado ao seu filho. A humanização do parto e nascimento compreende no dever dos hospitais em receber com dignidade a mulher, o RN e família, isto requer uma atitude ética dos profissionais e instituições, proporcionando um ambiente acolhedor, que seja também de aprendizado, que viabilize a troca de saberes. O período neonatal é considerado vulnerável, devido aos fatores biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, necessitando de cuidado integral e qualificado com o objetivo de proteção social e de saúde, a valorização dos direitos sendo incorporados pelos profissionais por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente. Os profissionais enfermeiros possuem um papel importante na atenção à saúde do RN, e este cuidado se inicia à puérpera, por meios da atenção no pré-natal e das orientações ofertadas. Neste contexto de atenção à saúde da gestante e puérpera, tem-se a finalidade de empoderar a mulher no cuidado ao seu filho com qualidade e responsabilidade, possibilita o crescimento e desenvolvimento infantil adequado e a qualidade de vida do RN. Sabe-se que estas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, têm grande importância, pois influenciam na condição de saúde dos indivíduos. Neste sentido, vem sendo enfatizada a relação determinante entre a vida intrauterina, as condições do nascimento, o período neonatal e a repercussão destes na saúde da criança. Portanto a assistência de enfermagem no cuidado ao RN e família é de suma importância para promoção e prevenção da saúde. Neste sentido, este estudo objetivou relatar a vivência dos cuidados de enfermagem ao RN em um Alojamento Conjunto de um hospital do interior do estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um relato de experiência acerca dos cuidados de enfermagem realizados ao RN e família. A vivência foi realizada pelas acadêmicas do oitavo semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Santiago. As atividades foram desenvolvidas no Alojamento Conjunto, onde foram realizadas práticas de cuidado ao RN que se encontrava junto à mãe no alojamento conjunto do referido hospital. Os cuidados dispensados ao RN foram: higienização, estimulação do Aleitamento Materno e as ações de educação em saúde com o objetivo de instrumentalizá-los para a alta hospitalar. Os cuidados de enfermagem também foram direcionados à puérpera, por meio da realização de curativos, auxilio no banho de aspersão, e orientações sobre o autocuidado e do RN. Ao dispensar os cuidados ao RN, foi possível realizar a avaliação do desenvolvimento sensorial e motor com o teste dos reflexos do RN como: Babinski, preensão palmar e plantar, sucção, marcha, moro, e de engatinhar, estes reflexos devem ser avaliados, pois podem trazer informações importantes sobre seu estado de saúde. Sabe-se que a avaliação do desenvolvimento neonatal por meio dos reflexos apresentados pelo RN, permite a avaliação da integridade do sistema nervoso central e a identificação de anormalidades

periféricas, avaliando o grau de maturidade neurológica, fazendo uma busca ativa de patologias neurológicas ou sistêmicas que repercutem no SNC3. O exame físico do neonato pode revelar alterações precoces, quando realizado nas primeiras 24 horas de nascimento. Assim, realizamos o exame físico cefalocaudal, verificação do perímetro cefálico, perímetro torácico, peso e comprimento. No segundo momento, realizamos o banho do RN, higienização das mucosas, e curativo do coto umbilical. O banho é muito importante, pois previne a proliferação de bactérias e a contaminação cruzada, a remoção desses contaminantes reduz o risco de infecção por vírus de hepatite B, herpes simples e viroses por imunodeficiência humana4. Durante o banho é recomendado inspecionar novamente o corpo do RN para notar qualquer tipo de alteração como lesões cutâneas, distribuição incomum dos cabelos, dobras palmares e outras anormalidades menores. Concomitante a realização dos cuidados ao RN, realizou-se as orientações de enfermagem, foi possível realizar ações de educação em saúde junto à puérpera e ao acompanhante acerca da importância destes cuidados. Momento considerado crucial para a troca de informações, esclarecimento de dúvidas, orientações. Assim, além de esclarecer as dúvidas da puérpera e familiares, foi possível diminuir a ansiedade da mãe a respeito dos cuidados ao RN, promovendo uma assistência de qualidade e humanizada. As ações de educação em saúde à família do RN tornam-se necessárias para promover a participação, emancipação, interação e ao diálogo entre equipe de enfermagem e família, contribui para a promoção da autonomia dos usuários, no que diz respeito à valorização dos seus direitos e a condição de sujeito autor da sua trajetória de vida, de saúde e de doença, e preocupação e envolvimento dos profissionais acerca da possibilidade de atuar no cuidado humanizado e integral4. Diante do exposto, conclui-se ser de extrema relevância a educação em saúde no âmbito hospitalar, principalmente no que tange aos familiares e mulheres puérperas frente aos cuidados com o RN no espaço do alojamento conjunto. Frente a esse contexto, percebeu-se que as ações educativas e de cuidado desenvolvidas pelas acadêmicas de enfermagem, proporcionaram momentos de troca entre os envolvidos, aquisição de novos conhecimentos e abertura para discussão e reflexão de mitos e inseguranças diante dos cuidados com o RN. Quanto à equipe de enfermagem, faz-se necessário que oportunize o momento que esteja realizando os cuidados às puérperas para a realização de práticas de educação em saúde junto a sua família, que os sujeitos envolvidos neste processo sejam respeitados e valorizados, bem como as suas questões sociais e culturais, contribuindo assim, para o desenvolvimento de uma assistência humanizada, e para o atendimento integral do RN e sua família. REFERÊNCIAS: 1. Porfírio AB, Progianti JM, Souza DOM. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010; 12(2):3316. Available from: . 2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005. 3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas Públicas, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 100p. (Série Cadernos de Atenção Básica, nº 11- Série A Normas e Manuais Técnicos). 4. Cervo AS, et al; Procedimentos técnicos de enfermagem. Santa Maria, Universidade Federal de Santa Maria, Hospital Universitário de Santa Maria, Direção de Enfermagem, 2006. 240p. Descritores: enfermagem, recém-nascido, neonato.

14433

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PRISCILLA DOS SANTOS VIGO

ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Vigo, PS; Maciel, RO; Reis, AT;

O cuidado intensivo ao recém-nascido deve ser entendido como um tipo de atenção peculiar por tratar-se de uma clientela que apresenta maior vulnerabilidade à morbi-mortalidade, uma vez que ainda estão em adaptando-se a vida extra-uterina1. Os profissionais envolvidos na assistência direta a esta clientela precisam estabelecer e manter entre si, uma comunicação escrita clara e objetiva2. Neste sentido, os registros de enfermagem demandam qualidade, a fim de que possibilitem o acompanhamento do estado de saúde do bebê e promovam a continuidade da assistência, além de ser uma forma de comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional. A presente pesquisa constitui-se um recorte do estudo "Análise dos registros do enfermeiro na unidade de terapia intensiva neonatal" desenvolvido para conclusão do curso de residência em Neonatologia, que tem como objeto a qualidade dos registros do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e objetiva investigar os aspectos estruturais dos registros desenvolvidos pelos enfermeiros na UTIN e analisar o conteúdo dos registros efetuados pelos enfermeiros na UTIN. Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida na esfera da Unidade Neonatal de um Hospital Universitário, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Foram analisadas evoluções de enfermagem referentes ao período do 2º ao 4º dia de internação, contidas em prontuários de recém-nascidos pré-termos (RNPT), internados na unidade cenário por no mínimo 7 dias, no período de março a agosto de 2012. Em se tratando de uma pesquisa que envolveu mesmo que indiretamente seres humanos, foram respeitadas todas as exigências contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa3, tendo sido o estudo submetido à avaliação pelo Comitê de Ética da instituição e aprovado sob parecer de nº 173.184. A coleta dos dados foi realizada entre maio e junho de 2013, utilizando um roteiro semi-estruturado, construído com base em um instrumento desenvolvido para realização de auditoria interna no hospital, composto por duas partes: a primeira, preenchida para cada prontuário, com dados relativos aos sujeitos para fim de caracterização; e a segunda, preenchida para cada evolução de enfermagem, onde dez aspectos formais, ético-legais dos registros (identificação do paciente; data; assinatura; rasuras; letra legível; hora; espaços em branco; uso de termos técnicos; uso de abreviações; ortografia) foram observados quanto à conformidade total, parcial ou nula, de acordo com critérios pré-estabelecidos; e ainda um tópico em aberto para análise temática do conteúdo dos registros. Para facilitar a seleção dos prontuários realizou-se um levantamento prévio no banco de dados da unidade, através do software Epi Info, identificando 104 prontuários que respeitavam os critérios de inclusão. A seguir, os prontuários foram selecionados aleatoriamente, conforme disponibilidade no setor de arquivo e condições adequadas de conservação. Os dados foram coletados até se perceber que o ponto de saturação foi atingido, no que se refere ao conteúdo das evoluções de enfermagem. A análise dos dados foi realizada concomitante à coleta de dados, estendendo-se a agosto e setembro de 2013. Os dados qualitativos foram analisados à luz da análise de conteúdo de Bardin, e os quantitativos através da estatística descritiva. Por fim, foram analisadas 47 evoluções de enfermagem, em média 06 por prontuário. Foram obtidos dados de 08 RN prematuros, todos nascidos por partos cirúrgicos (cesarianas), sendo 02 prematuros extremos e 06 prematuros tardios. Apenas um RN nasceu com peso maior que 2500g, cinco nasceram com baixo peso

14216

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RAQUEL DE OLIVEIRA LAUDIOSA DA MOTTA

AMAMENTAÇÃO: UMA ABORDAGEM PARA O RECÉM-NASCIDO COM FISSURA LABIOPALATINA.

Delfino, VLC; Motta, ROL;

Introdução: A escolha do tema amamentação entre recém-nascidos (RN) portadores de fissura labiopalatina, que de acordo com Cerqueira1 é uma malformação congênita decorrente de falhas no desenvolvimento ou na maturação dos processos embrionários, entre a 4ª e a 8ª semana de vida intra-uterina, é relevante, uma vez que a atuação do enfermeiro tem a finalidade de orientar a mãe para os cuidados voltados à amamentação do seu filho nesta situação particular. O ato de amamentar é importante por favorecer o contato materno, tendo efeito calmante e inclusive analgésico sobre o lactente. Vale lembrar que, os fatores ligados ao aleitamento estão atrelados a uma dificuldade maior, pois para um RN portador de fissura labiopalatina, tudo fica ainda mais difícil, devido às dificuldades encontradas pelo mesmo de ser amamentado, tendo em vista sua anomalia congênita. Por isso, o presente estudo abordará os aspectos referentes às políticas de amamentação, enfatizando, portanto, aspectos inerentes à referida anomalia. A assistência do enfermeiro, no que tange à amamentação, é levar ao conhecimento da mãe, cujo filho é portador de fissura labiopalatina, um suporte de ensino com técnicas que favoreçam o processo de amamentação: posições durante o aleitamento, a importância de uma boa pega para a iniciação da amamentação e os benefícios da mesma, favorecendo também desta maneira, o estabelecimento do binômio mãe-filho, fator essencial para a estimulação do vínculo afetivo. Objetivo: Identificar a partir da literatura existente, informações que possam ser transmitidas às famílias de recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina no que concerne à amamentação. Descrição Metodológica: O caminho metodológico percorrido para a realização deste estudo foi através de pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa com abordagem descritiva. O método utilizado foi revisão bibliográfica realizada através de livros e artigos científicos direcionados ao tema escolhido, pautada em livros que abordem a temática estudada e artigos científicos confiáveis de bases de pesquisa de credibilidade no país. Resultados: Diversos estudos afirmam que o recém-nascido fissurado pode e deve ser levado ao seio materno, pois este contato mãe-filho é de suma importância para o equilíbrio emocional; e segundo afirma Cavalheri2 esta criança tem condições de se adaptar às condições anatômicas, desde que os pais sejam orientados adequadamente. O aleitamento materno natural é possível nestas crianças, sendo que a técnica da alimentação vai depender da complexidade da fissura e condições da criança. O aleitamento materno, embora mais trabalhoso que a mamadeira; é recomendado, pelo seu valor nutritivo e qualidade antibacteriana, auxiliando na prevenção de infecções, sobretudo a do ouvido médio, muito comum nos portadores dessa malformação. Cabe ao enfermeiro orientar esta mãe quanto às posições mais indicadas para o aleitamento materno em crianças portadoras de fenda labiopalatina. Melo3 descreve alguns cuidados que a mãe, com base nas orientações do profissional enfermeiro, deverá ter ao amamentar seu filho portador de fissura labiopalatina: amamentar um bebê com fissura labiopalatina só é possível com mamilo, mama e aréola muito flexível; a posição mais indicada é a supina ou de cavaleiro, sendo que independente de posição, a fístula do lábio deve ficar do lado da axila materna; para sugar a mama contrária da fístula, o bebê terá que ser colocado em posição invertida; e a fistula do lábio deve ser vedada também com o dedo da mãe; deve oferecer o leite ordenhado no copinho antes de colocar ao seio materno, para o bebê ficar mais tranquilo; o leite materno é importante por suas propriedades nutricionais e imunológicas, devido às várias cirurgias que necessitarão ser realizadas; o mecanismo de sucção prepara os músculos para a cirurgia e a sucção depois da cirurgia ajuda a recuperação. Ao profissional de saúde, cabe orientar a mãe a oferecer a mama de forma correta, pois

conseguida uma pega adequada, a criança conseguirá retirar o leite que deseja e a mãe não sentirá dor nem desconforto. E como corrobora Gouvêa4 a técnica adequada para a amamentação poderá prevenir as inconvenientes fissuras mamilares e ingurgitamentos mamários, que muitas vezes torna-se uma dificuldade para a continuidade da amamentação. Ressaltando a importância da mãe no processo de alimentar seu filho, quando não se consegue aleitamento materno através de sucção no seio da mãe, a orientação é para ordenhar o leite e oferecê-lo à criança em mamadeira. Não existe mamadeira especial para a alimentação da criança portadora de fissura labiopalatina, mais sim uma adaptação com bico ortodôntico que favorece a sucção e posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios. Estudos mostram a semelhança do posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios, tanto na amamentação ao seio materno, quanto na sucção do bico ortodôntico, favorecendo a mesialização da mandíbula em relação ao maxilar, devido aos movimentos de amplitude para a retirada do leite, com os lábios funcionando como um esfíncter. O bico ortodôntico deve estar sempre formando um ângulo de 90º em relação à face, isso devido ao furo que é para cima, forçando a sucção ser eficiente. Apesar desta recomendação, existem várias situações que impedem o aleitamento materno, portanto, vai depender das condições da criança, da mãe, e de fatores emocionais e sociais que possam interferir neste processo. Conclusão: As crianças portadoras de fissura labiopalatina, nascidas a termo, sem problemas associados, podem e devem ser alimentadas normalmente, por via oral, desde as primeiras horas de vida. Caso este ideal não seja possível, o leite materno deve ser oferecido na mamadeira, com bico de forma e orifício adequados. As intervenções precoces, iniciadas na maternidade, sempre que possível, deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar. É importante ressaltar que o método de administração alimentar não deve ser padronizado para todas as crianças portadoras de fissura labiopalatina. É necessário que cada criança seja analisada individualmente. Contribuições e implicações para a enfermagem: Espera-se através deste estudo que os profissionais envolvidos na reabilitação de crianças portadoras desta malformação, em especial os profissionais que prestam assistência neonatal, que com o devido conhecimento das alterações anatomofuncionais decorrentes da fissura labiopalatina, possam realizar uma orientação segura e adequada aos pais. Faz-se necessário que este enfermeiro assuma uma posição de confiança perante os familiares destes lactentes, oferecendo-lhes orientações acerca de dúvidas que porventura surgirem envolvendo a amamentação deste bebê. Referências Bibliográficas: 1. CERQUEIRA, M. N. et al. Ocorrências de Fissuras Labiopalatais na Cidade de São José dos Campos - SP. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 8, n. 2, São Paulo, Jun. 2005. Disponível em: . 2. CAVALHERI, V. N. Fissura lábio-palatal e aleitamento materno. Monografia de conclusão de Curso de Especialização em motricidade oral. Curitiba, 2009. 3. MELO, S. L. Amamentação em situações especiais do bebê. Residência de enfermagem neonatologia. HRAS. Distrito Federal. 2005. 4. GOUVÊA, L. C. Composição do leite humano: fatores nutricionais. São Paulo: Atheneu, 2003. DESCRITORES: amamentação; fissura labiopalatina; enfermagem.

14214

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RAQUEL DE OLIVEIRA LAUDIOSA DA MOTTA

ALEITAMENTO MATERNO: ABORDAGEM PARA O RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

Motta, ROL; Delfino, VLC; Esteves, GAM; Minuzzi, CA; Martins, CF; Barbosa, KO;

Introdução: O Aleitamento Materno (AM) é o modo natural e seguro de alimentação para a criança proporcionando inúmeras vantagens nutricionais reconhecidas e inquestionáveis. Estas qualidades adquirem relevo especial em se tratando de recém-nascidos prematuros (RNPT), por sua maior vulnerabilidade. O AM é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo. A excelência do leite humano como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto, fazem com que especialistas do mundo inteiro recomendem à amamentação exclusiva por 4 a 6 meses, e complementado, até pelo menos, o primeiro ano de vida da criança. Diante dos benefícios do leite materno para os bebês a termo ditos saudáveis; estudiosos começaram a pesquisar, a questão do aleitamento dentro das Unidades de Tratamento Intensiva Neonatal (UTINs). Estes estudos demonstraram que o leite de uma mãe de bebê prematuro tinha altas concentrações de nutrientes e elementos essências para o desenvolvimento destes bebês. Mascarenhas1 afirma que quando o bebê prematuro tem condições de ser alimentado, o leite da própria mãe é o mais indicado, contendo nas primeiras quatro semanas alta concentração de nitrogênio, proteínas com função imunológica, lipídeos totais, entre outras substâncias, quando comparado ao leite das mães de neonatos a termo. O nascimento de um bebê prematuro e sua permanência em uma UTIN acaba por adiar o sonho de algumas mães quanto à amamentação. Em muitas UTINs, o uso de fórmulas nutricionais é indiscriminado, seja pela condição fisiológica e metabólica do RN, seja pela falta de conhecimento ou atualização dos profissionais de saúde quanto às técnicas utilizadas para o aleitamento dos prematuros internados. Cabe ainda ressaltar, que a falta de um banco de leite humano auxiliando as UTINs é um fator negativo para a utilização do leite das próprias mães. É importante estimular as mães a participarem ativamente do processo do aleitamento, para que após a alta hospitalar a mesma tenha condições de amamentar seu filho. Prática que, algumas vezes, é desestimulada quando o bebê necessita de cuidados na UTIN. Objetivo: Discutir a importância do aleitamento materno e contribuir para a sua promoção em RNPT internados em uma UTIN. Descrição Metodológica: A presente investigação constituiu-se em um estudo de natureza qualitativa com cunho descritivo e o método utilizado para pesquisa foi revisão bibliográfica pautada em livros direcionados à temática escolhida e artigos científicos confiáveis de bases de pesquisa de credibilidade no país. Resultados: Para Almeida2, o desenvolvimento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) desencadeou um movimento de valorização da prática da amamentação na sociedade brasileira na década de 80. A superioridade do AM se transformou em unanimidade no meio científico. A medicina, sobretudo, a pediatria, redescobriu as vantagens da amamentação e redesenhou o conhecimento, no intuito de compatibilizar as peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente com as descobertas acerca das propriedades biológicas ímpares do leite humano. A implementação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil, em 1992, trouxe um novo fôlego para o AM no circuito das políticas públicas. Uma vez que, incorpora o significado de proteção e apoio à amamentação. O leite humano está adequado às necessidades do lactente, pois é um fluido vivo, sendo seus nutrientes melhor digeridos e absorvidos. A composição do leite materno fornecido pela própria mãe contém valores nutricionais ajustados às necessidades do RN e varia de acordo com a idade gestacional, principalmente nas 4 a 6 semanas pós-parto. De acordo com Tamez4 estudos demonstraram que os benefícios do leite humano estendem-se para

as crianças prematuras, de baixo peso que necessitam de internação em UTIN, pelos fatores imunológicos, nutricionais e de digestibilidade. Entretanto, experiências têm mostrado a dificuldade das mães em manter a amamentação, pois parte dos RNPTs permanecem internados nestas unidades por longo tempo, e sua sucção é deficiente devido à imaturidade desse reflexo ao nascer. Os reflexos da sucção e deglutição estão presentes a partir da 17ª semana de gestação, sendo que a coordenação de sugar, deglutir e respirar é observada a partir da 32ª-34ª semana. Por não realizarem a sucção, o desenvolvimento motor-oral poderá ser afetado e ocorrer desorganização da sucção nutritiva (quando há presença de fluído oral). Deste modo, a estimulação da sucção não-nutritiva (quando não há presença de fluído oral), poderá minimizar essa privação sensorial, capacitando o RN a alimentar-se por via oral o mais precocemente possível. Além disso, a separação prejudica a formação do vínculo mãe-filho, fator essencial no sucesso da amamentação. Existe ainda, a disposição física e as rotinas destes setores, e os conhecimentos insuficientes dos profissionais de saúde sobre AM, que podem influenciar, negativamente, o êxito do início da amamentação, propiciando o desmame ainda dentro dos hospitais. Se a amamentação não é iniciada nas primeiras horas após o parto, a ordenha da mama é recomendada, pois serve para estimular a produção láctea. Além disso, ao fornecer o leite para o filho, na UTIN, a mãe se sente importante no processo de recuperação de sua saúde, estimulando-a a proceder à ordenha mais vezes. Para que a mãe tenha sucesso na manutenção da lactação, durante a hospitalização de seu bebê, é necessário que se sinta segura e tenha orientação e apoio tanto de sua família quanto dos profissionais de saúde. Esses devem se organizar para que possam fornecer as mães informação, orientação e aconselhamento sobre o processo da amamentação. O Método Mãe-Canguru constitui uma ótima estratégia, porque além de favorecer a relação mãe-bebê, ao facilitar o vínculo afetivo contribui para a efetividade do AM. Conclusão: Para se avançar na questão da alimentação de RNPT, é necessário que haja uma mudança de postura na assistência hospitalar. É importante que o cuidado praticado na UTIN não se baseie apenas em tecnologia de elevado padrão, mas que também leve em consideração a humanização do atendimento. A atenção ao neonato deve ser realizada por profissionais especializados, em ambiente hospitalar adequado, proporcionando uma assistência individualizada e que permita maior interação dos pais com seu filho. Os pais do prematuro devem ser vistos como colaboradores essenciais no cuidado com a criança, para um saudável desenvolvimento psicomotor e do apego. Contribuições e implicações para a enfermagem: Deve-se à necessidade de reduzir a variabilidade de ações através da sistematização do procedimento. Para viabilizar o trabalho de promoção, proteção e apoio ao AM em prematuros, os profissionais da área da saúde devem estar preparados para integrar o manejo da lactação à rotina de funcionamento da UTIN. A equipe deve estar motivada e capacitada para transmitir à mãe informações consistentes sobre AM. Isso demanda treinamento em educação para a saúde e uma verdadeira revolução de hábitos. Referências Bibliográficas: 1. MASCARENHAS, Débora; CRUZ, Isabel. Aconselhamento para Lactação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Revista de Enfermagem-online Brazilian Journal of Nursing, Niterói, v. 5, v. 2, abr., 2006. Disponível em: . 2. ALMEIDA, João A. G. de; NOVAK, Franz R. Amamentação: um Híbrido Natureza-Cultura. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, 2004. Disponível em: . 3. TAMEZ, Raquel N.; SILVA, Maria J. P. Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. DESCRITORES: amamentação; prematuridade; enfermagem.

14368

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RAYANE TEIXEIRA CASTILHO

BANCO DE LEITE HUMANO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NO BANCO DE LEITE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RONDONÓPOLIS-MT.

Vieira, BRUNA; Magalhães, HINGRIDY; Zanini, PAULA; Castilho, RAYANE; Mello, VINICIUS; Silva, WÉMERSON;

O Banco de Leite Humano (BLH) é um serviço especializado vinculado a um hospital, voltado à atenção materna e/ou infantil, tendo o enfermeiro como peça fundamental neste serviço de apoio nutricional às crianças, principalmente aos recém-nascidos que se apresentam com baixo peso e não tem acesso ao leite da mãe. Este estudo, em andamento, tem o objetivo de conhecer o trabalho da equipe de enfermagem no BLH do Hospital Maternidade Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis-MT, avaliando sua pratica no aleitamento materno durante a internação de recém-nascidos, através de observação in loco e entrevista semi-estruturada com a equipe de enfermagem e usuários do serviço. Esta pesquisa é do tipo observacional e analítica, de corte transversal e prospectiva, sendo desenvolvida no período de junho de 2013 a maio de 2014. Com este trabalho, esperamos ser possível a identificação de carências encontradas pelo enfermeiro e seus usuários, na tentativa de contribuir para uma atenção integral da assistência ao recém-nascido, indicando e sugerindo modificações para um cuidado direcionado, humanizado efetivo. Palavras-chaves: aleitamento materno, alimentação artificial. VIECZOREK, Anelise Ludmila. Avaliação dos Bancos de Leite Humano do Estado do Paraná. 2010. 158f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2010. RDC-ANVISA n. DE 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Disponível em: Acesso em: 20 mai. 2013. VINAGRE, Roberto Diniz; DINIZ, Edna Maria Albuquerque; VAZ, Flávio Adolfo Costa. Leite Humano: um pouco de sua história. São Paulo,2001.

14520

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RENATA MAFRA RIBEIRO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA BEBÊS PREMATUROS NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ribeiro, RM; Caramori, A; Brambilla, CDB; Pissetti, LMV; Rozin, L;

INTRODUÇÃO: Vários fatores podem contribuir para o nascimento prematuro (abaixo de 37 semanas) sendo alguns deles, condições fetais, abortamento prévio, gemelaridade, problemas maternos, fatores sócio-econômicos. A prematuridade está associada a óbitos no primeiro ano de vida e é responsável por maior morbidade na infância, caracterizando-se como um problema de saúde pública[1]. É necessário que o prematuro seja monitorado no primeiro ano de vida, para identificação precoce das complicações e diminuição da possibilidade de reinternação[2]. No âmbito da promoção da saúde deste prematuro temos também a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como uma das áreas de atuação ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da criança, o acompanhamento é realizada por médicos ou enfermeiros através da puericultura (consultas) ou visitas domiciliares, sendo realizado acompanhamento integral do processo de desenvolvimento, realizando consultas mensais desde o nascimento até os dois anos de vida, subsequentemente semestrais ou anuais ate os cinco anos[3]. O estudo justifica-se pela nossa prática profissional, onde constatamos a pouca ênfase na atenção específica para o prematuro no campo da atenção básica. Através disso identificamos a necessidade de discussões sobre a assistência prestada a esta população. É importante debater constantemente a prática profissional para que seja possível reduzir os indicadores de mortalidade e reinternação do RN egresso das unidades intensivas neonatais. Para que isto seja possível esse trabalho objetiva conhecer como é realizada a continuidade da assistência de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) aos bebês prematuros. Essa busca possibilita discutir e promover conhecimentos sobre as necessidades de capacitação profissional no acompanhamento do prematuro. MÉTODO: Trata-se de uma revisão integrativa. As buscas abrangeram publicações com as palavras-chave articuladas: prematuro e enfermagem da família. A pesquisa foi realizada na base eletrônica de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que contempla artigos da base de dados LILACS, MEDLINE, COCHRANE, IBECS, entre outros. Como critérios de inclusão, somente artigos completos, publicados em português, entre os anos de 2009 a 2012 e que respondesse a questão da pesquisa. Após leitura dos resumos, foram selecionados 7 artigos, que posteriormente foram lidos na íntegra, compondo esta revisão. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Para discutir os dados, após análise dos artigos, foi possível classificar duas categorias: acompanhamento de enfermagem na ESF aos bebês prematuros e, referência e contra-referência no acompanhamento do prematuro. Acompanhamento de enfermagem na ESF aos bebês prematuros: A mortalidade e a morbidade acentuam-se em crianças com baixo peso ao nascer e prematuras. A Epidemiologia demonstra riscos perinatais, neonatais e nas fases seguintes para estas crianças, demonstrando a importância do acompanhamento hospitalar e principalmente domiciliar deste prematuro[1]. Existe uma parcela significativa de reinternações e um número elevado de evasão do segmento ambulatorial, ou seja, o cuidado pós alta não é feito de forma efetiva, gerando complicações para esta criança, muitas vezes graves 4. O apoio à família, não somente na hospitalização, mas também após a alta, é primordial, pois, tudo que foi investido nesta criança (suporte tecnológico, científico, econômico) só será válido se ela tiver o direito de ter seu crescimento e desenvolvimento acompanhado por profissionais capazes de ajudar a família a cuidar do filho no prematuro, atuando na prevenção e promoção da saúde4. Para o planejamento da assistência e apoio extra-hospitalar ao prematuro o profissional da saúde pode utilizar a visita domiciliar (VD) para reconhecer a realidade e o contexto de cada família e direcionar as

intervenções, enfatiza-se ainda que neste momento a postura do profissional deve permitir a expressão de necessidades maternas e familiares, permitindo que cuidadores manifestem sua insegurança, pois a família quando se sente apoiada no domicilio demonstra maior segurança no cuidado e sente-se preparadas para prestar cuidados contínuos, o que promove a autonomia e manutenção da saúde do bebe prematuro 5. Referência e contra-referência no acompanhamento do prematuro: A importância da ESF é de estar inteirada da situação de saúde do recém-nascido para melhor entender e planejar ações de cuidado efetivas para promover a saúde e prevenir reinternações hospitalares, o que reforça a necessidade de comunicações interinstitucionais4. Diversas são as dificuldades citadas no acompanhamento pela atenção básica, tais como: imposição do saber do profissional de saúde, o não monitoramento da gestante e consequentemente a demora na V.D. ao RN prematuro, falta de vínculo do profissional de saúde da rede de ABS e do serviço especializado (Referência e Contra Referência), falta de orientação dos profissionais, informando a família de que a mesma deveria levar o RN a UBS após a alta hospitalar, falta de comprometimento profissional de orientação e diálogo com os pais do RN, grande rotatividade de profissionais no ambulatório de atendimento ao bebê de risco[1]. Essas situações resultam em um cuidado fragmentado, impedindo a construção de vínculo profissional/família, levando a deficiência no cuidado integral da criança. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através das discussões abordadas entende-se ser necessária a constante atualização dos profissionais que assistem o recém-nascido prematuro, pois a evolução dessas crianças requer um acompanhamento que assegure aos seus pais e familiares prestarem cuidados adequados que favoreçam seu crescimento e desenvolvimento e evitem re-hospitalizações, auxiliando os cuidadores a colocarem em prática o que lhes foi ensinado durante a permanência do bebe na Unidade Neonatal. A continuidade da assistência de enfermagem aos bebês prematuros demonstrou ainda ser centralizada nas unidades de atendimento ambulatorial, o que ficou evidente pelo número escasso de trabalhos encontrados na área da ESF e pela inespecificidade de informações dos mesmos. Apesar das poucas informações encontradas foram identificadas que as ações desenvolvidas pela ESF consistem em dar continuidade nos cuidados orientados durante a permanência do RN prematuro na UTI neonatal e na manutenção do vínculo e acompanhamento da família, garantindo a estes informações adequadas sobre o cuidado com seu bebe em ambiente domiciliar e permitindo uma troca de experiências e sentimentos, facilitando o enfrentamento do processo de cuidar de um bebe prematuro. Acreditamos serem necessários protocolos do Ministério da Saúde e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, para que os profissionais da ESF saibam qual seu papel no acompanhamento destas crianças egressas das UTI's neonatais, garantindo maior qualidade na assistência prestada, melhor qualidade de vida e menores índices de morbimortalidade destas, reduzindo ainda o número de crianças que abandonam o acompanhamento ambulatorial nos primeiros anos de vida e ainda despertar os profissionais da enfermagem para a importância do acompanhamento do recém nascido prematuro. REFERÊNCIAS [1] VIERA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. Texto e contexto - enferm. Florianópolis, v.18, n.1, mar. 2009 . [2] TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. 4.ed. Rio de Janeiro. (RJ): Guanabara Koogan, 2010. [3] SOUZA F.F., et al. Impasses da puericultura de enfermagem: uma revisão de literatura. X Encontro Latino Americano de Pós Graduação e Iniciação Científica, Paraíba. 2010. 4 COSTA, S. A. F. et al.. A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.13, n.4, Dez.2009. 5 SASSÁ, A. H. et al. Visitas Domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. Cienc Cuid Saude, Paraná, v.10, n.4, out.-dez 2011.

14001

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RITA DE CÁSSIA DE JESUS MELO

SENDO MÃE DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM UMA UTIN: SER CUIDADA PARA CUIDAR

Melo, RCJM; Souza, IEOS;

INTRODUÇÂO: Nos últimos anos foram implantadas nas unidades de tratamento intensivo neonatal (UTIN) ações e medidas assistenciais, com o objetivo não apenas de mudar práticas realizadas no atendimento ao recém nascido prematuro (RNP) e sua família, mas, principalmente, instituir sob uma nova ótica, o modo de como cuidar. Tecnologias de baixos custos/leves, porém que apresentam grande impacto na assistência prestada vêm sendo cada vez mais incentivadas. OBJETIVO Compreender o modo de ser - solicitude- do profissional da UTIN para com as mães de recém-nascido prematuro. METODOLOGIA Estudo qualitativo, sob a ótica da fenomenologia heideggeriana, aprovado pelo CEP sob nº 54/2009. Foram depoentes nove mães de RNP internados em uma UTIN de hospital público do Rio de Janeiro. RESULTADO: As mães relataram que ao chegar à unidade sentiram-se bem recebida e ajudada pelos profissionais de saúde, que informaram, orientaram, ensinaram, sobre a condição de saúde do bebê e os cuidados que o mesmo necessitava. Referiram ser também cuidadas nesse momento tão fragilizado de suas vidas, pois sentiam o interesse dos profissionais em seu bem-estar. CONCLUSÃO: Ao considerar a complexidade do cuidar do RNP no contexto da UTIN, as ações realizadas com base num novo paradigma de cuidar, voltada para a unicidade do indivíduo, contemplam a importância de se cuidar também da mãe, esta atitude numa hermenêutica heideggeriana diz respeito ao modo de ser-com, o relacionar-se com o outro é a estrutura fundamental do Ser-aí. Cuidar significa compreender o ser, na sua relação com o outro, e possibilitar o outro assumir seu próprio caminho. Contribuindo assim, para consolidações de ações de políticas públicas com foco no relacionar-se que por vezes, são pouco valorizadas nessas unidades. Descritores: Terapia intensiva neonatal, recém-nascido prematuro,enfermagem.

14458

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROBERTA KATIANE SCHUTZ

ALTA HOSPITALAR DA UNIDADE NEONATAL: PAPEL DO ENFERMEIRO

Schutz, RK; Maldaner, LCW; Lemos, SMP; Volkweis, MJ; Pavani, KKG; Schacker, LC;

Introdução: O avanço dos cuidados intensivos prestados ao recém-nascido (RN) e o surgimento das novas tecnologias, são considerados fatores determinantes para redução da morbidade e mortalidade neonatal[1]. O período neonatal (0-28 dias) é caracterizado por inúmeras adaptações anatômicas, fisiológicas e especialmente familiares, principalmente quando este apresenta condições clinicas de risco, e o RN necessita ser internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ocorrendo uma separação precoce do binômio mãe-filho[2]. No entanto, a alta hospitalar é de responsabilidade e decisão médica, desta forma o Enfermeiro deve planejar e executar o processo precocemente durante a internação do RN. Em contrapartida são determinados alguns critérios para que o RN receba alta do ambiente hospitalar, que devem ser minuciosamente avaliados, assegurando melhores condições de saúde, a fim de evitar complicações ou egresso no ambiente hospitalar. Avalia-se: peso corporal com ganho consistente de 20 a 30g/dia, alimentação satisfatória para promover o crescimento, estabilidade dos sinais vitais e manutenção da temperatura corporal entre 36,5 e 37ºC, triagem auditiva e aplicação de vacinas recomendadas, capacidade dos pais em prestar os cuidados cotidianos e especializados quando necessários ao RN, sem auxilio de supervisão, entre outros cuidados específicos caracterizando a particularidade de cada bebê 5. A promoção dos cuidados envolvidos para alta hospitalar deve iniciar desde o momento de internação, desenvolver-se gradualmente no decorrer desta, encerrando-se no domicilio familiar, portanto não se constitui de um momento isolado, mas sim de um processo contínuo4. Entretanto é um momento muito aguardado pelos pais, porém gera certa insegurança e ansiedade frente à questão de sentirem-se aptos ou não na continuidade dos cuidados, pois este era desempenhado anteriormente por profissionais capacitados5. Objetivo: Realizar uma revisão bibliográfica acerca do papel do enfermeiro para alta hospitalar do RN internado na unidade neonatal. Metodologia: este trabalho trata-se de um estudo bibliográfico utilizando-se materiais disponíveis na base de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), livros e um manual do Ministério da Saúde, todos no idioma português, publicados entre o período de 2009 a 2013. Como critérios para a escolha do material definiu-se: publicações que atendessem aos objetivos do estudo e materiais de referência na área. Como descritores utilizou-se: UTI neonatal, Recém-nascido, Alta do paciente, Papel do Enfermeiro e Educação em Saúde. Os resultados foram classificados em categorias. Resultados: Foram identificadas três categorias, sendo elas: Planejamento e Sistematização da Alta Hospitalar; Preparo e Envolvimento dos Pais no Cuidado ao RN na UTIN; Encorajamento e Orientações aos Pais na Continuação do Cuidado no domicilio. O planejamento e a sistematização da alta hospitalar requerem um processo contínuo, desde o momento da internação do RN na UTIN, planejando a assistência para o domicilio com a participação dos pais mediante a realidade de cada um. Quando isso não ocorre, dificulta o entendimento dos pais em relação aos cuidados e orientações fornecidas pela equipe interdisciplinar4. O planejamento deve prever a necessidade pós-alta do RN bem como a capacitação dos pais na atenção ao cuidado, fornecer documentos pertinentes às condições clinicas do RN e referenciar o serviço de saúde apropriado para consultas. Acredita-se que a implementação de ações educativas neste período, garante a continuidade do cuidado no domicilio, tornando-se fundamental o acompanhamento pós-alta hospitalar2. Diante disso, o envolvimento dos pais no cuidado durante a internação do RN faz com que os mesmos identifiquem as suas reais necessidades, sentindo-se responsáveis pela manutenção do cuidado, diminuindo o egresso ao ambiente hospitalar. No entanto avaliar a percepção dos mesmos quanto

a dificuldades frente ao cuidado com seu filho é de suma importância, pois o profissional deve estar capacitado a orientar e sanar as dúvidas referidas pelos familiares. O que se percebe é que muitas vezes estas orientações são realizadas rapidamente e somente no momento da alta, gerando insegurança, estresse e sentimento de impotência nos pais. Cabe ao Enfermeiro capacitar sua equipe, promover estratégias de educação, proporcionar o vínculo dos pais com o bebê para assegurar o sucesso da transição dos cuidados hospitalares para os cuidados domiciliares, diminuindo esta lacuna existente entre hospital e domicilio. Esta orientação terá que ser dispensada de maneira clara e objetiva, focando nos cuidados gerais de higiene, alimentação, estimulando e preconizando o aleitamento materno, a importância da imunização conforme o calendário de vacinação, o uso correto e restrito de medicações, tudo isso para garantir o acompanhamento e segurança adequada do bebê e sua família5. Fazem-se necessárias as padronizações das estratégias desenvolvidas pelo Enfermeiro, principalmente no que diz respeito ao reforço do vínculo materno e familiar, na elaboração de cartilhas explicativas do processo de transição hospital-domicílio, também ao acompanhamento ambulatorial destes bebes, bem como a interação nos serviços de saúde3. O enfermeiro necessita articular com os demais membros da equipe sobre esta temática com o intuito de ampliar estratégias de educação aos pais de maneira objetiva e clara, utilizando materiais educativos no processo de orientações para alta hospitalar, promovendo a segurança do RN e sua família4. Conclusão: A partir do referencial, foi possível refletir sobre a importância do planejamento e sistematização para a alta hospitalar do RN na UTIN, sendo que o Enfermeiro desenvolve um papel fundamental de educador e mediador neste processo, promovendo o vínculo e a educação da família, referente à continuidade do cuidado no domicilio. Ressalta-se ainda a necessidade de reconhecer a importância do preparo para a alta hospitalar, enquanto um processo contínuo e precoce, relevando as particularidades de cada família. Descritores: UTI neonatal, Alta do Paciente, Papel do Enfermeiro. REFERENCIAS 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 4ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 2 CHIODI, Lucilei Cristina; AREDES, Natália Del' Angelo; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan and FONSECA, Luciana Mara Monti. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. Acta paul. enferm. vol. 25, n.6. 2012. 3 COUTO, Fabiane Ferreira; PRACA, Neide de Souza. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar:uma revisão bibliográfica. Esc.Anna Nery. vol.13, n.4. Out/Dez 2009. 4 NIETSCHE, Elisabeta A. et al. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, vol. 16. nº4, Out./ Dez.2012. 5 TAMEZ, Raquel. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2013.

14482

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSELI MORAIS MOREIRA

SIFÍLIS CONGÊNITA: O CONHECIEMNTO DE PUÉPERAS SOBRE A DOENÇA

Moraismoreira, RMM; Schneider, V;

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa crônica de transmissão sexual ou materno-fetal, que constitui um grave problema de saúde pública, podendo acometer todo um núcleo familiar e com índices epidemiológicos significativos[1]. Objetivo: Identificar e analisar o conhecimento materno sobre a sífilis e sífilis congênita. Método: Trata se de uma pesquisa qualitativa, descritiva exploratória[2]. As participantes do estudo foram 04 puérperas que acompanhavam seus filhos internados para tratamento de sífilis congênita em um hospital de referência do Vale do Rio dos Sinos, RS. A coleta dos dados aconteceu de agosto/setembro de 2013, por meio de uma entrevista semiestruturada. Para a análise das informações utilizou-se a técnica de análise de conteúdo[2]. O Projeto foi aprovado pelo CEP da UNISINOS sob a resolução de nº304.279. Resultados: Os resultados parciais da pesquisa apontam para um conhecimento incipiente ou mesmo deficiente das entrevistadas sobre a doença. Ao se deparar com a sífilis desconheciam a sua existência ou quando relataram algum conhecimento era permeado de medo das possíveis sequelas do agravo. Conclusão: Entendeu-se que a deficiência de informações sobre a doença deixa a mulher e seus filhos vulneráveis para a sua contaminação. Portanto acredita-se que a orientação adequada é o primeiro passo para a mudança no pensar e agir das mulheres em busca da autonomia para o autocuidado e a não exposição de seus filhos à sífilis. Cenário que se constitui como um trabalho importante para as enfermeiras. Palavras-chave: Sífilis Congênita. Cuidado. Enfermagem. Referências: 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita. Manual de bolso. Brasília, DF 2006. 2 MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

14116

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSSANO SARTORI DAL MOLIN

ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DE CATETER VASCULAR CENTRAL EM RECÉM-NASCIDOS DE UMA UNIDADE NEONATAL PÚBLICA DE CAXIAS DO SUL

Dalmolin, RS;

A terapia intravenosa é definida como um conjunto de conhecimentos e técnicas que visam a administração de soluções ou fármacos no sistema circulatório e abrange diversos aspectos de cuidados, como o preparo do paciente para a terapia, a escolha e obtenção do acesso venoso, o preparo das medicações e soluções, a realização de curativos e a prevenção ou identificação precoce de complicações associadas. A disponibilidade de um acesso vascular central seguro em neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é de extrema importância, pois ele será coadjuvante no tratamento do recém-nascido (RN). Para garantir a terapia intravenosa, podem ser usados diversos tipos de cateteres. No entanto, cada um deles deve ser analisado e escolhido de acordo com a necessidade específica de cada paciente, considerando a terapêutica proposta. A inserção de um cateter visa proporcionar a infusão de soluções medicamentosas, coleta de sangue arterial, a nutrição parenteral e exsanguineo transfusão. Esses procedimentos requerem qualificação técnica científica, com o intuito de garantir a integridade física dos pacientes. O risco de um recém-nascido (RN) ser infectado em uma unidade hospitalar, está diretamente relacionado ao seu peso de nascimento. As principais infecções as quais os recém-nascidos são acometidos hoje são as relacionadas ao uso de cateteres vasculares centrais.A iserção de um cateter vascular central (CVC), é um dos procedimento mais comuns dentro de uma UTIN, e sua utilização é fundamental para manter um RN com fornecimento adequado de nutrientes e fármacos necessários para a sua sobrevivência. No entanto, este processo pode representar um fator de risco para as complicações infecciosas alguns fatores de risco, que contribuem ainda mais para a infecção hospitalar em RNs são a manutenção excessiva dos cateteres, a quebra de sistema fechado para administração de fármacos e hemoderivados e o tempo de utilização de nutrição parenteral total de soluções lipídicas. Esse trabalho tem por objetivo traçar o perfil dos pacientes internados em uma instituição filantrópica no município de Caxias do Sul, visando identificar as principais complicações relaionadas à utilização de cateteres vasculares centrais, bem como determinar o tempo de permanência e os sítios de inserção dos mesmos. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo estudo de coorte, onde os dados foram coletados de prontuário médico. As informações foram trabalhadas no programa Epi-info e analisadas pelo SPSS. Na análise simples foi aplicado o teste t de student, o teste U de Mann-Whitney e o teste qui-quadrado. Os princípios éticos fundamentais foram rigorosamente respeitados no estudo, que foi submetido ao Conselho Científico Editorial do Hospital Geral, Universidade de Caxias do Sul e após aprovado foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Círculo Operário Caxiense, e iniciado após a aprovação do mesmo. Os pesquisadores solicitaram que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fosse dispensado, posto que as informações necessárias à pesquisa foram coletadas nos prontuários dos RN. Em substituição ao TCLE, formulou-se Termo de Sigilo e Privacidade para manuseio dos prontuários envolvidos na pesquisa. Os resultados mostraram que a população da amostra foi predominantemente de prematuros com peso médio de 1735g e IG 32 semanas e do sexo masculino. Dentre os tipos de cateteres para terapia intravenosa, o mais utilizado foi o PICC com 43,4% sendo principais locais de inserção membros superiores,inferiores. A retirada eletiva ocorreu com maior prevalência no cateter umbilical arterial e com menor incidência nas flebotomias, a retirada por sepses ocorreu em 27% das flebotomias, nos outros tipos de caracteres houve paridade dos valores. As flebites desencadearam a retirada precoce dos PICCs em

23,2% dos casos. Os principais eventos adversos relacionados a utilização dos cateteres vasculares centrais foram: obstrução, infecção local e flebite, suspeita de sepses, extravasamento, rupturade cateter, obstrução e posição inadequada. A complicação mais frequente no CUA alteração de perfusão com 17,8% dos casos, para o CUV foi identificada a posição inadequada com 16,8% para PICC encontramos como principais evento adverso a infecção local e ou flebite com 23,2% e para flebotomia a principal complicação encontrada foi a sepses relacionada com o cateter. As novas alternativas e dispositivos para a manutenção da terapia intravenosa imprescindível para neonatos internados em UTI Neonatal, contribui muito para o sucesso no tratamento dos bebês. Contudo estes novos dispositivos antes de serem utilizados pela equipe multidisciplinar, devem ser intensamente estudados, para que desta forma possa ser garantida a sua eficácia, evitando os resultados indesejáveis aos pacientes que tanto precisam de atendimento qualificado. Através da aproximação dos referenciais teóricos encontrados para o desenvolvimento deste trabalho, foi possível conhecer as complicações ocorridas com a utilização dos cateteres vasculares centrais, e acentuar a importância de dispor uma equipe qualificada e treinada para dar assistência adequada aos diversos tipos de cateteres utilizados garantindo assim a terapia infusional segura em neonatos. Durante a realização deste trabalho, foi permitido caracterizar o perfil dos recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva que utilizaram cateter central para infusão de fármacos e soluções, e identificar as complicações que ocorrem de fato com os cateteres e que em muitos casos alterou o tempo de sua permanência. Acreditamos que é de extrema importância criar não apenas protocolos para o manejo dos cateteres, mas também um vínculo da equipe que atua diretamente nas unidades de terapia intensiva com os neonatos, melhorando desta forma, o cuidado humanizado necessário para com os recém-nascidos e seus familiares. Faz-se necessário a realização de capacitações periódicas direcionadas à equipe de enfermagem, coordenadas pelo núcleo da educação continuada das instituições, respeitando as necessidades e características de cada uma, buscando e promovendo desta forma, o cuidado de enfermagem adequado, atualizado e desenvolvendo práticas que promovam a excelência do cuidado e, consequentemente, a segurança dos pacientes, pois sabe-se que os erros cometidos podem ter um significado negativo ao desenvolvimento noceptivo e cognitivo do recém-nascido. Ser capaz de identificar as demandas de seus pacientes, entender que errar é inerente ao ser humano e que as transformações advêm tanto dos acertos como dos erros, conduz a um caminho de prática segura. Ao concluir este estudo, foi possível entender quão específico e delicado é a atuação em neonatologia. Cabe a nós, enfermeiros compreendermos as dimensões do processo de trabalho em uma unidade de terapia neonatal, para assim partirmos do princípio de que o neonato é um ser único, passível de assistência específica e que requer, além de cuidado, o amor incondicional da equipe multiprofissional. Referências: HARADA, M.J.C.S; RÊGO, R.C.; Manual de Terapia Intravenosa em Pediatria. São Paulo: 2005. p. 13-112 Descritores: Cateter venoso central. Unidade de terapia intensiva neonatal. Recém-nascido.

14096

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSSANO SARTORI DAL MOLIN

COLETAS DE SANGUE E TRANSFUSÕES EM RECÉM NASCIDOS INTERNADOS EM UTI NEONATAL

Dalmolin, RS;

Os recém-nascidos (RN) requerem,especial atenção quanto as distúrbios hematológicos. A anemia é caracterizada pela deficiência de hemoglobina e hematócrito no sangue e acomete principalmente recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer. A anemia da prematuridade é uma condição auto-limitada que acomete recém-nascidos prematuros ao longo das primeiras 12 semanas de vida. Os bebês prematuros demoram mais do que os RN a termo para atingir níveis de eritropoietina, além disso, sofrem diversos procedimentos invasivos e alto número de coletas sanguíneas para exames laboratoriais durante a internação em UTI Neonatal. O principal tratamento é a transfusão sanguínea. Desde o nascimento é de grande importância planejar a assistência ao RN pré-termo, para atuar na prevenção da anemia e diminuir a necessidade de transfusão de hemácias. A transfusão sanguínea é a operação de fazer passar o sangue das veias de um indivíduo às de outro, procedimento comumente realizado em RN internados em uma UTI Neonatal. Os principais objetivos de uma transfusão sanguínea são evitar a hipoxia, ou seja, a diminuição do teor de oxigênio tecidual e garantir oxigênio suficiente para o metabolismo celular. A infecção é a complicação mais frequente e mais séria causada pela transfusão. Pode ser uma contaminação bacteriana, transmissão de doenças como Aids,hepatite,sífilis,Doença de Chagas,Malária e infecção por citomegalovírus. Pode ainda ocorrer uma reação hemolítica aguda a transfusão, que é causada por imcompatibilidade das células vermelhas do doador com o plasma do paciente receptor. As reações transfusionais não hemolíticas são causadas por respostas alérgicas ou não específicas a antígenos proteicos ou fragmentos de células brancas. E a reação enxerto contra hospedeiro é proporcional ao número de células brancas presentes no sangue. O objetivo desse estudo é avaliar o número de coletas de sangue e o volume coletado e relacionar com o número de transfusões sanguíneas em recém-nascidos internados em UTI Neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul antes e após a aplicação de um protocolo de transfusões. Trata-se de um estudo quantitativo,transversal e retrospectivo, que envolve todos os RN internados na UTI Neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul (HG), no período de junho de 2011 a abril de 2012 e que necessitem de coletas de sangue. Os dados foram coletados através de prontuário médico. Os recém nascidos do estudo foram sub-divididos em 2 grupos: a)Grupo 1:composto dos recém-nascidos internados antes da aplicação do protocolo de coletas e transfusões e, b)Grupo 2:composto por recém-nascidos internados após a aplicação do protocolo de coletas e transfusões. As informações foram trabalhadas no programa Epi-info e analisadas pelo SPSS. Na análise simples foi aplicado o teste t de student, o teste U de Mann-Whitney e o teste qui-quadrado. Os princípios éticos fundamentais foram rigorosamente respeitados no estudo, que foi submetido ao Conselho Científico Editorial do Hospital Geral, Universidade de Caxias do Sul e após aprovado foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Círculo Operário Caxiense, e iniciado após a aprovação do mesmo. Os pesquisadores solicitaram que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fosse dispensado, posto que as informações necessárias à pesquisa foram coletadas nos prontuários dos RN. Em substituição ao TCLE, formulou-se Termo de Sigilo e Privacidade para manuseio dos prontuários envolvidos na pesquisa. A população do estudo foi constituída por 224 recém-nascidos, sendo 111 recém-nascidos do grupo 1 e 113 RN do grupo 2. Houve predomínio do sexo masculino, com 136 RN (60,7%). O total de RN transfundidos na população geral do estudo foi de 57 RN (25,5%). Observou-se um número acentuado de transfusões nos RN abaixo de 30 semanas de idade gestacional, com uma média de 3,75 transfusões por paciente. Na comparação entre

os 2 grupos, verificou-se uma discreta diminuição no número de transfusões após a implantação do novo protocolo, com o número de transfusões passando de 28,8% no grupo 1 para 22,1% no grupo 2. Dos 57 RN que receberam alguma transfusão de sangue, 32 (56,1%) estavam no grupo 1 e 25 (43,9%) no grupo 2. Não houve diferença entre os dois grupos em relação ao número de coletas, ao volume coletado e ao número de transfusões. Quando subdividimos o grupo em menores de 1500g e com 1500g ou mais, verificou-se que os RN com peso de nascimento >1500g apresentaram uma diminuição estaticamente significante no número total de transfusões, com o número médio de transfusões de 0,30 entre os RN do grupo 1 e de 0,10 nos RN do grupo 2. Nos RN com peso acima de 1500g, a incidência de RN que receberam alguma transfusão durante a sua internação foi de 14,6% antes da introdução do protocolo e 7,0% após o protocolo. No grupo de RN com menos de 1550g os dados foram semelhantes (grupo 1-69% e grupo 2-70,4%). Neste mesmo grupo de RN não houve diferença estatística, no número de coletas, volume coletado e número total de transfusões (2,34 grupo 1 e 2,18 grupo 2). Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal é frequente o uso de concentrado de hemácias nos RN, porém não existem ainda indicações precisas para as transfusões sanguíneas, sendo necessária a existência de um protocolo bem definido para cada instituição. No Hospital Geral de Caxias do Sul, após a implantação de um novo protocolo de anemia no pré-termo e transfusão sanguínea, foi possível observar a diminuição do número de transfusões sanguíneas em RN com peso >1500g. Os critérios do protocolo citam que RN assintomáticos transfundem com taxas de hematócrito < 18% e hemoglobina

14612

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RUTHLEIA MONTEIRO ALMEIDA

AUTOMATISMO INFANTIL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Almeida, RM; Rosário, DDS; Cunha, MHCM; Pinto, SS; Silva, FAC;

Introdução: Entende-se por automatismo infantil a presença de vários reflexos apresentados pelas crianças que podem surgir desde a vida intra-uterina e persistem fisiologicamente nos primeiros meses de vida. São listados em torno de 27 reflexos, destacaremos alguns que são mais pesquisados como: reflexo de sucção, reflexo de moro, preensão palmar, Galant, preensão plantar, Babinsky, marcha entre outros, esses reflexos são comuns em crianças nessa faixa etária, contudo é preciso estar atento para o aparecimento e o desaparecimento dos mesmos, uma vez que a sua ausência ou presença após certo tempo pode ser indicativo de algum distúrbio neurológico(1). Objetivo: O trabalho pretendeu por meio de revisão bibliográfica, apresentar sete reflexos neurológicos mais pesquisados em crianças na faixa etária de 0 a 6 meses, com o intuito de mostrar como se manifestam, sua necessidade para o desenvolvimento da criança, agravos e doenças relacionadas com a presença ou ausência nessa faixa etária ou fora dela, assim como descrever a assistência de enfermagem necessária para promover uma qualidade de vida à criança. Metodologia: Foram realizadas revisões bibliográficas com base em publicações retiradas de banco de dados de periódicos em fontes eletrônicas como SCIELO, LILACS, BVS e livros didáticos. Resultados: Os enfermeiros precisam compreender o significado dos achados durante a avaliação e serem coerentes na análise do que estão observando e avaliando. As detecções precoces de um problema potencial ou real nos testes realizados reduzem os riscos de complicações(2). Os estímulos precoces permitirão delinear características comportamentais importantes para o desenvolvimento do bebê(3). Conclusão: Conhecer o desenvolvimento maturativo do SNC do bebê que se manifesta através das reações conhecidas como reflexos ou automatismo infantil é importante para os profissionais de saúde que participam do programa de controle do crescimento e desenvolvimento infantil, tendo o enfermeiro um papel fundamental dentro desse contexto.

14672

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SANDRA SALETE CENTOFANTE

TAQUIPNÉIA TRANSITÓRIA DO RECÉM-NASCIDO:UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Centofante, SSC; Centofante, SSC;

TAQUIPNÉIA TRANSITÓRIA DO RECÉM- NASCIDO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Sandra Salete Centofante[1];Sônia Marli Prager Lemos[1];Lisara Carneiro Schacker[2] Introdução: As variações da frequência respiratória ocorrem em função da alteração do volume corrente e da necessidade de se manter a capacidade residual funcional (CRF). No período neonatal os valores normais variam de 40 a 60 respirações por minuto. Considera-se taquipneia quando, em repouso ou durante o sono, a frequência respiratória mantém-se persistentemente acima de 60 movimentos por minuto. Essa condição, apesar de inespecífica, é um dos sinais[2].A taquipnéia transitória do recém-nascido, também conhecida como síndrome do pulmão úmido, ocorre devido à retenção do fluído pulmonar fetal[1]. Radiografias de tórax revelam infiltrado pulmonar difuso e fluído nos pulmões. Na gasometria arterial o PH pode estar levemente diminuído, com a PCO2 ligeiramente elevada, mas ainda dentro dos parâmetros normais. causando alterações respiratórias, diminuição da complacência do pulmão e aumento da resistência das vias aéreas[2]. Quando o recém-nascido realiza os primeiros movimentos respiratórios, ocorre a entrada de ar nos pulmões e, ao mesmo tempo a saída do fluído pulmonar que, na vida fetal, estava circulando dentro dos pulmões. O líquido intersticial e alveolar é absorvido pelo sistema linfático pulmonar. Quando esses fluídos não saem totalmente dos pulmões, causam alterações respiratórias[1]. Esse problema é mais comum entre os recém-nascidos a termo ou perto do termo, que nascem através de parto cesariano, principalmente cesárea eletiva sem trabalho de parto, prematuridade, sedação materna excessiva, sobrecarga hídrica materna, cordão umbilical clampeado > 45 segundos após o nascimento, asfixia perinatal, filhos de mãe diabética e com asma brônquica, policitemia e macrossomia[3]. Objetivo: realizar uma revisão bibliográfica para identificar o quadro clínico, forma de diagnóstico, tratamento e prevenção da Taquipnéia Transitória. Metodologia: Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, sendo realizada a leitura exploratória do material pesquisado, com a finalidade de classificá-lo, a fim de atender ao objetivo proposto. Como critério de inclusão, definiu-se que seriam utilizados artigos atualizados, de relevância para o tema pesquisado. Estes foram captados em bancos de dados eletrônicos, no período entre agosto e setembro de 2013, livros e em um manual do Ministério da Saúde. Resultados: Evidenciando o quadro clínico de taquipnéia, devido a uma variação da frequência respiratória acima de 60 movimentos por minuto, que ocorre em função de alterações do volume corrente e da necessidade de manter capacidade residual funcional. Avaliando o rítimo e a periodicidade, assim como o trabalho respiratório, batimento de asa de nariz, gemido expiratório, retrações torácicas e cor característica de cianose, Pode-se classificar a cianose em localizada ou periférica, e generalizada ou central. A primei¬ra, também conhecida como acrocianose, aparece nas regiões plantares e palmares. É um sinal benigno e comum no período neonatal, não representando doença sistêmica grave. A cianose central, envolvendo a mucosa oral, é observada quando a concentração de he-moglobina reduzida excede 5g/dL, condição comum durante a hipoxemia grave. A cianose central, quando presente, deve ser sempre investigada, procurando-se afastar cardiopatias congênitas, hipertensão pulmonar e afecções graves do parênquima pulmonar.juntamente com a imagem radiológica típica, é possível fazer o diagnóstico na grande maioria dos casos[1].A Taquipnéia Transitória e a Hipertensão Pulmonar do recém-nascido de parto cesáreo é a principal morbidade respiratória, necessitando de internação em unidades de terapia intensiva neonatal.As indicações de cesariana vêm crescendo muito, favorecendo seu uso de forma abusiva[3].Considerando que a adaptação à vida extra-uterina inicia-se juntamente com o trabalho de parto,

ocorrendo principalmente com a passagem do feto pelo canal vaginal e que a não ocorrência do mesmo pode estar associado a maior risco de complicações respiratórias ao nascimento.[3] Mas para um diagnóstico mais preciso, requer a exclusão da presença de complicações de outros processos patológicos, considerando que a característica da taquipnéia transitória, consiste em uma evolução benígna, com resolução do quadro clínico habitualmente de dois a três dias[2]. Os achados mais comuns consistem de congestão peri-hilar radiada e simétrica, espessamento de cisuras interlobares, hiperinsuflação pulmonar leve ou moderada e, ocasionalmente, discreta cardiomegalia e/ou derrame pleural[2]. Quanto ao tratamento, o objetivo principal é reduzir o fluxo sanguíneo pulmonar e prevenir o shunt cardíaco da direita à esquerda, que leva a uma sobrecarga pulmonar, diminuindo a resistência vascular pulmonar e minimizando a vasoconstrição pulmonar causada pela hipoxemia, poderá ser necessário manejo com oxigenioterapia para manter saturação arterial da hemoglobina entre 90% à 95%.Casos moderados podem necessitar de CPAP nasal. Casos graves podem necessitar intubação traqueal e ventilação mecânica. Após o reconhecimento da insuficiência respiratória, deve-se avaliar a gravidade do quadro identificando os sinais de alerta que representam uma condição de ameaça à vida e neces¬sidade de instituição imediata de suporte ventilatório. Deve haver cuidados intensivos, com uma equipe de profissionais qualificados sempre presentes e atentos aos sinais e sintomas apresentados assim como alterações nos parâmetros visualizados[1]. Para o diagnóstico diferencial da dificuldade respiratória do RN são importantes os dados da anamnese e do exame físico, além dos exames laboratoriais. As possibilidades diagnósticas são muito diversas. Qualquer condição que, por exemplo, dificulte a chegada do oxigênio no cérebro levará à expressão clínica de dificuldade respiratória Considerações Finais: A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias, tanto maternas como fetais para um desenvolvimento saudável do bebê, assim como reduzindo os riscos da gestante, ele permite indicar doenças presentes no organismo de ambos e atribuir medidas que evitam maior prejuízo para a mulher e ou para o feto. A gestante deve estar informada e preparada para o trabalho de parto e o parto em si com a finalidade de promover a prevenção de alterações respiratórias no recém-nascido, devido a diminuição da complacência do pulmão e aumento da resistência das vias aéreas. Descritores: Parto cesáreo. Recém-Nascido. Taquipnéia Transitória. REFERÊNCIAS 1 BRASIL. Ministério da saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, volume 3 Brasília: Ministério da Saúde 2011. 2 TAMEZ, Nascimento Raquel; SILVA, Pantoja Jones Maria: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco, terceira edição. 3 SOUZA, de Crislaine Aparecida; Salerno, Franco Rosa Gisela; FERNANDES, Marcelo. Cesareana e Doenças Respiratórias nos Recém-Nascidos: Revisão de Literatura, movimento & saúde. Revista Inspirar, volume 4. Número 2.março/abril de 2012. 1 Acadêmicas do Curso de Enfermagem - Universidade Feevale - Brasil. 2 Mestre,Especialista em Neonatologia,Docente do Curso de Enfermagem - Universidade Feevale - Brasil

13776

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SANDRA TEIXEIRA DE ARAUJO PACHECO

PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO ÀS DIFICULDADES MATERNAS NO USO DO COPINHO EM UMA UNIDADE NEONATAL.

Pacheco, STA; Organista, RR;

Introdução: O copo é um modo alternativo de alimentar recém-nascidos, recomendado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância1. Objetivo: Descrever as dificuldades para o emprego do copinho pelas mães na unidade neonatal na perspectiva do enfermeiro. Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido com 11 enfermeiros lotados em uma unidade neonatal de um Hospital Universitário do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu através de uma entrevista semi-estruturada no período de janeiro e fevereiro de 2013. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição (CEP/HUPE- 214.846). Resultado: Adotou-se a análise de conteúdo na modalidade temática2, originando duas categorias: Problemas na oferta do leite e Inexperiência materna. Conclusão: Frente à técnica da alimentação através do copinho pelas mães, os enfermeiros apontaram algumas percepções, dentre elas, as dificuldades delas em oferecer o copo ao seu filho, muito em função do posicionamento do bebê e do copo. Outra dificuldade esteve relacionada à inexperiência das mães, visto que essa prática alimentar não faz parte dos cuidados presentes em seu dia-a-dia. Implicações para a Enfermagem: É primordial que os enfermeiros oportunizem espaços adequados para as mães expressarem suas dificuldades, dúvidas, incertezas e limitações, o que pode se refletir numa assistência de enfermagem mais acolhedora junto a essas mulheres. Descritores: Enfermagem, Alimentação, Mães. Referências: 1. Couto DE, Nemr K. Análise da prática da técnica do copinho em hospitais amigos da Criança nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Rev. Cefac, São Paulo; 2005, out./dez.;7(4): 448-58. 2. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010.

14321

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SIMONE KONZEN RITTER

INTERVENÇÕES FACILITADORAS DA MANUTENÇÃO DA LACTAÇÃO E DA AMAMENTAÇÃO EM UMA COORTE DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL

Ritter, SKR; Mendes, ENWM;

Introdução: Em recém-nascidos pré-termo (RNPT) a alimentação oral é contraindicada ao nascimento devido à ausência ou à incoordenação do reflexo de sucção-deglutição-respiração, observada em RNPT com idade gestacional corrigida inferior a 34 semanas. Nesse período é iniciada a nutrição enteral, com o objetivo de evitar complicações metabólicas e de otimizar o crescimento e o desenvolvimento em longo prazo1. A literatura científica evidencia que o leite humano é o alimento ideal para os RNPT, por apresentar composição nutricional adequada às suas necessidades fisiológicas, estar relacionado à diminuição do tempo de hospitalização, à redução da retinopatia da prematuridade, da sepse neonatal, de doenças respiratórias e de enterocolite necrosante, à melhor progressão da dieta enteral e ao melhor desempenho neuropsicomotor e cognitivo dos RNPT que recebem leite humano, devendo ser introduzido o mais precocemente possível1,2. Concomitantemente, está documentado que a prática do método canguru e a presença dos pais na unidade de internação neonatal são capazes de influenciar positivamente na recuperação do RNPT, na manutenção da lactação, bem como na duração e na frequência do aleitamento materno3. Além desses fatores, é indispensável a contribuição dos profissionais de enfermagem, para que as mães sejam capazes de manter a lactação durante o período em que o RNPT não possui condições fisiológicas para iniciar a alimentação oral. Nesse sentido, é primordial o entendimento de que o ato de esgote mamário é semelhante à sucção do bebê e condiciona a liberação dos hormônios prolactina e ocitocina, responsáveis pela fisiologia da lactação. As orientações acerca das práticas de esgote mamário, sua frequência (oito a doze esgotes diários) e duração (20 a 30 minutos em cada mama) são cuidados de enfermagem necessários à manutenção da lactação, ao longo da internação hospitalar do RNPT, e visam o aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, garantindo, dessa forma, benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos, neurológicos, econômicos e maternos2,4,5. Objetivos: Relatar os resultados relativos às intervenções facilitadoras da manutenção da lactação e da amamentação identificadas em uma coorte de recém-nascidos pré-termo de um hospital universitário do sul do Brasil. Metodologia: Estudo de coorte prospectivo, que acompanhou 30 mães e 31 recém-nascidos internados desde o nascimento em unidade de internação neonatal de um hospital universitário do sul do Brasil, no período de maio de 2011 a abril de 2012. Constituíram critérios de inclusão: idade gestacional (IG) ? 35 semanas, peso ao nascer (PN) < 1850g, presença de pré-natal e manifestação materna favorável à amamentação após o nascimento, e critérios de exclusão: malformações congênitas severas, PN < 1000g e patologias maternas ou neonatais que contraindicaram o aleitamento materno. Foram realizadas três entrevistas estruturadas, a primeira após as 24 horas iniciais de vida, a segunda ao final da primeira semana de vida e a terceira após o início da alimentação oral; além da revisão de documentos assistenciais (prescrições médicas, registros de enfermagem e do Banco de Leite Humano). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 2011, sob nº 08-368. Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva. Resultados: Quanto à média ± desvio padrão (valor mínimo - valor máximo) os RNPT apresentaram: PN 1521,93 ± 266 g (1030 - 1810 g); IG 31,55 ± 2,35 semanas (26 - 35 semanas); 64,52% (20) RNPT do sexo masculino; 51,61% (16) RNPT adequados para a idade gestacional (AIG) e 48,39% (15) pequenos para a idade gestacional (PIG). Em relação ao tipo de parto, 74,19% (23) nasceram de parto cesáreo. O índice de Apgar

médio no primeiro minuto de vida foi de 5,80 ± 2,83 (1 - 9) e no quinto minuto de vida de 8,22 ± 1,28 (6 - 10). 45,16% (14) dos RNPT necessitaram de manobras de reanimação neonatal em sala de parto. A média de idade materna foi de 29 ± 9 anos (14 - 45 anos) e a escolaridade materna inferior a oito anos de estudo foi relatada por 48,38% (15) das mães. 87% (27) exerceram atividade profissional durante a gestação. A renda familiar mensal ? 1 salário mínimo foi referida por 32,26% (10) das mães, 2 a 4 salários mínimos por 61,29% (19) e 5 a 7 salários mínimos por 6,45% (2). 87% (27) das mães afirmaram residir com o pai do bebê. A mediana (quartil 25 - quartil 75) do número de filhos foi de 3 filhos (2 - 4,5 filhos). 67,74% (21) mães realizaram menos de seis consultas de pré-natal. Acerca da experiência prévia em amamentação, das 16 mães multíparas, 13 relataram amamentação prévia; destas, a mediana de tempo de amamentação foi de 12 meses (6 - 24 meses). A manutenção da lactação no período de internação neonatal foi referida como um processo difícil por 48,38% das mães, representado por baixa adesão ao esgote mamário. A mediana da frequência diária de esgote mamário foi de 1,85 esgotes (1,07 - 2,71). Em relação à presença materna, a mediana foi de 1,55 visitas diárias (1,14 - 1,94) e a presença paterna foi de 0,55 visitas diárias (0,33 - 0,78). A prática do método canguru por até 28 dias de vida foi observada em 54,74% (17) RNPT e 45,16% (14) receberam mais de 29 dias de intervenção canguru. No momento da alta hospitalar 61,29% (19) RNPT estavam em aleitamento materno exclusivo. Conclusão: A partir dos achados evidenciados no presente estudo, é possível inferir que a presença dos pais, o método canguru e o fornecimento de informações adequadas, são intervenções possivelmente facilitadoras do processo de manutenção da lactação e de amamentação em RNPT. Faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas, para avaliar o impacto dessas intervenções na referida população. Contribuições / implicações para a Enfermagem: A presença dos pais deve ser incentivada pela equipe de enfermagem, uma vez que favorece a recuperação do RNPT, a inserção da família nos cuidados ao bebê e o fortalecimento do vínculo afetivo. Do mesmo modo, a prática do método canguru constitui-se uma intervenção de baixo custo, a ser orientada e estimulada pela equipe de enfermagem, tendo em vista os benefícios significativos para os RNPT. Para viabilizar o aleitamento materno, é necessário o investimento dos profissionais de saúde em orientações direcionadas às mães desde o pré-natal. Na unidade de internação neonatal é fundamental a assistência de enfermagem qualificada e a atuação dos profissionais do banco de leite humano, quando a instituição disponibilizar desse serviço, para assegurar a manutenção da lactação e possibilitar amamentação exclusiva na alta hospitalar, tendo em vista que os RNPT pertencem a uma parcela da população de recém-nascidos que apresenta elevados índices de morbidade e mortalidade, para os quais é imprescindível a alimentação com leite materno. Referências 1Quintal VS, Falcão MC, Calil VMLT. Nutrição enteral do recém-nascido pré-termo. In: VAZ, F.A.C.; et al. Neonatologia. Barueri: Manole. 2011; 76-86. 2Mathur NB, Dhingra D. Breatsfeeding. Indian Journal of Pediatrics: Índia. 2013; 80(8): 153-159. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23904066 3Jefferies AL, Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Kangaroo care for the preterm infant and family. Pediatrics & Child Health: Canadá. 2012; 17(3): 141-146. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23449885 4Kim J, Unger S. Nutrition and Gatroenterology Committee Human Milk Banking. Paediatrics & Child Health: Canadá. 2010; 15(9): 595-598. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3009567 5Azevedo M, Mendes ENW. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. Revista Gaúcha de Enfermagem: Porto Alegre. 2008; 29(1): 68-75. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5282/3002 Descritores: Enfermagem neonatal, lactação, prematuro.

13911

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SÔNIA MARLI PRAGER LEMOS

ENFERMAGEM NA TERMORREGULAÇÃO DO RECÉM NASCIDO (RN)

Herber, S; Lemos, SMP; Pavani, KKG; Wolkweis, MJ; Schutz, RK; Maldaner, LCW;

Introdução: A regulação térmica é vital para sobrevida do RN. Ao nascimento o RN perde calor com facilidade devido ao frio do ambiente e a evaporação[2]. Objetivo: Descrição dos cuidados de enfermagem com a termorregulação do RN. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, baseado em revisão bibliográfica de trabalhos científicos publicados no período 2010 a 2013 Lilacs e Scielo. Descritores utilizados: termorregulação, recém-nascido, cuidados enfermagem. Resultados: identificados 3 artigos de pesquisas sobre a termorregulação. Foram mencionadas várias maneiras de evitar perdas térmicas e sinais que evidenciam hipotermia e hipertermia no RN e cuidados que apontam para redução da morbimortalidade dos recém-nascidos pré-termos (RNPTs)[3]. No entanto, é evidente a necessidade de estabelecer rotinas para controle da termorregulação nas UTIN e emergência pediátrica. Melhor avaliação dos recursos em instituições públicas, das condições de transporte e condições clinica do RN[2]. É de suma importância que os enfermeiros realizem pesquisas fundamentadas em evidências para aperfeiçoar o cuidado ao RN pré-termo[1]. Conclusão: A importância do conhecimento da equipe de enfermagem relacionadas as oscilações de temperatura que podem trazer complicações e lesões irreversíveis ao RN. A conscientização da equipe de enfermagem quanto ao cuidado e prevenção dos fatores que influenciam negativamente na regulação térmica do RN prematuro. Descritores: Recém-nascido, Termorregulação, Cuidados de Enfermagem REFERÊNCIAS 1. Veronezi,S.L.,Ribeiro,R.R. A evolução dos cuidados de enfermagem com a pele e a termorregulação dos recém-nascidos prematuros nos últimos 30 anos. Revista Saúde e Desenvolvimento/vol.3n2jan/jun2013.Disponívelemhttp://www.grupouninter.com.br/revistasaude/index.php/../article/.../110. 2. Balbino,A.C, et al. Termorregulação do RN: cuidados na admissão em unidade de emergência pediátrica. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, 2013. Disponívelem:http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/search/advancedResuls 3. Rolim, K.M.C, et al. Cuidados quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: olhar da enfermeira. Revistada Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v.11, abril\jun2010.Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/.../pdf Acesso em 05/08/2013

14409

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SUHAILA HOFFMANN RAHIM

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA FIXAÇÃO DE SONDAS OROGÁSTRICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rahim, SH; Martins, RCS; Gabatz, RIB;

Introdução: Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que o Brasil ocupa a décima posição mundial entre os países em que mais nascem prematuros (recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas), igualando-se a países considerados de baixa-renda1. Muitos fatores estão associados às altas taxas, sobretudo os fatores socioeconômicos e ambientais que repercutem diretamente na atual epidemia da prematuridade. No entanto, apesar do progresso tecnológico e da modernização de equipamentos, a prematuridade ainda é um importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal2. São diversas as complicações que surgem em recém-nascidos prematuros (RNPT), sendo a adequada assistência de enfermagem um dos fatores importantes na recuperação destes. Entre os cuidados de enfermagem, a terapia nutricional tem por objetivo suprir as necessidades e promover crescimento e desenvolvimento adequado dos RNPT e o leite materno é considerado o alimento ideal e completo para os mesmos. Em condições normais o RNPT se nutre através da amamentação, no entanto, quando ocorre a impossibilidade do aleitamento materno, é necessário utilizar fórmulas infantis especiais através da nutrição enteral, ou soluções formuladas para a via parenteral, ou as duas associadas. Em prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas é indicado o uso de sondas orogástricas (SOG) até o período em que possam desempenhar estas funções de modo satisfatório2, isto ocorre devido a sua imaturidade neurológica e dificuldades na coordenação sucção-deglutição e respiração. Neste contexto, a enfermagem possui papel fundamental nas unidades neonatais tanto na execução do procedimento quanto no cuidado e manejo das sondas. Um dos principais cuidados e preocupações das equipes de enfermagem refere-se à fixação externa das sondas, as quais são, geralmente, aderidas com curativos adesivos na pele do RN, podendo ocasionar lesões na pele devido ao período de utilização da sonda, à má utilização do curativo adesivo ou à técnica incorreta de fixação. Outra preocupação quanto à fixação externa das sondas refere-se à pressão exercida pelo material contra a gengiva e comissura labial. Esta compressão exercida contra a mucosa oral é capaz de ocasionar traumas mecânicos que podem comprometer importantes estruturas da cavidade oral do recém-nascido3. Diante disso, o objetivo deste trabalho é descrever o processo de implementação de uma nova técnica de fixação de SOG em unidades de cuidado de recém-nascidos de um hospital de ensino do Sul do Brasil. Objetivos: objetiva-se descrever o processo de implementação de uma nova técnica de fixação de SOG em unidades de cuidado de recém-nascidos de um hospital de ensino do Sul do Brasil. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência vivenciado por residentes em enfermagem em uma instituição hospitalar de ensino do Sul do Brasil, inseridos no cuidado a recém-nascidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Cuidado Semi-Intensivo. Os dados referem-se a atividades realizadas no período de junho a agosto de 2013. Resultados: O processo de implementação de novas fixações para SOG deu-se, inicialmente, com a seleção de quatro profissionais do hospital para a realização de capacitação prévia em outra instituição de referência ao atendimento do recém-nascido. Estes profissionais foram convidados a repassar as informações e conhecimentos adquiridos na capacitação os demais membros da equipe do hospital em questão. No segundo momento, ao término das capacitações, foi realizada a testagem da nova técnica de fixação das SOG. Esta foi utilizada por cerca de duas semanas, antes de ser implantada na rotina do serviço. O novo modelo implantado consiste na fixação de adesivos hipoalergênicos entre a região bucal e a região zigomática da face, os quais servem de base para a adesão

das hastes de fios de gaze, que formam uma espécie de "cadarço" servindo de sustentação para a sonda. Estas hastes serão aderidas a outra camada de adesivos hipoalergênicos ou esparadrapo sobre o adesivo fixado na pele do RNPT, conferindo maior segurança quanto a sua aderência. Além disso, este tipo de fixação proporciona mobilidade a SOG diminuindo a pressão da mesma sob a mucosa bucal. O modelo utilizado anteriormente na instituição consistia em fixações utilizando esparadrapo cortado sob a forma de "bigodes", os quais eram fixados na região supra-labial. Com frequência estas fixações precisavam ser substituídas pelo descolamento acidental das mesmas, pelas lesões nas mucosas e na pele do RNPT. Com a substituição da técnica de fixação, observou-se a redução nas lesões ocasionadas pelo uso da sonda orogástrica, sobretudo àquelas causadas em região de mucosas, o que proporcionou maior conforto para os recém-nascidos. Foi obervado, também, o aumento no tempo de permanência das mesmas, visto que os materiais utilizados na nova técnica dificultam o descolamento acidental. Além disso, notou-se que o uso de SOG com este tipo de fixação não interfere no processo de amamentação, uma vez que possibilita a sucção adequada do RNPT. O tempo de máximo permanência das SOG varia de acordo com protocolos institucionais, contemplando um período de 48 a 72 horas4. Desta forma, o cuidado com as sondas se faz de extrema importância para a redução de procedimentos desconfortáveis ao recém-nascido. Neste sentido, percebe-se a preocupação dos profissionais envolvidos no cuidado ao recém-nascido, na prevenção da dor e desconforto do recém-nascido. Assim, a prevenção de lesões provenientes do uso de sondas é um cuidado que permeia fundamentalmente as equipes de enfermagem, que têm desenvolvido mecanismos para melhoria da qualidade da assistência ao recém-nascido5. Conclusão: conclui-se que o RNPT em uso de SOG precisa ser assistido por uma equipe de enfermagem sabedora das características peculiares que envolvem estes pacientes. É imprescindível que os enfermeiros orientem sua equipe quanto aos cuidados aos RNPT em uso de SOG na tentativa de promover bem-estar aos mesmos. Além disso, é importante a busca dos profissionais por atualizações que forneçam subsídios para o cuidado ao RNPT que minimize o sofrimento em uma UTI neonatal. Contribuições para a enfermagem: Acredita-se que compartilhar experiências de sucesso no cuidado à Saúde do Recém-nascido contribua na atualização dos conhecimentos técnico científicos em neonatologia, possibilitando a orientação da equipe e permitindo que a mesma, reconheça quais os benefícios que suas ações implicam na saúde do RNPT. Por fim, destaca-se que a assistência de enfermagem abrange um conjunto de ações que vão além dos cuidados básicos de higiene do RNPT, por isso a implementação de novas formas de realização de técnicas contribuem para a qualificação do cuidado, solucionando problemas e minimizando consequências adversas. Descritores: Enfermagem - Neonatologia - Prematuro. Referências: 1. BRASIL, Organização das Nações Unidas. Disponível em: Acesso em: 18 agosto 2013. 2. TREVISAN, BF. Nutrição enteral por sonda gástrica em recém-nascidos de pré-termo: revisando técnicas [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. 3.PANDOLFI M, DUARTE DA, FERREIRA LSM, IMPARATO JCP. Estudo sobre prevalência de alterações bucais em bebês internos em uti neonatal. UFES Ver. Odontol. [internet] 2005 07(3): 6-13. 4. BORREL JG, SILVA IA. Sonda gástrica em recém-nascido pré-termo: estudo das alterações de flexibilidade do polímero constituinte. Rev Esc Enferm USP. [internet] 2000 34(3): 302-308. 5. MENDONÇA LBA, MENEZES MM, ROLIM KMC, LIMA FET. Cuidados ao recém-nascido prematuro em uso de sonda orogástrica: conhecimento da equipe de enfermagem. Rev Rene. [internet] 2010 11 (nºespecial): 178-185.

14354

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SUSANA DE FREITAS GOMES

TECNICA PARA ACALMAR O RECEM-NASCIDO DURANTE CHORO EXCESSIVO: CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM NEONATAL

Gomes, SDF; Christoffel, MM;

O comportamento infantil é influenciado pelo estado, o temperamento e a capacidade do recém-nascido de se autoregular. O recém-nascido reage com o choro, pois é a única forma de comunicação que conhece. Em contrapartida, os pais se desesperam e muitas vezes ficam estressados quando esse choro torna-se estridente e difícil de cessar. O presente estudo tem como objetivos: descrever a técnica para acalmar o recém-nascido durante choro excessivo e discutir as etapas desta técnica a luz do referencial de Brazelton. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo observacional com análise fílmica do vídeo intitulado: Parar o choro do bebê com a técnica Five S´s publicado no site: www.youtube.com e que receberam 246.246 visualizações. Foi realizado a observação da técnica dos 5'S e que se constitui das seguintes etapas: O primeiro S é o Swaddling ou Enrolar / Embrulhar o recém-nascido; O segundo S é o Side-Stomach position ou colocar o recém-nascido no decúbito lateral; O terceiro S é o Shusshing ou Chiado forte no ouvido do recém-nascido; o quarto S é o Swing ou Balançar / Embalar o recém-nascido e o quinto S é o Sucking ou Sugar. Os resultados evidenciaram que apesar da maioria das cinco etapas está embasada nos estudos de Brazelton, é necessário estudos mais aprofundados para que os pais e enfermeiros neonatologistas possam estar seguros sobre o tema, a fim de consolidar as evidências científicas para a prática afim de acalmar o recém-nascido com choro excessivo. Descritores: Recém-nascido; Cuidados de Enfermagem; Humanização da Assistência.

14662

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SUZANA BITTENCOURT DE OLIVEIRA

CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO NA PERSPECTIVA DO SISTEMA DE ALOJAMENTO CONJUNTO - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Oliveira, SBO; Peixoto, SMP; Souza, NTS; Santos, LMS;

INTRODUÇÃO: No puerpério, o recém-nascido necessita de atenção integral, pois enfrenta intensas modificações e adaptações. As suas primeiras 24 horas de vida são cruciais, pois é um período altamente vulnerável, já que ele deve fazer importantes ajustes fisiológicos à vida extra-uterina1. Quando o parto ocorria no ambiente domiciliar, a permanência da mãe e do bebê no mesmo ambiente era possível, mas com a institucionalização do parto, no século XX, as enfermarias próprias para os recém-nascidos, conhecidas como berçários, passaram a ser adotadas. Embora essas unidades de internação atendessem ao isolamento que se acreditava que o recém-nascido necessitava e permitissem (àqueles que precisavam) uma assistência intensiva, elas contribuíram para o distanciamento entre os bebês e suas mães, prejudicando o vínculo entre eles2. Para melhorar a humanização dessa assistência, a adoção do Sistema de Alojamento Conjunto foi um grande facilitador, tornou-se obrigatório em 1983 e dirigida aos hospitais públicos e conveniados2. Este é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio e com boa vitalidade permanece ao lado da mãe no mesmo ambiente, 24 horas por dia, desde o nascimento até a alta hospitalar. Para isso, a mãe deve estar livre de qualquer patologia que contraindique ou impossibilite o contato com o bebê3. Uma das suas grandes vantagens é favorecer maior contato entre a família e seu novo membro, integrando pai, mãe e bebê. Além disso, esse sistema permite também, que a equipe de enfermagem treine e oriente as mães através da educação em saúde, com demonstrações práticas dos cuidados ao recém-nascido e a elas mesmas e se constitui como um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde4. É um instrumento de socialização de saberes e tem um papel fundamental na atenção, possibilita a promoção da saúde e a troca de conhecimento entre profissionais e pacientes, contribuído para a autonomia no agir e para que estes se tornem sujeitos ativos em seu processo de saúde. OBJETIVO: Relatar as experiências vivenciadas na prática acadêmica do componente curricular "Enfermagem na Saúde da mulher, criança e adolescente II" no curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana sobre a importância do sistema de Alojamento Conjunto para uma melhor assistência ao recém-nascido; descrever os cuidados prestados ao recém-nascido e as atividades educativas realizadas relacionadas a esses cuidados durante o período de internação do binômio mãe-filho. METODOLOGIA: Trata-se de um Relato de Experiência sobre a vivência de estudantes do 9º semestre de enfermagem no acompanhamento de recém-nascidos no Alojamento Conjunto em uma maternidade pública no município de Feira de Santana-Ba, realizado no segundo semestre do ano de 2011 durante a prática do componente curricular "Enfermagem na Saúde da mulher, criança e adolescente II" do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Durante a prática, as estudantes ficaram responsáveis por prestar assistência ao binômio mãe-filho, além de realizar práticas educativas com as mães, feitas através de palestras e distribuição de cartilhas favorecendo suporte informativo e de apoio para minimizar as inseguranças e aumentar os conhecimentos. Foram feitos admissão, exame físico do recém-nascido e da puérpera, aplicação de fototerapia e medicamentos quando necessários. RESULTADOS: Na realização das atividades educativas utilizamos o método participativo, que facilita a integração entre educador e educando, permitindo a participação de todos, como integrantes do grupo, consequentemente com melhor aproveitamento do aprendizado. Antes de iniciarmos as atividades com as mães, estas foram orientadas de como seria a dinâmica e que a

participação delas seria fundamental para o desenvolvimento da atividade. Utilizamos como estratégia de ensino a demonstração prática das técnicas de banho e higiene do recém-nascido e limpeza do coto umbilical, com a participação das mães; e através do diálogo houve troca de informações entre as estudantes e as mães sobre temáticas relacionadas com cuidados com o recém-nascido, como: importância da imunização do recém-nascido; do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na Unidade Básica de Saúde; cuidados com a saúde bucal do bebê; a importância da realização dos testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho na detecção precoce de doenças e também a importância do aleitamento materno para o bebê. Pois, amamentar é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional. Dessa forma, dentre tantas vantagens desse sistema de alojamento conjunto, podemos destacar: o estimulo ao aleitamento materno, fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho a partir de um relacionamento precoce, permitindo que a mãe observe o seu bebê constantemente, conhecendo melhor o seu filho e possibilitando a comunicação imediata de qualquer anormalidade; dar condições à equipe de enfermagem de treinar e orientar as mães através de demonstrações práticas dos cuidados ao recém-nascido e a elas mesmas; diminui o risco de infecção hospitalar; possibilitando a troca de informações entre mãe e pediatra devido às visitas deste para realizar o exame do recém-nascido, além de manter a troca biopsicossocial entre a mãe, criança e os demais membros da família3. CONCLUSÃO: Percebemos que as principais dificuldades encontradas pelas mães em relação à prestação dos cuidados ao bebê, no puerpério imediato, são: banho, cuidado e limpeza do coto umbilical e amamentação, corroborando assim com alguns estudos encontrados na literatura. Diante disso, torna-se evidente a importância da realização da educação em saúde para minimizar e/ou extinguir essas dificuldades. Vale ressaltar que as orientações além de serem voltadas para as mães, devem ser estendidas também aos pais, encorajando-os a também participar dos cuidados ao recém-nascido, não somente como forma de contribuir com as mães, mas para fortalecer a relação com o bebê e com toda a família. Frente aos resultados obtidos podemos concluir que o sistema de Alojamento Conjunto traz inúmeras vantagens para o binômio mãe-filho e isso reflete numa assistência mais humanizada e de melhor qualidade para ambos. Nesses momentos que passamos junto às puérperas, pudemos ensinar e, sem dúvida, aprender com elas, através de gestos, palavras e atitudes, bem como ampliar horizontes para o processo de construção de uma assistência integral e humanizada. Assim, tivemos oportunidade de apreender a mulher/mãe/nutriz não só no instante da internação, mas em seu contexto de vida, com toda a sua abrangência, ou seja, como um ser biopsicossocial complexo, que precisa ser assistido não apenas em seus aspectos orgânicos, mas também em sua subjetividade. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A assistência no alojamento conjunto foi muito significativa, pois, através dessa vivência durante a graduação foi possível reconhecer a importância dessa prática na formação da Enfermeira, pois ela permite a interligação de conhecimentos teóricos com o vivido. REFERÊNCIAS: 1Patine FS, Furlan MFFM. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. Arq Ciênc Saúde. 2006; 13(4):202-208. 2Gerk MAS. Assistência de enfermagem ao recém-nascido em alojamento conjunto. In: Barros SMO. (Org.) Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo: Roca, 2006. 3Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 1016/93 - Normas Básicas para implantação do sistema "Alojamento Conjunto". Brasília Brasil: Ministério da Saúde; 1993. 4Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2004/2005; 9(16): 39-52.

14603

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SUZIANE DOS SANTOS MACHADO DA SILVA

AVALIAÇÃO DO POSICIONAMENTO E ÍNDICE DE TRACIONAMENTO DE CCIP EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN)

Silva, SSM; Vigo, PS; Rodrigues, TAF; Silva, CJ; Melo, IDF; Santos, ND;

Introdução: Os cateteres centrais de inserção periférica (CCIP) vem sendo cada vez mais utilizados nas (UTIN) devido às vantagens múltiplas advindas de sua utilização, tais como: inserção facilitada, possibilidade de permanência prolongada, menor risco de contaminação, menor risco de complicações e maior segurança na implementação de terapias intravasculares prolongadas.1,2 Devido a estas e outras características, os cateteres centrais de inserção periférica tem sido a principal escolha de técnica de acesso central em recém-nascidos, juntamente com o cateter umbilical.3 Tecnicamente, este cateter é inserido por via periférica, objetivando localização final da "ponta de cateter" no terço médio distal da veia cava superior, quando inserido em membros superiores, ou terço médio distal da veia cava inferior, quando o sítio de punção se localizar em membros inferiores. Após a realização do procedimento, a constatação da localização do cateter é realizada através de avaliação radiológica do tórax.1 2 A utilização dessa tecnologia de cuidado, cuja execução por enfermeiros é regulamentada pela Resolução COFEN 258/20013, exige capacitação técnica e científica específicas, habilitando-o à escolha do local adequado à inserção do cateter, avaliação de posicionamento após inserção, manutenção e manipulação do cateter, bem como a identificação de contraindicações e detecção precoce de possíveis complicações relacionadas ao procedimento, tais como flebite, extravasamento da infusão, infecção, trombose, deslocamento prematuro, oclusão e ruptura .2,3 Diante do exposto, definimos como objeto de estudo a Avaliação do posicionamento e índice de tracionamento de CCIP em uma Unidade Terapia Intensiva Neonatal. Visando apreender as expectativas despertadas pelo objeto de estudo, traçamos os seguintes objetivos: Verificar o local de inserção do cateter; investigar a incidência de tracionamento dos CCIP inseridos; avaliar eficácia do tracionamento. Método: estudo retrospectivo, de análise documental e abordagem quantitativa, realizado num Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2012. Como fonte de consulta para coleta de dados, foi utilizado o ofício próprio da instituição, chamado Protocolo de Controle e Avaliação do PICC. Foram avaliados somente os ofícios dos PICCs inseridos com êxito no período entre janeiro de 2010 e dezembro de 2011. Os dados foram tabulados em planilhas formatadas no Microsoft Excel, distribuindo-se em seis categorias principais, sendo quatro delas selecionadas por relacionarem-se aos objetivos determinados pelo estudo em questão; são elas: Local de inserção do PICC; Incidência de tracionamentos e Localização da ponta do cateter pós-tracionamento. Resultados: Os acessos preferenciais foram obtidos nas veias basílica, cefálica e jugular, em ambos os anos, o que, de certa forma, atinge o objetivo de fazer com que o cateter percorra um menor trajeto até sua localização ideal quando inseridos em membros superiores, a veia cava superior, corroborando também com a preferência apontada pela literatura3. As veias poplíteas e retroauriculares, juntas, correspondem a menos que 5% dos locais de punção, mas demonstram a possibilidade de sua escolha com segurança em neonatos que possuem a rede venosa já devastada por sua condição clínica e pelas inúmeras punções feitas para diversos motivos tanto pela equipe de enfermagem quanto médica. Levando-se em consideração o preenchimento deficiente do documento utilizado na unidade, observou-se que 21% dos CCIP inseridos em 2010 e 14% dos inseridos em 2011 atingiram o posicionamento adequado ao primeiro raio-x. Verificou-se que 56% dos cateteres inseridos em 2010 foram tracionados, esse percentual em 2011 ficou em torno de 62%, entretanto, esses valores ficam à margem da fidedgnidade do processo, já que cerca de 20% da ocorrência de prováveis

tracionamentos não foi relatada. A incidência de tração dos CCIP foi diretamente proporcional aos sítios de punção mais utilizados em ambos os anos. Os locais de inserção com menor incidência de tracionamento, segundo relato nos ofício de acompanhamento, foram as veias retroauricular, safena e poplítea. O item relativo à posição final do cateter foi o menos registrado, sendo 66% de não notificação em 2010 e 62% em 2011. Conclusão: A partir dos achados, pode-se dizer que pontos positivos e negativos acerca da inserção dos cateteres centrais de inserção periférica na unidade de terapia intensiva neonatal estudada, deixaram de ser captados em sua totalidade devido ao preenchimento incompleto do documento utilizado para avaliação do procedimento. Desta forma, não são relatados os sucessos obtidos na implantação dos cateteres, considerando que assim como na inserção do CCIP, a manipulação do cateter para uma possível tração do mesmo, demanda igual conhecimento científico e destreza por parte do Enfermeiro. Por outro lado, aponta uma necessidade de revisão ou de maior controle da técnica adotada para mensurar o comprimento do cateter a ser inserido, visto que, mesmo com a defasagem de relatos, mais da metade deles foram tracionados. Outrossim, o estudo vem elucidar a importância da realização e da leitura correta de uma radiografia, onde pode-se estabelecer o êxito ou perda de um cateter de acordo com as escolhas que forem feitas baseadas nela. Esse fator pode advir de uma demanda da graduação ou da pós-graduação em enfermagem, as quais não oferecem estudos radiológicos como uma constante, desvelando-se nisso, uma proposta a ser incluída nas grades curriculares dos cursos. Para a unidade, o estudo aponta a necessidade de maior adesão às propostas que visem qualificar a já legalmente estabelecida inserção de cateteres centrais de inserção periférica por Enfermeiros. Contribuições para a enfermagem Esperamos que os dados encontrados através desse estudo, bem como as conclusões a que chegamos, sirvam como incentivadores à um maior controle dos CCIP inseridos, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, bem como para execução de uma prática técnica e científica da enfermagem, revestida da segurança e do cuidado exigidos na assistência intensiva e realização de procedimentos de alta complexidade, como a inserção dos CCIP. Descritores: Recém-nascido. Cateterismo Periférico. Enfermagem. Referências 1. REIS, A. T. et al. O uso do cateter epicutâneo na clientela neonatal de um hospital público estadual: estudo retrospectivo. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n .4, p. 592-7, out-dez. 2011. 2. JESUS VC, SECOLI SR. Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). Ciênc. Cuid Saúde. 2007;6(2):252-60. 3. BAGGIO MA, BAZZI FCS, BILIBIO CAC. Cateter central de inserção periférica: descrição da utilização em UTI Neonatal e Pediátrica. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):70-6.

13869

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TAÍS FOLGOSA DA SILVA

ATORES FACILITADORES DO USO DO COPINHO NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NEONATAL.

Silva, TF;

Introdução: A alimentação por meio de copo vem sendo utilizada em muitos países em desenvolvimento1, sendo um modo alternativo de alimentar recém-nascidos2. Objetivo: Descrever as facilidades para o emprego do copinho pelas mães na unidade neonatal na perspectiva do enfermeiro. Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido com 11 enfermeiros lotados em uma unidade neonatal de um Hospital Universitário do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu através de uma entrevista semi-estruturada no período de janeiro e fevereiro de 2013. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição (CEP/HUPE- 214.846). Resultado: Adotou-se a análise de conteúdo na modalidade temática3, originando A categoria: Diversos fatores facilitadores a realização da técnica do copinho pelas mães. Conclusão: Frente às percepções relacionadas às facilidades, os enfermeiros percebem que as mães demonstram ter mais facilidade em oferecer o leite pelo copinho quando comparado a outras técnicas alimentares, como por exemplo através da sonda ou até mesmo pelo processo de relactação/ ou translactação; que após utilizarem o copinho, as mesmas conseguem amamentar de forma mais efetiva seus filhos e que elas associam a oferta do leite pelo copinho com a melhora do quadro clínico da criança e o aumento ponderal de seu filho. Implicações para a Enfermagem: o estudo aponta a importância do profissional de saúde problematizar com as mães que estão alimentando seu filho pelo copinho acerca desta vivência, buscando conhecer suas facilidades e/ou dificuldades diante desta prática alimentar.Descritores: enfermagem, alimentação, mães. Referências:1. Gutierrez L, Delgado SE, Costa AP. Caracterização do uso da técnica do copo em UTI neonatal de um hospital público. Rev. Bras Crescimento Desenvolv. 2006; 16(1): p.22-31. 2. Couto DE, Nemr K. Análise da prática da técnica do copinho em hospitais amigos da Criança nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Rev. Cefac, São Paulo; 2005, out./dez.;7(4).

13890

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TALITA BALAMINUT

UTILIZAÇÃO DA HEPARINA PARA DESOBSTRUÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NO NEONATO: ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL

Balaminut, T; Zani, AV; Venturini, D;

Introdução A enfermagem neonatal vem utilizando novas tecnologias assistenciais, entre elas o cateter venoso central de inserção periférica (CCIP). Apesar de apresentar menor incidência de complicações, uma das mais prevalentes é sua obstrução, principalmente por coágulos. Ainda são muito discutíveis na literatura as estratégias utilizadas para a desobstrução do CCIP, sendo a heparina, amplamente difundida na prática clínica, porém sem consenso na literatura sobre a concentração segura para o neonato e eficaz para a desobstrução do cateter. Objetivo Comparar duas concentrações diferentes de heparina de baixo peso molecular quanto à eficácia desta solução para restaurar a permeabilidade do CCIP neonatal obstruído por coágulo em laboratório. Metodologia Estudo descritivo, quase-experimental, comparativo, de abordagem quantitativa, que utilizou 30 CCIPs neonatais de calibre de 2.0 Fr, obtidos da retirada dos cateteres dos neonatos internados após o término do tratamento e divididos em dois grupos. Os CCIPs pérvios e íntegros foram cortados na marcação de 10 cm e coagulados in vitro com sangue humano obtido por meio da punção venosa de um colaborador e foram tampados em sua extremidade distal e proximal a fim de impedir o escape de sangue ou a secagem pelo ar. Após o preenchimento, os cateteres foram transferidos para uma solução salina aquecida a 37°C, através de um aparelho de banho-maria simulando a temperatura corpórea do neonato e permanecendo por 6 horas. Ao término deste período foi testada a permeabilidade dos cateteres com a infusão de solução salina, sendo considerados coagulados aqueles que não foram possíveis a infusão da solução ou a aspiração do coágulo. O grupo 1 recebeu a infusão de heparina de baixo peso molecular a 25U/ml e o grupo 2 recebeu a mesma heparina na concentração de 50 U/ml por meio da técnica de pressão negativa, que foi repetida com 5, 15, 30 minutos e 4 horas. Esta técnica de pressão positiva inclui uma torneira de três vias conectada ao cateter com duas seringas de 10 ml conectadas à torneirinha, sendo uma com 10 ml da solução de desobstrução e a outra vazia. O conteúdo do cateter foi aspirado até a graduação de 10 ml pela seringa vazia, formando um vácuo em seu interior, fechando-se esta via após. A via da torneira com solução foi então aberta, com o objetivo de preencher o cateter apenas com o volume aspirado pelo vácuo. O sistema ficou bloqueado desta forma, sendo repetido por 4 vezes a técnica de pressão negativa com 5, 15, 30 minutos e 4 horas. Houve um controle rigoroso do tempo de ação da heparina, não ultrapassando 4 horas devido seu tempo de estabilidade. Ao final de cada etapa foi testado a permeabilidade dos cateteres, tentando aspirar a solução de heparina juntamente com o coágulo e após, infundir cerca de 1 ml de solução salina. Este estudo recebeu parecer favorável CEP/UEL: 066/2013. CAEE13890613.8.0000.5231 pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. Resultados Dos 30 cateteres que foram submetidos ao processo de coagulação, 2 foram excluídos por não terem sido coagulados corretamente, permitindo a infusão de solução salina. Desta forma, os grupos ficaram compostos por 14 cateteres cada. No grupo 1, o qual recebeu a concentração de 25 U/ml de heparina, 3 cateteres (21,4%) desobstruíram nos primeiros 5 minutos, 4 (28,6%) com 15 minutos, 1 com 30 minutos da ação da heparina e a maioria, 6 cateteres (42,9%), desobstruíram com 4 horas. No segundo grupo com concentração de 50 U/ml de heparina, a maioria dos cateteres já desobstruíram nos primeiros 5 minutos (6 cateteres -42,9%), 2 cateteres (14,3%) desobstruíram com 15 minutos, 4 (28,5%) com 30 minutos e apenas 2 (14,3%) cateteres com 4 horas da infusão da heparina. Em todas as desobstruções, foi possível a infusão de, no mínimo 1 ml de solução

salina e a aspiração do coágulo. A diferença ocorreu nos tempos de desobstrução, no entanto, independente da dose, todos os cateteres foram desobstruídos. Conclusão A utilização de heparina de baixo peso molecular em concentrações de 25 e 50 U/ml, associada com a técnica de pressão negativa é segura e eficaz na restauração da permeabilidade de CCIPs neonatais (2,0 Fr) ocluídos in vitro por coágulo. A segurança foi suportada pela aspiração do coágulo pela seringa e a eficácia pela capacidade de restaurar 100% da permeabilidade dos cateteres com a aspiração do coágulo, em ambas as concentrações de heparina. Apesar de imitar as condições clínicas do cateter dentro do vaso do neonato, este estudo realizado em laboratório apresenta algumas limitações como a utilização de apenas uma marca e um calibre de cateter (2.0 Fr), a ausência de fatores presentes na corrente sanguínea, como o turbilhamento de sangue dentro dos vasos, recomendando pesquisas adicionais para comprovar os resultados apresentados neste estudo. Contribuições/implicações para a Enfermagem O enfermeiro é o responsável, desde que capacitado, na inserção e manipulação do CCIP e as possíveis complicações de seu uso podem ser minimizadas com intervenções específicas, visto que estão diretamente relacionadas à competência da enfermagem quanto ao uso do cateter, principalmente no que diz respeito às técnicas de manutenção na terapia intravenosa. Uma das complicações mais freqüentes do seu uso é a obstrução, principalmente por coágulos. Porém, as recomendações e consensos sobre desobstrução do CCIP por coágulos em neonatologia são extremamente escassos. Este estudo permite embasamento científico para o uso da heparina, em concentrações seguras para o neonato e eficazes para a desobstrução do CCIP, a fim de garantir a terapia intravenosa, de responsabilidade de toda a equipe de enfermagem. Descritores: Obstrução do cateter; recém-nascido; heparina. Referências Fetzer SJ, Manning, GPD. Safety and efficacy of the POP technique for restoring patency to occluded PIC catheters. Applied Nurs Res. 2004 Nov; 17(4):297-300. Fransceschi AT, Cunha MLC. Eventos relacionados ao uso de cateteres venosos centrais em recém nascidos hospitalizados. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2010 Mar-Abr;18(2):07telas. Kamala F, Boo NY, Cheah FC, Birinder K. Randomized controlled trial of heparin for prevention of blockage of peripherally inserted central catheters in neonates. Acta Paediatr. 2002; 91(12):1350-6. Shah PS, Shah VS. Continuous heparin infusion to prevent thrombosis and catheter occlusion in neonates with peripherally placed percutaneous central venous catheters. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008, Issue 2. Art. No.: CD002772. DOI: 10.1002/14651858.CD002772.pub3

13898

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TAMARA SOARES

DIÁLISE PERITONIAL POR CICLADORA EM NEONATOLOGIA: UMA NOVA REALIDADE

Soares, T; Salvado, AC; Stumpf, AE; Reis, DC; Rodrigues, FA;

INTRODUÇÃO: A insuficiência renal aguda (IRA) é uma patologia comum em Unidades de tratamento Intensivo Neonatais (UTIN) e pode ser definida como a súbita incapacidade do aparelho urinário em controlar a volemia e excretar as toxinas[1]. O recém-nascido é mais suscetível à IRA pelas alterações volêmicas que ocorrem no período neonatal, pelo aumento das perdas insensíveis e, nos prematuros,pela imaturidade do aparelho urinário. A diálise peritonial (DP) consiste no processo de depuração sanguínea, no qual o peritônio é utilizado como filtro, permitindo a transferência de substâncias tóxicas entre a cavidade abdominal e o capilar peritonial. OBJETIVOS: Relatar a primeira experiência de DP por cicladora na UTIN do Hospital de Clínicas de porto Alegre (HCPA). METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência que foi dividido em etapas: treinamento em unidades com experiência nesta terapia e adequação da estrutura física. RESULTADOS: A DP automatizada visa garantir uma técnica asséptica, proporcionando comodidade ao profissional de enfermagem, conforto ao paciente e prevenção de infecções. As etapas da DP (infusão, permanência e drenagem) são controladas pela cicladora. A prescrição médica deve ser definida pela equipe assistente e seguida pelo profissional responsável pela instalação e manutenção da cicladora. CONCLUSÃO: O enfermeiro exerce um papel indispensável na assistência humanizada e de forma sistemática ao paciente em tratamento dialítico e a cicladora veio para incrementar e facilitar a assistência de enfermagem[2]. CONTRIBUIÇÕES: Foi de extrema importância para a implantação desta nova técnica, a contribuição dos enfermeiros do Serviço de Hemodiálise do HCPA. DESCRITORES: Insuficiência renal, Diálise peritonial, neonatologia. REFERÊNCIAS: 1 Costa, MP, et al. Diálise Peritonial em Recém-Nascido de Muito Baixo Peso: relato de caso. Rev. Ped. Elec. 2009. 2 Trajano, JS; Marques, IR. Assistência de enfermagem na diálise peritonial ambulatorial e hospitalar. Rev. Enferm UNISA. 2005.

13861

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TAMARA SOARES

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM NEONATOLOGIA

Soares, T; Salvado, AC; Stumpf, AE; Reis, DC; Rodrigues, FA;

INTRODUÇÃO: A hipotermia terapêutica tem sido a primeira opção de tratamento para recém-nascidos (RN) com encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI)1. Existem critérios rigorosos para classificação e indicação dos pacientes que serão submetidos a esta técnica2. O tratamento deve ser iniciado nas primeiras 6 horas de vida e consiste na manutenção da temperatura do RN em 33,5°C por 72 horas. Eles são colocados sobre um colchão térmico regulado por um aparelho conectado a um termômetro esofágico. Conforme há oscilação na temperatura, este aparelho regula o colchão para que o RN mantenha a temperatura esperada. No final das 72 horas, inicia-se o reaquecimento do paciente em 0,5°C por hora até que atinja 36,5°C. Neste momento, liga-se a incubadora e mantêm-se a monitorização da temperatura conforme rotina da unidade. Os bebês que receberam esta terapêutica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre seguem em acompanhamento no ambulatório de Follow-up. OBJETIVO: Relatar o uso do protocolo de hipotermia terapêutica em RN com EHI. MÉTODO: Trata-se de um relato de experiência. RESULTADOS: Nossa experiência com o protocolo de hipotermia foi de rompimento de paradigmas. Estávamos acostumados a manter os bebês aquecidos e nesta técnica temos que mantê-los com a temperatura baixa para diminuirmos a atividade cerebral visando preservar ao máximo o sistema nervoso central já injuriado com a hipóxia. CONCLUSÃO: Uma técnica de impacto cultural na equipe de enfermagem, sendo que seus reais resultados somente poderão ser vistos com o passar do tempo. CONTRIBUIÇÕES: Com o aparecimento de mais casos, conseguiremos mais segurança neste processo. DESCRITORES: Hipotermia induzida, neonatologia, enfermagem. REFERÊNCIAS: 1 Sampaio, I; Graça, AM; Moniz, C. Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquêmica: da evidência à implementação de um protocolo. Acta Pediatr Port. 2010. 2 Procianoy, RS. HipotermiaTerapêutica. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/hipotermia-terapeutica.pdf. Acesso em: 05/08/2013.

14226

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TANIA INEZ MARIGA SCHAEFER

NATUREZA E TENDÊNCIAS DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE LESÕES DE PELE DO RECÉM-NASCIDO

Schaefer, TANIA; Naidon, ANGELA; Pieszak, GREICE; Arrué, ANDREA; Neves, ELIANE;

Introdução: O processo de cuidar é interativo entre cuidador e ser cuidado, é o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizados para e com o cliente para promover, manter e recuperar sua dignidade e totalidade humana (Waldow, 1999). O foco principal do enfermeiro é o cuidado ao ser humano, que consiste na essência da profissão e se dá no contexto de suas experiências. Quando esta atividade se realiza na área da neonatologia, o cuidado voltado à pele do recém-nascido (RN) tem se tornado uma preocupação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), devendo então ser primazia nas ações do enfermeiro, pois a pele é uma barreira protetora dos órgãos internos contra agentes externos (FONTENELE, et al, 2012). Atualmente um dos grandes desafios do enfermeiro é assistir ao recém-nascido, sendo que os avanços tecnológicos tem colaborado para a diminuição da mortalidade infantil, especialmente entre os recém-nascidos extremamente prematuros. Trazendo para o ambiente da UTI Neonatal este pequeno ser e expondo o mesmo ao excessivo manuseio durante sua fase mais crítica, tanto por procedimentos dolorosos quanto para cuidados de rotina. Algumas intervenções de enfermagem são indispensáveis para manter a integridade da pele, prevenir injúria física e química, minimizar a perda insensível de água, manter a temperatura estável e prevenir infecções (ROLIM et al, 2009). Muitos são os cuidados aos RNs em UTIN. Entre estes se incluem o banho, a lubrificação com óleos emolientes, o uso de soluções cutâneas para antissepsia, a fixação de adesivos para apoio a aparelhos de monitorização e cuidados com a perda de calor, entre outros. É importante destacar que 80% dos RNs desenvolvem alguma injúria na pele até o primeiro mês de vida, principalmente os nascidos prematuramente (ROLIM et al, 2009). Para qualificar o cuidado da pele do RN, é de fundamental importância, que o enfermeiro padronize suas ações, monitorizando as condições de pele do RN, para assim prover um cuidado sistemático e individualizado. Objetivo: Descrever a natureza e tendência na produção científica de enfermagem sobre a temática lesões de pele do recém-nascido. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida em junho de 2013 na base de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Bdenf (Base de Dados em Enfermagem) e Pubmed (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América). Após selecionadas as bases de dados a serem consultadas, definiu-se os descritores: recém-nascido, pele e cuidados de enfermagem, sendo encontrados 56 produções. Aplicados critérios de inclusão quais sejam: artigos publicados em português, inglês e espanhol que abordassem procedimentos, intervenções e cuidados de enfermagem com a integridade da pele do recém-nascido. Excluídos os artigos repetidos entre as três bases de dados e artigos com resumos incompletos. Após esta seleção restaram para análise oito produções, sendo duas produções da base de dados Lilacs, três produções da Bdenf e três produções da Pubmed. Resultados: Dos artigos analisados, observou-se uma maior incidência de publicações no ano de 2010. Quanto ao tipo de estudo dos artigos: quatro são descritivos, quatro são estudos exploratório-descritivo e um estudo documental. Observa-se também que dos artigos analisados cinco (5) são publicações nacionais e três (3) estudos internacionais. Mediante a leitura dos estudos, foram identificados vários procedimentos e intervenções que cada vez mais requerem do enfermeiro atualização teórico-prática e estudos referente aos cuidados com a integridade da pele do recém-nascido. No estudo A1, utilizou-se a membrana semipermeável nos RNs pré-termos para proteção da pele destes. A membrana

semipermeável é constituída de adesivo acrílico hipoalergênico, que torna o ambiente úmido, favorável a cicatrização, possui permeabilidade seletiva e torna-se impermeável a fluidos e microorganismos. Já no estudo A2, objetivou-se identificar a colonização bacteriana, após a remoção da membrana semipermeável do tórax anterior dos recém-nascidos pré-termo (RNPT). Com este estudo concluiu-se que durante a permanência da membrana semipermeável sobre a pele do RN pré-termo, não foi observada alteração dermatológica ou presença de infecção. Na análise do estudo A3, objetivou-se conhecer o cuidado da enfermeira prestado ao recém-nascido para prevenção de lesão na pele, sendo que todos os cuidados prestados contribuem para minimizar os efeitos nocivos provocados pela hospitalização. Na análise da produção A4, o objetivo foi analisar o conceito de cuidado com a pele do recém-nascido. O conhecimento da dinâmica complexa das modificações fisiológicas que ocorrem na pele do RN é imprescindível para os profissionais de saúde, pois determinará e conduzirá práticas que valorizem o intercâmbio de saberes dos diferentes campos disciplinares. No estudo A5, objetivou-se identificar na literatura os cuidados de enfermagem para manter a integridade da pele do recém-nascido pré-termo (RNPT) e as principais causas de lesões. Concluiu-se com este estudo que os cuidados de enfermagem com a pele do RNPT são fundamentais para diminuir as possíveis injúrias a este órgão provocadas durante a internação, reduzindo assim a morbimortalidade e, proporcionando melhor qualidade de vida para o RNPT. O estudo A6, relata que o uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) está aumentando como um meio de suporte respiratório para a Síndrome da angústia respiratória em muitos RNPT, este é menos invasivo e pode ser tão eficaz como a ventilação mecânica em RNPT, porém a degradação do septo nasal pode ser visto como uma complicação no seu uso. No estudo A7 realizou-se uma revisão de literatura sobre o cuidado com a pele do RN. Propondo assim, um cuidado de enfermagem voltado para a função da pele como barreira protetora do organismo. A produção A8, objetivou descrever o uso de um protocolo de colaboração prática para apresentar e documentar os resultados dos pacientes com o uso de hidrogel amorfo como uma modalidade de tratamento para feridas neonatais iatrogênica. Conclusões: Com este estudo, verificou-se que os estudos sobre esta temática são descritivos e apontam como tendência a importância do enfermeiro ter conhecimento teórico-prático em relação aos cuidados com a pele do RN, para poder padronizar as ações e cuidados de enfermagem que qualifiquem a assistência. Descritores: recém-nascido; pele; cuidados de enfermagem. REFERÊNCIAS - FONTENELE FC, PAGLIUCA LMF, CARDOSO MVL. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. Rev. Esc. Anna Nery. 2012 Set; 16(3):480-5. - ROLIM KMC, FARIAS CPX, MARQUES LC. Atuação da enfermeira na Prevenção de lesão de pele do recém-nascido. Rev. Enferm. UERJ. 2009 Out/dez; 17(4):544-9. CUNHA ML, MENDES EM, BONILHA AL. Skin care in newborns. Rev. Gaúcha Enferm. 2002 jul; 23(2):267-73.

14230

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TANIA INEZ MARIGA SCHAEFER

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DA PELE DO RECÉM-NASCIDO EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Schaefer, TANIA; Naidon, ANGELA; Pieszak, GREICE; Arrué, ANDREA; Neves, ELIANE;

Introdução: Na assistência ao recém-nascido a preservação da integridade da pele é um aspecto importante do cuidado, constituindo um motivo de preocupação para os cuidadores, tendo que as lesões de pele predispõem o recém-nascido ao risco de adquirir infecções, podendo ainda causar seqüelas e cicatrizes irreversíveis, sendo muito importante uma assistência individualizada e com um olhar crítico para este cuidado. Objetivo: Este projeto de dissertação de mestrado tem como objetivo analisar as condições da pele do recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Materiais e Método: O presente estudo será de abordagem quantitativa, o qual será realizado em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal do sul do Brasil, sendo uma localizada no Oeste de Santa Catarina e a outra na região central do Rio Grande do Sul. Para analisar as condições de pele do recém-nascido será aplicada a Escala de Condição da Pele do Recém-nascido (ECPRN) e também será aplicado um formulário para caracterizar este recém-nascido. Resultados: Espera-se com este estudo, contribuir para a qualificação dos cuidados de enfermagem, perante o desafio de manter a integridade da pele do recém-nascido. Conclusões: A padronização de condutas na assistência de enfermagem visa garantir uma melhor qualidade desta assistência. Descritores: recém-nascido; pele; cuidados de enfermagem. REFERÊNCIAS - FONTENELE FC, PAGLIUCA LMF, CARDOSO MVL. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. Rev. Esc. Anna Nery. 2012 Set; 16(3):480-5. - ROLIM KMC, FARIAS CPX, MARQUES LC. Atuação da enfermeira na Prevenção de lesão de pele do recém-nascido. Rev. Enferm. UERJ. 2009 Out/dez; 17(4):544-9. - SCHARDOSIM JM. Adaptação Transcultural e Validação Clínica do Instrumento Neonatal Skin Condition Score para uso no Brasil. (dissertação). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2012.

14231

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

THAÍS ALVES LÍVIO

A MUSICOTERAPIA NA RECEPÇÃO AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lívio, TA; Fernandes, AJC; Medeiros, MAS; Lima, PC; Silveira, BL; Lisboa, CB;

INTRODUÇÃO: Nos últimos anos a humanização hospitalar vem assumindo crescente importância e reafirmando os efeitos positivos sobre a recuperação de pacientes (1). Nessa direção, algumas intervenções têm sido recomendadas e implementadas na sala de parto e de recepção ao recém-nascido (RN), bem como, nas unidades neonatais como importantes instrumentos para o cuidado humanizado (2). Nestes ambientes, a rotina dos procedimentos resulta em significantes mudanças nas respostas comportamentais e fisiológicas do recém-nascido, como o atraso no desenvolvimento cognitivo, emocional, físico, neurológico e sensitivo, devido à excessiva estimulação a que este está exposto. Sendo, assim, é importante que a assistência seja direcionada para ajudar na transição da vida intrauterina para a extrauterina, mantendo condições adequadas para ampliar o potencial de desenvolvimento do RN, prevenindo a estimulação indesejada e o estresse (3). Sendo assim, a atenção ao recém-nascido deve ser estruturada e organizada, pois este faz parte de uma população sujeita a riscos. A assistência, portanto, não deve ser direcionada somente para condutas técnicas operacionais, mas também para uma tecnologia associada ao acolhimento, desenvolvendo uma visão esclarecedora, que vem do "olho do coração" do cuidador para o ser que está sendo cuidado em sua integralidade, respeitando sua individualidade (4). Dentre as inúmeras formas, existe o uso da música como forma terapêutica na recepção e ambientalização do recém-nascido. A música é uma ferramenta importante para a promoção da saúde, ainda pouco explorada em ambientes de sala de parto. Os sons, quando chegam aos ouvidos, são convertidos em impulsos que percorrem os nervos auditivos até o tálamo, região do cérebro que é considerada a estação central das emoções, das sensações e dos sentimentos. Os impulsos provocados pela música no cérebro repercutem em todo o corpo e podem ser detectados pelas novas técnicas de escaneamento cerebral ou neuroimagem. O ritmo musical influencia os padrões de sono e vigília, a respiração, os batimentos cardíacos, a circulação sanguínea e as secreções do sistema glandular (5). Diante disso, o trabalho de musicoterapia ajuda-o na organização emocional, bem como, minimiza as repercussões do estresse da adaptação ao qual ele perpassa após o nascimento, proporcionando alívio e relaxamento. OBJETIVO: Descrever a experiência da utilização da musicoterapia durante recepção do recém-nascido em sala de parto como uma alternativa de proporcionar a humanização do cuidado. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência da execução da musicoterapia em uma sala de recepção ao recém-nascido de uma Maternidade Escola de referência para partos de alto risco. A vivência ocorreu durante o mês de junho, período no qual foi aplicada a música, através de um aparelho de som portátil, durante os cuidados dispensados ao RN desde o seu nascimento até sua saída do setor para o alojamento conjunto ou a Unidade Neonatal. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Ao nascer, a criança ingressa num ambiente de sons e ritmos diferentes do vivenciado no ambiente intrauterino, como os ruídos característicos da sala de parto e a sua própria voz, no primeiro grito de vida provocado pela entrada de ar nos pulmões e pela diferença de temperatura (5). Quando da presença da mãe na sala de parto, em preparação para chegada de seu filho, foi introduzida a música em baixo volume durante toda a permanência do binômio no local. Assim, o uso da música constituiu-se como uma tecnologia de cuidado fundamental para a adequada adaptação do RN ao ambiente extrauterino, sendo uma alternativa para a humanização durante assistência oferecida que, de forma isolada ou quando associada com outros mecanismos, traz efeitos surpreendentemente favoráveis.

Efeitos esses relacionados ao binômio, sua família acompanhante e aos profissionais envolvidos no cuidado. Foi possível, então, observar durante a vivência uma boa aceitação de todos os envolvidos nos cuidados ao RN, dentre os quais se encontram os pediatras, os enfermeiros e os técnicos/auxiliares de enfermagem, além dos familiares que presenciavam a sua aplicação. A utilização da música resultou em grande sensibilização dos profissionais à realização de outros métodos de humanização, tais como, a diminuição dos estímulos táteis e luminosos, do manuseio e dos movimentos bruscos, infelizmente, pouco realizados pela equipe da maternidade. Além disso, foi possível perceber a efetividade da intervenção musical para o recém-nascido durante o processo, no qual a música parecia acalmar o bebê e estes dormiam tranquilamente, tendo efeito direto sobre a adaptação no ambiente. No entanto, há alguns fatores, tais como, a sobrecarga de trabalho, a não disponibilização de um aparelho de som fixo no setor, além do desconhecimento dos benefícios desta terapia, podem ser considerados como obstáculos à continuidade da musicoterapia na maternidade. CONCLUSÃO: A experiência mostrou que a implantação de terapias alternativas na sala de parto e recepção do RN ainda encontra-se em meio a dificuldades, principalmente estruturais, mesmo se tento atualmente a comprovação de seus benefícios. Porém, ainda assim, o seu uso durante o período da pesquisa foi positivo e, por ser uma prática de promoção à saúde, cabe-se como porta de entrada para a sua efetiva implantação, sendo sugestiva a propagação para outros setores aquém de onde foi trabalhado. CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Através da construção de conhecimentos, habilidades e competências e fortalecendo, ainda, o vínculo entre mãe e bebê, o uso da musicoterapia pelo profissional de enfermagem, enquanto terapia alternativa no cuidado humanizado de saúde ao recém-nascido que necessita de cuidados após o parto, é de fato importante na integralidade nas ações de saúde prestadas. REFERÊNCIAS: (1) Picado, et.al. Humanização hospitalar infantil: intervenções musicoterapêuticas no Centro Clínico Electra Bonini. São Paulo, 2007. Disponível em: http://www.pediatriasaopaulo.usp.br /upload/html/1212/body/05.htm. Acesso em: 14 agosto 2013. (2) GAIVA, M. A. M. e SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. Rev. bras. enferm. [online], vol.58, n.4, 2005. (3) KAMADA, I.; ROCHA,S.M.M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. Rev Esc Enferm USP, v. 40, n. 3, p. 404-11, 2006. (4) ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. Rev Esc Enferm USP. V. 40, n. 4, p.: 515-23, 2006. (5) Conhecendo a Musicoterapia. s.d. Disponível em: http://www.ocuidador.com.br /imgs/utilidades/cartilhamusicoterapia-4e5b882e8ee73.pdf. DESCRITORES: Musicoterapia; Recém-nascido; Cuidados de Enfermagem.

14233

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

THAÍS ALVES LÍVIO

A RECEPÇÃO DE UM RECÉM-NASCIDO PORTADOR DE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lívio, TA; Fernandes, AJC; Lima, PC; Silveira, BL; Lisboa, CB; Souza, HP;

INTRODUÇÃO: A Malformação congênita é definida como qualquer defeito na constituição de algum órgão ou conjunto de órgãos que determine uma anomalia morfológica estrutural presente no nascimento e causado por fatores genéticos, ambientais ou mistos1. O nascimento de um bebê malformado provoca um sentimento aterrador em todos os que estiverem envolvidos no evento. É uma condição que foge da rotina de atendimento, tendo de atuar de acordo com o estado e condições do bebê, exigindo assim uma forma diferenciada de conduzir a assistência2. No nascimento de uma criança com malformação, particularmente, quando se trata de malformação dismórfica, o atendimento imediato ao recém-nascido (RN), bem como a abordagem da mãe para informar da anomalia apresentada, é uma tarefa difícil, uma vez que, o impacto de ter gerado um filho com malformação visível é atordoante e constitui-se em sobrecarga aos pais3. Além disso, os bebês com malformações externas provocam impacto na mãe e no profissional e, quanto mais visível for o defeito, o sentimento de preocupação e constrangimento ocorrerá imediatamente ao tomarem ciência do fato. Assim que percebem a malformação, a reação imediata, além da surpresa, é o choque, este ocorre ao constatar a extensão da deformidade. Nesse momento, o enfermeiro percebe que todos os profissionais que participam do atendimento sofrem impacto ao tomarem ciência do fato, necessitando reorganizar as ações de intervenção, justamente por nem sempre estarem preparados para a adequada assistência2. Desta forma, os profissionais de enfermagem podem atuar como facilitadores do vínculo recém-nascido-família, tendo que conhecer as crenças e valores da mãe a respeito do nascimento do filho, informando o tipo de malformação e ajudando a mãe a encarar a realidade2. O contato inicial com os pais para que estes observem a aparência da criança e constatem a extensão da norma-lidade ou anormalidade é de fundamental importância3. No entanto, os profissionais percebem-se despreparados, impotentes e não sabem lidar com a reação, dificultando a assistência2. OBJETIVO: Descrever a experiência da recepção de um recém-nascido portador de malformações congênitas. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo vivenciado pela enfermeira residente de neonatologia em uma Maternidade escola referência no Estado de Alagoas para alto risco. O sujeito da pesquisa foi um recém-nascido portador de múltiplas malformações. A coleta de dados foi realizada a partir da observação não participante e a análise documental foi feita através da consulta ao prontuário com embasamento na pesquisa bibliográfica. RELATO DE CASO: 04/06/2013, às 06h59min, EGS, do lar, G2P1A0, IG=35s2d, deu entrada na maternidade com quadro clínico de oligodrâmnio, BR ± 15 horas, sofrimento fetal com BCF=100bpm e trabalho de parto prematuro com DU: 3/10'; às 10h00min deu entrada no centro cirúrgico para interrupção da gestação. Às 10h18min RN nasce de parto vaginal, sexo masculino, apresentação cefálica, a termo, PIG, Peso: 1.695g, Altura: 36cm, PC: 27,5cm, PT: 27,5cm, APGAR 04 e 07 no primeiro e quinto minuto, respectivamente, apresentando quadro de desconforto respiratório e múltiplas malformações. Ao exame: Estado geral comprometido. Cabeça: crânio assimétrico, fontanela posterior ampla, olhos simétricos, baixa implantação auricular, mucosa oral íntegra. Pescoço: curto, excesso de pele, clavícula íntegra. Tórax: simétrico e expansivo, presença de escoliose severa, AP: MVU (+), AHT, s.r.a, AC: RCR, 2T, Bulhas hipofonéticas. Abdome: semi-globoso, depressível, cordão umbilical com presença de artéria umbilical única. Genitália: compatível com sexo masculino, pênis e saco escrotal invertidos, pênis flácido, ausência de testículos, ânus imperfurado. Extremidades: acrocianótico, baixa perfusão capilar, movimento de

amplitude preservado, agenesia de polegar esquerdo. Reflexos: hipoativos. Cuidados iniciais: secagem e remoção dos campos úmidos, aquecimento por lençóis e berço aquecido, posicionamento e aspiração das vias aéreas. RN evoluiu com quadro de desconforto respiratório, foi colocado em oxigenoterapia por CPAP Nasal, FiO2 60%, passado SOG aberta e encaminhado para UCI Neonatal. Às 13h30min apresentou cianose generalizada e piora do quadro respiratório, sendo encaminhado para a UTI Neonatal, colocado sob VM (PIP=30 e PEEP=7), iniciado antibioticoterapia com Ampi+Genta e feito surfactante exógeno. Às 17h00min apresentou-se taquidispneico grave, hemorragia digestiva alta pela sonda e ausência de eliminações fisiológicas, foi realizado cateterismo umbilical, administrado Fentanil e Dormonid, parâmetros da VM a 100% e RN saturando em 58%, iniciado dobutamina e solicitado concentrado de hemáceas. RN ficou em observação contínua, com piora do quadro clínico chegando ao óbito às 06h50min. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Evidencia-se que o nascimento de um bebê portador de malformações congênitas ainda é de grande impacto para os profissionais envolvidos em seu cuidado e recepção. Inicialmente a surpresa e a indecisão foram os aspectos que se sobressaíram na equipe, seguidos pela curiosidade e insegurança quanto à expectativa das condutas a serem seguidas. Conforme Almeida e Kimura3, na atuação profissional, há uma tendência em se de¬senvolver atividades, seguindo uma rotina preestabelecida que é inviável no nascimento de uma criança com malfor¬mação congênita, na qual se exige, além de uma atuação técnica adequada, uma estabilidade emocional e comuni¬cação verbal adequada, a fim de atender às reais necessidades do binômio mãe-recém-nascido. Posteriormente, percebeu-se a continuidade do cuidado através de um conjunto de atos multiprofissionais que mantinham o intuito somente de controlar os sintomas, visto que, o prognóstico não era favorável e a necessidade perpassava por cuidados momentâneos, ou seja, paliativos. Porém, este tipo de assistência demanda por suporte psicológico e terapêutico dos profissionais, os quais estão acostumados a lidarem com a vida e os meios que levam à sua continuidade, fato que não aconteceu nesse caso. Além disso, os profissionais de enfermagem que estão diretamente ligados ao cuidado passam mais tempo com o paciente, tornando esse impacto ainda mais significante, sendo, então, importante ele incentivar o contato precoce mãe-filho, evitando que a mesma cultive sentimento de culpa, sendo cuidadoso na comunicação verbal e evitando transbordar pena2. CONCLUSÃO: Enfrentar o nascimento de um RN com múltiplas malformações congênitas trás consigo consequências tanto à nível de relação profissional, como também familiar. Desta forma, analisar e compreender a anomalia é de extrema importância para os prestadores do cuidado, pois, somente assim será viabilizada uma assistência qualificada e humanizada com estreita relação com a equipe multiprofissional visando o bem estar do binômio mãe-filho4. CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Proporcionar ao enfermeiro a construção e atualização do conhecimento em Enfermagem Neonatal sobre os cuidados humanizados e qualificados proporcionados aos RN portadores de malformações congênitas. Ressaltando-se, ainda, que para a efetivação do trabalho é muito importante a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois com a mesma os profissionais podem planejar sua assistência, ter um desempenho satisfatório de suas atividades e, assim, proporcionar uma assistência integral e efetiva. REFERÊNCIAS: (1) OPAS. Prevenção e controle de enfermidades genéticas e os defeitos congênitos: relatório de um grupo de consulta. Washington, 1984. (2) ALMEIDA, M.M.G.de. Assistir ao nascimento de recém-nascidos com malformação desfigurante: a vivência do enfermeiro. Dissertação; São Paulo, 2005. (3) ALMEIDA, M.M.G.de; KIMURA, A.F. Assistir ao nascimento de recém-nascidos com malformação desfigurante: a vivência do enfermeiro. Einstein; v. 6, n. 3, p.328-36, 2008. (4) TAVARES, P.A.; et. al. Assistência de Enfermagem ao RN Portador de Anomalia Anorretal. Disponível em: . Acesso em: 21 ago 2013. Descritores: Anormalidades Congênitas, Enfermagem Neonatal, Cuidados de Enfermagem.

14038

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

THAIS APARECIDA MORAES DA SILVA

ALEITAMENTO CRUZADO: SEGURANÇA DO BINÔMIO MÃE E FILHO

Prates, AB; Souza, CT; Delegá, MG; Nobre, SBT; Silva, TAM; Guareschi, AP;

ALEITAMENTO CRUZADO: SEGURANÇA DO BINÔMIO MÃE E FILHO INTRODUÇÃO: O leite materno é o alimento mais completo e rico em nutrientes, contém água, proteínas, gordura, vitamina, sais, cálcio e fósforo e, além disso, tem anticorpos que protegem o bebê de doenças que a mãe já foi exposta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida. O aleitamento cruzado é a prática de lactação, na qual a criança recebe um leite que não é produzido por sua mãe. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer momento entre o ciclo gravídico-puerperal; sabe-se que durante o trabalho de parto e o parto se dá a maior taxa de transmissão vertical (60% a 65%), e o restante (35% a 40%) ocorre no período intrauterino, principalmente nas últimas semanas de gestação, e pelo aleitamento materno. Por isso, se faz importante a educação em saúde, através de práticas pedagógicas participativas e continuadas durante o período pré e pós natal, com ênfase no pré-natal, visando uma prevenção do aleitamento materno cruzado, evitando a transmissão de doenças e substâncias químicas nocivas ao bebê. Para a prevenção da transmissão vertical, o Ministério da Saúde preconizou a contraindicação do aleitamento materno em casos de mães portadoras de doenças infectocontagiosas, que utilizam substâncias químicas que podem ser nocivas ao bebê e o aleitamento cruzado, visto que 14% das crianças se infectam durante o puerpério através do aleitamento. OBJETIVO: Abordar os riscos do aleitamento materno cruzado do binômio mãe e filho, descrevendo ações de prevenção para evitar este ato, promovendo maior segurança ao binômio mãe e filho. MÉTODO: Trata-se de uma pesquisa de revisão da literatura, realizada entre os meses de Fevereiro e Maio de 2013 nas bases de dados LILACs, SciELO, Medline com publicações dos últimos 5 anos e livros dos últimos 10 anos. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: Apesar de o leite materno fornecer substâncias nutritivas e que causam benefício ao desenvolvimento e prevenção de uma série de doenças no bebê, ele pode transmitir alguns tipos de vírus e até mesmo substâncias que podem prejudicar a saúde do mesmo, principalmente no caso do aleitamento materno cruzado, onde não se sabe a procedência do leite oferecido à criança, tendo em vista que há situações em que o aleitamento é contraindicado. O aleitamento pode ter contraindicações temporárias, como: em casos de nutrizes portadoras de doenças infecciosas como Varicela, Herpes com lesões mamárias e Tuberculose não tratada; em uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, como antineoplásicos, radiofármacos, drogas sedativas, psicoterápicas e opiáceos; consumidoras de drogas de abuso, onde o tempo em que o aleitamento é contraindicado varia de acordo com a droga; deve-se desestimular o consumo de cigarros e álcool, porém considera-se que os benefícios do aleitamento seja maior dos que os malefícios causados pela nicotina ou dose baixa de álcool (até em torno de um cálice de vinho ou duas latas de cerveja); estes casos em que as contraindicações são temporárias deve-se estimular a produção de leite com ordenhas regulares e frequentes até que o aleitamento seja permitido. Pode também haver contraindicações definitivas do aleitamento, como: nutrizes portadoras do Vírus da imunodeficiência humana (HIV), em que o risco de transmissão é elevado, entre 7 a 22% e o risco se renova a cada exposição, é transmitido por mães tanto sintomáticas quanto assintomáticas, fazendo o uso de antirretroviral ou não; Vírus linfotrófico humano de células T 1 e 2 (HTLV 1 e 2), em que o risco é de 13-22%; Hepatite B, em que vários estudos têm demonstrado que a imunoprofilaxia imediatamente após o nascimento, com a administração da vacina e imunoglobulina, previne a infecção neonatal pelo VHB em mais de 90,0% dos casos, mas esta conduta não se aplica ao

aleitamento cruzado, colocando em risco o neonato que se alimenta do leite de uma nutriz com esta doença, uma vez que a sua mãe biológica não seja infectada pela mesma; e Citomegalovírus, o qual a infecção é assintomática e não deixa sequelas, não está contraindicado o aleitamento materno em filhos de mães CMV+, exceto em recém-nascido prematuro com idade gestacional menor que 32 semanas, devido à possibilidade significativa de causar infecção sintomática. Enquanto a mãe não puder realizar o aleitamento, pode ser utilizado alternativas seguras para evitar o aleitamento cruzado e a transmissão de doenças e/ou substancias químicas para o bebê que são: as fórmulas artificiais, as quais há uma concentração correta para não haver nutrição inadequada do bebê; a utilização do banco de leite, que são centros especializados em que o leite doado passa por um processo que garante que haja transmissão de micro-organismos patogênicos para o bebê receptor do leite; e a alimentação complementar a partir do quarto mês, como papas de frutas. CONCLUSÃO: O aleitamento cruzado é contraindicado devido aos riscos de transmissão de doenças infectocontagiosas e substâncias químicas. Para que seja promovida uma maior segurança ao binômio mãe e filho, é necessário que fique claro os riscos que o aleitamento cruzado pode causar e as possibilidades do uso de fórmulas infantis, banco de leite e alimentação complementar para o bebê, proporcionando assim uma nutrição adequada e segura para o mesmo. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM: É de extrema importância que o enfermeiro tenha conhecimento sobre as contraindicações do aleitamento e aleitamento cruzado para garantir a segurança do binômio mãe e filho. Além de que, o papel do enfermeiro para um melhor gerenciamento dessa população de risco dentro de uma maternidade é treinar e habilitar a equipe multiprofissional no aconselhamento sobre alimentação infantil em crianças com condição que contraindica o aleitamento materno, além de treinar e capacitar toda a equipe de saúde para ensinar à mãe o preparo seguro da alimentação, de acordo com o Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. REFERÊNCIAS: BARROSO, LMM et al. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/SIDA. Rev. Rene [Internet]. Out-Dez 2009 [acesso em: 13 mar. 2013]; 10 (4). Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_site/a18v10n4.htm. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades - referência para mulheres que não podem amamentar [Internet]. Brasília, DF; 2005. [acesso em: 05 abr. 2013]. Disponível em: http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/MSmanualHIVeAM2005.pdf. BRASIL. Ministe?rio da Sau?de. Secretaria de Atença?o a? Sau?de. Departamento de Atença?o Ba?sica. Sau?de da criança: nutriça?o infantil: aleitamento materno e alimentaça?o complementar [Internet]. Brasi?lia: DF; 2009. [acesso em 02 abr. 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf.
NOGUEIRA, CMR. Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009. [acesso em: 08 mar. 2013] Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2338/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Nogueira_Cibele_Mary_Ramos.pdf. DESCRITORES: Aleitamento materno. Transmissão vertical. Segurança do paciente.

13947

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

THAIS DAMASCENO OLIVEIRA

ABORDANDO OS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO: UM RELATO DE ESPERIÊNCIA

Oliveira, TD; Bergmann, MM; Pires, BM; Matos, GC; Aires, NT; Soares, MC;

Introdução: Os cuidados com a saúde do recém-nascido têm importância para a redução da mortalidade infantil e melhora na qualidade de vida[1]. O período neonatal é um momento de grande vulnerabilidade, que envolve riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, que podem gerar a necessidade de cuidados especiais, com atuação integral e qualificada das equipes de saúde. As ações de promoção e prevenção à saúde dirigida às gestantes e aos recém-nascidos influenciam na condição de saúde dos indivíduos, desde o nascimento até a vida adulta[1]. O puerpério é um momento de ansiedade e dúvidas em relação aos cuidados ao recém-nascido. Esta nova etapa exige da mulher um lento e gradual processo de adaptação à nova condição de vida e de atenção ao novo integrante da família. Este é um momento que a equipe de Enfermagem desempenha importante papel ao orientar e sanar dúvidas das puérperas a cerca dos cuidados com RN proporcionando à mulher autonomia e confiança nos cuidados com o bebê[2]. A partir desta perspectiva, melhorar a saúde materna com base em orientações e esclarecimento de dúvidas de uma forma humanizada é uma consequência para impedir mortes evitáveis de recém-nascidos. Objetivo: Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da participação das alunas da graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas no Projeto de Extensão "Prevenção e promoção da saúde em grupos de gestantes e puérperas". Metodologia: Os encontros acontecem mensalmente e contam com a participação de docentes, discentes da Faculdade de Enfermagem da UFPEL e a enfermeira da Unidade Básica de Saúde, localizada na zona norte de Pelotas. Participam do grupo, gestantes e puérperas de todas as faixas etárias, de diferentes estágios gestacionais e condições socioeconômicas. O encontro sobre o tema cuidados com recém-nascido foi realizado em agosto de 2013, estavam presentes 15 gestantes, cujas faixas etárias variaram de 17 a 32 anos, a idade gestacional predominante foi de 36 semanas. A apresentação do material foi realizada pelas acadêmicas de Enfermagem voluntárias e bolsistas PROBEC, utilizando material ilustrativo e demonstração prática dos cuidados específicos como, banho, higiene do coto umbilical. Após foi aberto discussões em roda de conversa para esclarecimento das dúvidas e troca de experiências entre gestantes, puérperas e acadêmicas. Resultados: No encontro realizado, foram abordados assuntos sobre cuidados ao recém-nascido de forma integral, visando o incentivo ao aleitamento materno e a importância da amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança, podendo ser continuada até os dois anos ou mais3. Enfatizou-se que leite fraco não existe, informando às participantes sobre a composição do leite humano e que este contém todos os nutrientes, especialmente proteínas, gorduras e vitaminas que a criança necessita até os seis meses de vida, é de fácil digestão para o RN e seu aspecto aguado é uma característica normal, portanto, o leite materno esta sempre em boas condições para o consumo da criança, e esta etapa é de extrema importância para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê. Sendo assim discutido que o leite materno constitui a principal fonte de nutrição e redução da morbimortalidade infantil3-4. Realizamos orientações em relação à posição correta para o RN dormir após a mamada, que seria coloca-lo em decúbito dorsal (de barriga para cima) sempre depois de arrotar, pois se houver refluxo do leite o bebê não correrá o risco de aspira-lo[1]. Orientamos também em relação aos cuidados gerais como o banho, no qual a mãe deverá verificar a temperatura da água com a parte sensível do braço ou pulso, este deve começar céfalo-caldal e a última região a ser higienizada são as genitais do bebê[1]. Também enfatizamos que a higienização dos ouvidos e nariz deve ser realizada na parte externa das cavidades e nunca na

interna[1]. E por fim o tema que gerou várias dúvidas entre gestantes e puérperas na roda de conversa foi à questão da higiene do coto umbilical, sendo esclarecido que é preciso limpa-lo, pois este é a porta de entrada para infecções. Enfatizamos que a higiene não causa dor ao bebê e deve ser realizada no banho, onde o coto umbilical deve ser lavado com água e sabão neutro e após deve-se secar bem a região do coto e se possível deixa-lo para fora da fralda5. Conclusão: O tema abordado no grupo foi avaliado positivamente, pois a troca de experiências permitiu que gestantes e puérperas esclarecessem suas dúvidas em relação aos cuidados com RN, mesmo aquelas que já estão em sua segunda gestação. Conclui-se que os grupos de gestantes são espaços que possibilitam sanar dúvidas e proporcionam trocas de experiências. Neste contexto constata-se a importância do profissional de Enfermagem nas orientações, troca de experiências e empoderamento das mulheres nos cuidados com o recém-nascido. A participação no grupo de gestantes e puérperas nos proporcionou, enquanto acadêmicas de Enfermagem, a oportunidade de diálogo com as mulheres e fortalecimento de nossos conhecimentos a cerca dos cuidados com os recém-nascidos em um espaço distinto da academia. Contribuições/ Implicações para a Enfermagem: Os grupos de gestantes e puérperas contribuem para melhorar a qualidade da assistência prestada, por meio da promoção e prevenção da saúde na perspectiva de proporcionar a mulher autonomia e conhecimento no cuidado de si e do seu bebê. Descritores: Educação em Saúde; Recém-Nascido; Cuidado Pós-Natal. Referências: 1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 2. Pereira MC, Garcia ESGF, Andrade MBT, Gradim CVC. Sentimentos da puérpera primípara nos cuidados com o recém-nascido. Cogitare Enferm. 2012 [acesso em jul 30]; 17(3):537-542. Disponível em: ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../1904. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 4. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. Ciência & saúde coletiva [online]. 2011 [acesso em 2013 jun 9]; 16(5):2461-2468. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. 5. Linhares EF, Silva LWS. Cuidado com o coto umbilical do recém-nascido sob a ótica dos seus cuidadores. Revista Eletrônica Gestão & Saúde [online]. 2012 [acesso em 2013 jul 30]; 3(3): 969-985. Disponível em: http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/198

14294

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

THAYSE APOLINÁRIO FERREIRA RODRIGUES

O CUIDADO MATERNO COM O BEBÊ PREMATURO NA UNIDADE NEONATAL: O PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR

Rodrigues, TAF; Pacheco, STA; Coutinho, KAA;

A separação provocada pelo longo período de internação do bebê prematuro dificulta o estabelecimento do vínculo e apego materno, além de favorecer o desenvolvimento de insegurança em relação à promoção de cuidados ao seu filho[1]. Nesta perspectiva, o preparo para a alta hospitalar não pode ser visto como um evento pontual e isolado delegado a momentos prévios à saída do bebê, mas deve fazer parte de um processo de orientações, sendo uma iniciativa constante dos profissionais[2]. Objetivou-se identificar os cuidados realizados pelas mães aos seus filhos prematuros na unidade neonatal. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa desenvolvido com 12 mães de crianças prematuras internadas na unidade neonatal de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro. Para a coleta de dados utilizou-se entrevista semi-estruturada. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição (CEP- 173.108). O tratamento das informações obtidas está alicerçado na análise de conteúdo proposta por Bardin[3]. A análise dos dados permitiu identificar duas categorias analíticas que retratam os principais cuidados maternos realizados com as crianças prematuras. Esses centraram-se nos cuidados higiênicos (banho, troca de fralda e cuidados com o coto umbilical) e com as práticas de alimentação (auxilio no momento da gavagem, oferecimento do leite pelo copinho e amamentação). O estudo aponta a importância do apoio, orientação e a supervisão dos profissionais de saúde no que tange aos cuidados realizados pelas mães na unidade neonatal. Essas ferramentas podem ser importantes instrumentos no processo de cuidar das mães, de modo que elas se sintam seguras para cuidar de seu filho quando no contexto domiciliar. Palavras-chave: Alta do paciente. Prematuro. Mães. Enfermagem

14515

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VANESSA OLIVEIRA OSSOLA DA CRUZ

EFEITOS DA AMPICILINA, NAS CÉLULAS ENDOTELIAIS DE VEIA UMBILICAL HUMANA (HUVEC), EM DOSES UTILIZADAS EM NEONATOS.

Cruz, VOO; Areas, M; Soares, MMV; Vidal, PI; Rodrigues, EC; Faria, JCO;

O contato do endotélio com fármacos e soluções causam flebite e infiltração, levando à perda do acesso venoso. A maioria dos recém-nascidos internados recebem tratamento empírico com ampicilina, 25 a 50 mg/Kg/dose, via intravenosa em intervalos que variam com a idade gestacional e pós-natal. Objetivou-se avaliar as respostas endoteliais das HUVEC ao tratamento com ampicilina. Trata-se de um experimento in vitro com HUVEC de cordões umbilicais de recém-nascidos saudáveis. A ampicilina foi utilizada em concentrações crescentes e por tempos variados, a fim de averiguar os seus efeitos nas células. Foi realizada imunomarcação da matriz extracelular (MEC) das HUVEC, do grupo controle e do grupo tratado, para observação da distribuição das proteínas Laminina, Fibronectina e Tenascina. Os resultados demonstraram que o aumento da concentração de ampicilina provocou a diminuição abrupta do número de HUVEC e modificação da distribuição da MEC com desadesão das células levando à morte celular. Concluímos que este trabalho pode contribuir para a criação de um modelo explicativo in vitro da ocorrência da flebite e infiltração relacionadas à infusão de ampicilina em recém-nascidos. Descritores: Infusões Intravenosas, Recém-Nascido, Enfermagem. Referências: Gomes ACR et al. Assessment of phlebitis, infiltration and extravasation events in neonates submitted to intravenous therapy. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, Sept. 2011 . Areas M et al. Injuries Produced by Ampicilin Administration in the Endothelium of Newborns: an Experimental Study in Vitro and Contributions for Neonatal Nursing. In: XV Meeting of the Brazilian Society for Cell Biology, 2010, São Paulo. XV Meeting of the Brazilian Society for Cell Biology, 2010.

13919

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VERONICA NUNES DA SILVA CARDOSO

OS SENTIMENTOS DOS ENFERMEIROS DIANTE DO PROCESSO DE MORRER/MORTE DE RN?S INTERNADOS EM UTIN: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Guerra, BLO; Santos, CFM; Santos, RA; Cibreiros, SA; Cardoso, VNS;

Objeto de estudo: os sentimentos do(a) enfermeiro(a) diante do processo de morrer/morte do recém-nascido em UTI Neonatal. Objetivos: descrever e analisar os sentimentos do (a) enfermeiro (a) diante do processo de morrer/morte do recém-nascido em UTI Neonatal de acordo com a literatura. Justifica-se pela importância em compreender o significado e a complexidade do atendimento em UTI Neonatal bem como o dia a dia do(a) enfermeiro(a) no tratamento da vida e morte. Metodologia: pesquisa bibliográfica desenvolvida através do método de Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Levantamento de publicações do período entre maio e julho de 2013 por consulta à Base de Dados de Enfermagem (BDENF), vinculada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BIREME/OPAS-OMS (Biblioteca da Rede Médica) e Literatura Latino-Americana das Ciências da Saúde (LILACS). Análise dos dados: evidenciou-se em 95% dos artigos pesquisados em recorte temporal de 2006 à 2013 a experiência dos enfermeiros(as) quanto ao cuidado em UTI Neonatal e 5% apenas dos artigos demonstraram os conflitos de sentimentos como angústia, tristeza, impotência, fracasso e raiva diante do processo de morrer/morte do recém-nascido. Conclui-se que a convivência com a morte interfere diretamente nos sentimentos e emoções do(a) enfermeiro(a) por acreditarem que falharam na prestação do cuidado. Referências: Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado no processo de morte e morrer. Rev Latino-am Enfermagem 2005 março-abril; 13(2):151-7 Mota, MS Gomes, GC Coelho, MF Filho, WDL Sousa, LD Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre 2011 32(1):129-135

14040

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

WALDOMIRO ROBERTO TAVARES

Relevância de um Programa Municipal na Melhoria de Vida dos Recém Nascidos, em Ribeirão Preto ? SP.

Tavares, WR; Reis, MCG; Gonçalves, MC; Felicio, RCA; Furtado, MCC;

INTRODUÇÃO: O programa Floresce uma Vida foi criado em 1995, para busca ativa dos recém-nascidos nas maternidades SUS de Ribeirão Preto. OBJETIVO: garantir acesso ao binômio mãe-bebê na atenção básica, na primeira semana de vida. METODOLOGIA: O programa tem 6 técnicos de enfermagem, distribuídos em 3 maternidades, 1 enfermeiro, 1 médica pediátrica. Os técnicos visitam os binômios diariamente nas maternidades, orientam, cadastram-os no sistema e agendam consulta para o enfermeiro entre 3-5 dias de vida para vacinação, coleta do teste do pezinho, cuidado com o recém-nascido e estimulo ao aleitamento materno; consulta pediátrica até 15 dias de vida e puerperio após 40 dias do parto. O enfermeiro realiza supervisão dos técnicos, das agendas nas unidades de saúde e discussão de casos. RESULTADOS: Melhora na integralidade do cuidado ao binômio nas unidades de saúde, redução dos índices de mortalidade infantil, aumento dos índices de aleitamento materno exclusivo. CONCLUSÃO: Melhor integração entre Secretaria da Saúde e maternidades SUS, atendimento precoce e redução de complicações e deficiências dos RNs. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A enfermagem possui relevante papel entre a família e a rede de apoio, proporcionando condições para que a criança cresça e se desenvolva saudável, considerando seu contexto e suas vivências. DESCRITORES: Programa de saúde; Neonatologia; Sobrevida. BIBLIOGRAFIA: 1- www.saúde.ribeiraopreto.sp.gov.br/programas/ aleitamento materno e floresce uma vida, 2012. 2- Furtado MCC, Mello DF, Parada CMGL, Pinto IC, Reis MCG, Scochi CGS. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(4):640-6. 3- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2004.

14182

EIXO I - Cuidado à Saúde do Recém nascido

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

WERUSCHKA ARAUJO GALAS

SÍFILIS CONGÊNITA: PREVALÊNCIA DOS RECÉM-NASCIDOS ADMITIDOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL ? UCIN

Araujo, WAG; Vanessa, LVFM; Costa, MCM; Amorim, NAGS; Valeska, SVFM; Rangel, PRGR;

INTRODUÇÃO: A sífilis congênita é transmitida via transplacentária, a gestante infectada, não tratada, contamina o bebê ao longo da gestação, provocando aborto espontâneo, morte fetal, prematuridade e recém-nascidos sintomáticos. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são eficazes na prevenção da doença. OBJETIVOS: Identificar a prevalência de sífilis congênita em uma UCIN. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa documental, tendo como instrumento de coleta de dados registros de admissão dos recém-nascidos, preenchidos e arquivados. A presente pesquisa ocorreu em uma maternidade de referência no litoral do estado do Piauí, entre julho 2012 / julho 2013. RESULTADOS: Diante disso identificou-se, que no universo de 302 RN admitidos no período, 13 neonatos apresentaram sífilis congênita confirmado por teste sorológico (VDRL). Evidenciando que as genitoras não foram submetidas ao exame/tratamento durante o pré-natal. CONCLUSÃO: Após análise dos dados comprovou-se displicência com relação ao exame específico/tratamento ao longo do pré-natal, que se realizado adequadamente evita este tipo de contaminação. Evidenciando pouca orientação dessas mães quanto aos riscos a saúde do seu filho. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Diante dos resultados a enfermagem tem muito a contribuir relacionado a educação em saúde, realizando ações de esclarecimento e prevenção quando a transmissão/tratamento da sífilis ao longo do pré-natal. Sensibilizando a gestante quanto às medidas necessárias para a promoção da saúde materno fetal. REFERÊNCIAS: ARAUJO, L. A; REIS, Adriana Teixeira. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2000. BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. vol. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. _____, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. VAZ, F.A. et al. Pediatria: instituto da criança hospital das clínicas. São Paulo: Manole, 2011. DESCRITORES: Enfermagem. Recém-Nascido. Sífilis Congênita.

14194

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ABILIO TORRES DOS SANTOS NETO

PROTEÇÃO CONTRA STREPTOCOCOS PNEUMONIAE EM CRIANÇAS COM ANEMIA FALCIFORME: A EFICÁCIA DA VACINA CONJUGADA

Santos, ATSN; Vianna, CSV; Miranda, FRM; Ivo, MLI;

Uma das complicações mais presentes em pessoas com Doença Falciforme (DF) são as infecções por Streptococcus pneumoniae, comuns nos primeiros anos de vida(1). O principal instrumento de combate a essas infecções, no Brasil tem sido, a vacina anti-pneumocócica conjugada (VPC). Objetivo: Analisar as evidências disponíveis na literatura acerca da eficácia da VPC na prevenção de infecções causada por penumococos em crianças com DF. Método: Trata-se de uma revisão integrativa(2). A determinação do nível de evidência dos estudos foi realizada com base nas forças de evidência proposta por Melnyk; Fineout-Overholt(3), que considera as evidências em sete níveis, sendo que nesta escala I representa o tipo de estudo com maior nível de evidência científica e VII representa o tipo de estudo com menor nível de evidência científica. Foram consultadas as seguintes bases: LILACS, PubMed, e Biblioteca Cochrane, utilizando os descritores "sickle cell disease and imunization and infection". Resultados: A amostra foi composta de 10 estudos, dois observacionais com nível de evidência IV (transversal e caso-controle), quatro com nível evidência V, sendo duas revisões sistemáticas e dois estudos descritivos, e quatro artigos de revisão com nível de evidência VI. Tais estudos evidenciaram alguns aspectos, tais como: baixa cobertura vacinal; introdução da vacina no calendário vacinal; eventos adversos; sorotipos ainda não cobertos pela vacina permitindo crescimento da mortalidade por doença pneumocócica invasiva; transporte nasofaríngeo como fator determinante na doença pneumocócica; associação de imunização com penicilina na redução de mortalidade. Conclusão: Esse conhecimento poderá subsidiar para aperfeiçoamento do Programa Nacional de Imunização em casos especiais como a DF. Observou-se também a necessidade de realização de novos estudos para melhor comprovar a eficácia da VPC em crianças com DF.

14449

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ADRIANA CRISTINA DA CUNHA ALVES

SEGURANÇA NO SISTEMA DA TERAPIA INTRAVENOSA: A REALIDADE DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA BRASILEIRAS.

Alves, ACC; Cristensen, K; Bussotti, EA; Ramos, LM;

Introdução O avanço técnico, tecnológico e de recursos humanos vem crescendo a largos passas a cada ano, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTIN e UTIP) aumentaram o grau das complexidades das crianças internadas na UTIP, e no caso da UTIN, o números de prematuros com viabilidade de vida tem caracterizado o cuidado com necessidade mais especificas. Diante desta realidade houve a necessidade das instituições de assistência à saúde aumentarem seus serviços, porém, esta extensão tem ocorrido sem um plano estratégico para atender as especificações do cuidado, sem a analise sistemática de seus processos e definições de seus fluxos. A prestação de serviços na área da saúde engloba interações assistenciais complexas entre pessoas, materiais, medicamentos, equipamentos e instalações, contexto, que potencializa o possível surgimento de agravos à saúde. A terapia medicamentosa constitui uma das intervenções mais utilizadas na área hospitalar, o que requer conhecimento especializado dos profissionais envolvidos nesse cuidado na busca de ações que proporcionem a melhor prática assistencial, fundamentada em evidências e recomendações. A qualidade do cuidado em saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como "o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual". A segurança é uma importante dimensão da qualidade que se refere ao direito das pessoas de terem o "risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável" Sendo assim, justifica-se conhecer a realidade das ações voltadas a terapia intravenosa das instituições brasileiras para atuar de forma ativa e propor ações de melhoria. Objetivo Conhecer o cenário do cuidado de assistência à saúde referente ao processo da terapia intravenosa e auxiliar no desenvolvimento de ações norteadoras de melhoria contínua da prática assistencial e do desenvolvimento organizacional nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Sistema Único de Saúde (UTINeo/UTIPed). Método Trata-se de um estudo descritivo exploratório, recorte de um grande projeto realizado em 14 UTI Neo e Ped públicas brasileiras, indicadas pelo Ministério da Saúde por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), distribuídas nas regiões Norte (4), Nordeste (7) e Centro Oeste (3) do país. O presente estudo foi desenvolvido por um hospital privado, filantrópico, de médio porte, da cidade de São Paulo. Foi desenvolvido um instrumento de avaliação baseado em legislação e padrões internacionais de certificação, contendo 16 grupos de avaliação e seus elementos de mensuração, a saber: Liderança e Administração, Corpo Clínico, Serviço de Enfermagem, Serviço de Fisioterapia, Serviço de Farmácia e Serviço de Nutrição/Lactário, Organização de Outros Profissionais, Organização da Assistência, Organização da Sala de Parto, Equipamentos da UTI Neonatal e Pediátrica, Estrutura Física, Convencional (UCINCo) relacionado a Equipamento e Profissional e Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) relacionado a Equipamento e Profissional. Referente ao grupo serviço de farmácia, este, contemplava itens relacionados à segurança da cadeia medicamentosa, especificamente da terapia intravenosa. Os itens avaliados foram classificados em "Conforme", "Não Conforme" e "Não se Aplica". Durante a visita às instituições os profissionais avaliadores foram acompanhados pelos gestores da UTI e outros setores de interface com a unidade, incluindo a farmácia. Os resultados foram apresentados em porcentagem de conformidade para cada item avaliado. O período de coleta foi de junho a dezembro de 2012 e foi aplicado

por três profissionais, médico, enfermeiro e farmacêutico. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo 07/2012. Resultado A distribuição das 14 UTI deu-se da seguinte forma: 02 em Salvador (BA), 03 em João Pessoa (PB), 01 em Recife (PE), 01 em Palmas (TO), 01 em São Luiz (MA), 01 em Macapá (AP), 01 em Boa Vista (RR), 02 em Rio Branco (AC) e 02 em Cuiabá (MT). Totalizando 11 UTIN e 4UTIP (uma instituição apresentava as duas unidades de terapia intensiva, neonatal e pediátrica). Foi evidenciado que 14% das instituições desenvolveu manual farmacológico, 14% normatizou a administração da nutrição parenteral como ação exclusiva da enfermeira e 7% apresentou condições ambientais adequadas na UTI para o preparo dos medicamentos. As não conformidades totais foram observadas nos seguintes itens avaliados: procedimento operacional para preparo de medicamentos, incluindo quimioterápicos; monitoramento dos problemas relacionados a medicamentos; controle dos medicamentos sob refrigeração; identificação do paciente no momento da administração do medicamento e treinamento periódico sobre a temática. Conclusão O instrumento nos permitiu conhecer a realidade das instituições no que se refere à segurança na terapia intravenosa, propor ações de melhoria por meio de planos de ação (ainda em andamento) que serão reavaliados na fase posterior (2014). Vale ressaltar que nesse estudo foi observado que mais de 80% das não conformidades estavam relacionadas a processos. Contribuição Por se tratar de um programa filantrópico o mesmo é oferecido sem qualquer tipo de ônus financeiro aos profissionais participantes e às 14 instituições beneficiárias definidas pelo Ministério da Saúde, no Proadi/SUS. Possibilitando o alcance de um número significativo de profissionais capacitados em cada instituição, incluindo os profissionais de enfermagem, presente em maior porcentagem nas instituições de assistência à saúde e estão envolvidos diretamente na terapia medicamentosa. Palavras-Chave Responsabilidade Social, Sistema Único de Saúde, Capacitação em Serviço, Capacitação em Serviço; Qualidade da Assistência à Saúde. Referências Bibliográficas Portaria nº 20, de 08 de janeiro de 2013 (2013). Altera a Portaria nº 1.826/GM/MS, de 24 de agosto de 2012, que dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, análise, aprovação, monitoramento, apresentação de demonstrativos contábeis e de resultados e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Recuperado em 27 de março, 2013, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0020_08_01_2013.html Barbosa, AP (2004). Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. J Pediatr (Rio J), 80(6):437-8. Quintino Neto A. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. RAS. 2008; 10(41): 140-6. World Health Organization (WHO). Patient Safety. More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS) version 1.1. Fianal Technical Report Jan 2009. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432, de 12/08/1998 Estabelece Critérios de Classificação de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). D.O.U. - Diário Oficial da União nº 154; Poder Executivo, 13/08/1998 [acesso e 14 set 2013]. Disponível em: http://www.medicinaintensiva.com.br/portaria-3432.htm

14508

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ADRIANA CRISTINA PAVONI DE CARVALHO

O BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carvalho, ACP; Morais, BLA;

A hospitalização na vida da criança configura-se como experiência potencialmente traumática, pois a afasta do ambiente familiar, promovendo um confronto com a dor, limitação física e passividade, sentimentos de culpa, punição e medo da morte[1]. O processo de hospitalização traz transtornos em todas as fases da vida e, na infância, a hospitalização representa um mundo de mistério e terror devido à sua incapacidade de lidar com o abstrato, com a temporalidade dos fatos e com as relações de causa e efeito. Por isso, a assistência hospitalar não deve ser centrada apenas no cuidado físico e/ou o tratamento clínico. Há vários recursos ou medidas que podem propiciar uma assistência mais humanizada à criança, como explicar-lhe os motivos da hospitalização, prepará-la para os procedimentos a que será submetida e utilizar o brinquedo como parte integrante da assistência hospitalar[2]. Portanto, o brinquedo, ou seja, a situação de brincar constitui uma importante intervenção de enfermagem na assistência à criança, principalmente em nível emocional. A brincadeira durante a hospitalização proporciona: diversão, relaxamento, diminuição do estresse da separação e angústia, meio de aliviar a tensão e expressar os sentimentos, interação positiva com outras pessoas, meio de expressar idéias e interesses. Por fim, proporciona uma forma de atingir os objetivos terapêuticos e a aceitação dos cuidados de enfermagem[3]. Neste contexto, o brincar adquire papel curativo, funcionando como forma de expressão de medos e ansiedades de forma natural para a criança podendo ser usado na explicação de procedimentos a que será submetida, levando-a a compreensão e aceitação. O brinquedo terapêutico é uma tecnologia do cuidado estruturada que possibilita à criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas à sua idade, que costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada. É uma técnica não diretiva, que permite uma melhor compreensão dos significados que a criança atribui às suas vivências, usada para substituir conceitos errados e fantasias, ajudando a entrar em contato com a realidade e compreender ou lidar com a experiência, permitindo descarregar sua tensão, ao dramatizar as situações vividas e manusear os instrumentos utilizados ou brinquedos que os representem[1]. Distinguem-se três tipos de brinquedo terapêutico: o que permite descarga emocional, também conhecido como brinquedo dramático; o brinquedo instrucional e o brinquedo capacitador de funções fisiológicas[2]. O uso do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem à criança é uma forma de humanizar a assistência, sendo essencial e indispensável ao cuidado da mesma. Diante disso, os objetivos da enfermagem devem estar voltados para facilitar o comportamento de adaptação frente a uma situação agressiva para a criança4. A relevância dos efeitos do brinquedo terapêutico no preparo de crianças para experiências dolorosas motivou a aplicação deste projeto, que teve como objetivo aplicar a tecnologia de cuidado do brinquedo terapêutico nas crianças atendidas no Pronto Atendimento Pediátrico de Rondonópolis. Participaram do projeto crianças pré-escolares e escolares que foram atendidas no PA Pediátrico e que aceitaram participar da aplicação da técnica, no período de 01 de agosto de 2012 a 30 de outubro de 2012. Inicialmente, as crianças e os responsáveis eram abordados e esclarecidos sobre o projeto e convidados a participar, dando preferência às que seriam submetidas a procedimentos invasivos e/ou aquelas com histórico de internação. A fim de armazenar as informações e resultados da criança atendida foi elaborado um instrumento que continha identificação, queixa principal, antecedentes patológicos, características da técnica e percepções quanto à atividade desenvolvida. Durante o período de aplicação do projeto, foram atendidas 27 crianças, sendo 14 do sexo feminino e 13 do masculino. Em relação à faixa etária 17 eram pré-escolares e 10 escolares, e

destas 25 estavam acompanhadas da mãe, 01 do pai e outra de ambos. Durante a análise da queixa principal, observou-se a necessidade de haver um campo para registro da hipótese diagnóstica, visto que ambos foram registrados no mesmo local. A fim de favorecer o entendimento os dados foram divididos em hipóteses diagnósticas, representando 16 casos (06 artralgia, 05 diarréias, 02 alergia, 02 faringite e 01 amigdalite) e queixas principais (25), das quais as mais comuns eram algia (12), êmese (08) e hipertermia (07). Das crianças atendidas verificou-se que 22 delas já haviam sido internadas e 19 não haviam sofrido nenhum tipo de intervenção cirúrgica. Quanto ao método do Brinquedo Terapêutico utilizado a maioria (16) foi do tipo instrucional, devido, provavelmente, à rotina do hospital, onde as crianças são medicadas e, em geral, recebem alta em seguida. Em relação ao tempo de duração 16 foram de 15 a 25 minutos, 09 de 26 a 35 minutos e 02 acima de 36 minutos. A aplicação dessa prática torna possível a comunicação da criança com o meio exterior, expressando assim, suas emoções e sentimentos com mais clareza e simplicidade. Com isso, é possível afirmar que os resultados foram positivos, pois propiciou o atendimento mais humanizado a um número considerável de crianças, contribuindo para a diminuição do estresse das crianças diante de procedimentos invasivos e em situação de vulnerabilidade, possivelmente, melhorando sua resposta diante do tratamento. A utilização do BT é um instrumento fundamental no preparo de crianças para procedimentos, haja vista que permite a elas o extravasamento de seus sentimentos e uma melhor concepção da situação. Além de auxiliar a equipe de saúde na compreensão das necessidades da criança, a realização da técnica, cria, ainda, oportunidades de desenvolvimento de diálogo com a realidade adulta, desenvolvendo uma relação de confiança. A técnica permite o estabelecimento de um vínculo entre profissional da saúde-criança, permitindo que este compreenda e interprete os sentimentos da criança e que ela entenda os acontecimentos que permeiam o seu tratamento e o papel do profissional na realização dos mesmos. Descritores: Saúde da criança; Enfermagem pediátrica; Jogos e brinquedos REFERÊNCIAS

1. Melo LL,Valle ERM. A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):517-25. 2. Kiche MT, Almeida FA. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. Acta Paul Enferm. 2009;22(2):125-30. 3. Whaley LF, Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989. 4. Faleiros, F, Sadala, MLA, Rocha, EM. Relacionamento terapêutico com criança num período perioperatório: utilização do brinquedo e da dramatização. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(1):58-65.

14572

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ADRIANA DALL'ASTA PEREIRA

CÂNCER INFANTIL: PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE POR MEIO DE ATIVIDADES LÚDICAS

Pereira, ADP; Reis, TLRR; Freitas, HMBF; Quadros, JSQ; Grasel, JTG; Costenaro, RGSC;

INTRODUÇÃO: Considerado uma doença crônica, o câncer infantil possui, em geral, um tratamento que demanda longos períodos de internação hospitalar, onde a criança é exposta a procedimentos invasivos e incômodos. Tais períodos podem afetar seu desenvolvimento em termos físicos, cognitivos e emocionais, podendo desencadear reações de estresse e ansiedade1. A hospitalização ocasiona mudanças significativas na rotina da criança, afastando-se do convívio natural e sendo exposta ao confronto com a dor e o sofrimento, bem como a limitação física, aflorando assim sentimentos antes desconhecidos, como exemplo, o medo da morte2. Para que a criança possa elaborar a experiência da hospitalização faz-se necessário que ela disponha de instrumentos de seu domínio e conhecimento. Nessa perspectiva, o brincar surge como uma possibilidade de modificar o cotidiano da internação, pois produz uma realidade própria e singular3. As brincadeiras aparecem como uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos; mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras; e elaboração de experiências desconhecidas ou desagradáveis2. OBJETIVO: relatar a experiência de atividades lúdicas por meio de ações de promoção e educação em saúde, com crianças hospitalizadas para tratamento do câncer infantil. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência, baseado em ações de promoção e educação em saúde, desenvolvidas por meio de atividades lúdicas com crianças hospitalizadas para tratamento do câncer infantil. Foi desenvolvido nos meses de agosto a dezembro de dois mil e doze, por uma acadêmica do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria- RS, somada a buscas em bases de dados para conhecimento da produção científica a cerca da temática e devida fundamentação teórica. O local de observação foi o Centro de Tratamento de Crianças e Adolescentes com Câncer de um hospital de referência localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Participaram das atividades crianças internadas na unidade hospitalar durante os dias de desenvolvimento das atividades. Os principais parceiros para desenvolvimento da atividade foram enfermeiros, com saberes técnicos e científicos, atuantes na instituição, especificamente na área de oncologia pediátrica. RESULTADOS: As atividades lúdicas foram desenvolvidas individualmente e em grupos. Individualmente nos casos em que as crianças estavam em isolamento protetor ou com restrição de mobilidade devido ao quadro da doença. As demais foram desenvolvidas em grupo em locais como a brinquedoteca. A brinquedoteca tem como ponto de partida a valorização do brinquedo como elemento importante no desenvolvimento infantil, ela é ferramenta poderosa em todas as etapas da internação, pois ajuda na estruturação emocional das crianças4. Além de proporcionar espaço para o brincar, ela também pode: preservar a saúde emocional da criança, proporcionando alegria e distração por meio de oportunidades para brincar, estimular o desenvolvimento da capacidade de concentração e de atenção; dar oportunidade à expansão de potencialidades; desenvolver a inteligência, a criatividade e a sociabilidade; possibilitar a manutenção e progressão do seu desenvolvimento, além de auxiliar sua recuperação, amenizando traumas5. Como grande parte do tratamento hospitalar é inegavelmente imposto, o brincar torna-se um dos poucos aspectos onde a criança tem livre escolha. Ela pode aceitar ou negar brincar, pode escolher qual brinquedo deseja e até mesmo dizer não aos procedimentos brincando. É o seu momento de exercer sua autonomia, onde ela tem a oportunidade de escolher e expressar-se livremente3. A fim de desenvolver um método que facilitasse a educação em saúde com as crianças foi construído um material de fácil manuseio e entendimento, podendo ser compreendido por crianças de todas as idades. Este se

apresenta na forma de história em quadrinhos, contendo orientações sobre os principais efeitos e cuidados pós-quimioterapia. A personagem da história, nomeada Super Quimioterapia, foi criada a fim de familiarizar as crianças com a quimioterapia, buscando aproxima-la de seu cotidiano e fazendo com que ela tenha uma visão menos traumática possível desta terapia medicamentosa. Na história pretende-se que a criança entenda o que é a quimioterapia de forma simples, suas formas de apresentação, seus principais efeitos colaterais e os cuidados que devem ser adotados após o uso da medicação. A fim de tornar a cartilha mais interessante, as ilustrações podem ser pintadas e acrescentaram-se jogos ao fim do material. Uma maneira de inserir e estimular o brincar durante a hospitalização é por meio de brinquedotecas4. Entende-se que criança com doença oncológica precisa de uma assistência complexa, pois apresenta necessidades especiais. Diante dos aspectos positivos trazidos pelo brincar, na perspectiva da assistência de enfermagem, o brinquedo pode meio de comunicação entre os profissionais e a criança e detectar a singularidade de cada uma. Dessa maneira, a presença do lúdico funciona como elo entre a criança e os profissionais de saúde4. De tal modo, tem-se a possibilidade de desenvolver uma assistência especializada, individualizada e integral, a partir de uma abordagem humanizada. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Trabalhar em oncologia pediatria é complexo, exige muita atenção, disponibilidade e carinho, para prestar uma assistência qualificada e integral à criança, uma vez que o profissional de enfermagem estabelece uma relação de confiança com a criança e sua família. De forma essencial, o brincar passa a ser visto como estratégia para reabilitação da saúde da criança, sendo capaz de ajudar na recuperação da saúde da criança, promover a continuidade do desenvolvimento infantil, assim como facilitar ações de educação em saúde. A educação em saúde não se limita a dar conhecimentos, preocupa-se em motivar a criança para aprender, o que podem transformar uma situação de sofrimento e dor em experiências ricas e conteúdos que contribuam para a saúde da criança. Neste contexto, ressalta-se a importância da educação permanente dos profissionais de saúde, evidenciando a comunicação terapêutica, como melhor agir com familiares/cuidadores e crianças e/ou adolescentes contribuindo com a prática profissional, para que estes desenvolvam um serviço de qualidade. Descritores: Criança hospitalizada; Jogos e brinquedos; Enfermagem; Neoplasias; Promoção de saúde, Educação em saúde. REFERÊNCIAS 1. Vasconcelos MS, Abrão JLF, Gomes VS. Brinquedoteca móvel: o brincar interativo na hospitalização infantil. Rev. Ciênc. Ext. v.6, n.1, p.8, 2010. 2. Borges EP, Nascimento MDSB, Silva SMM. Benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com câncer. Bol. - Acad. Paul. Psicol. São Paulo, v. 28, n. 2, dez. 2008. 3. Brito, TRP. et al . As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Dec. 2009. 4. Oliveira LDB. "Brincar" como agente promotor de saúde no desenvolvimento infantil. Revista de Ciências Humanas. Florianópolis, EDUFSC, v. 42, n. 1 e 2, p. 193-215, 2008. 5. Melo, LL, Valle ERM. A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 2, 2010.

12952

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ADRIANA SILVA DE MORAES

FISSURA LABIOPALATAL: MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA DO FISSURADO LABIOPALATAL APÓS A QUEILOPLASTIA/PALATOPLASTIA

Moraes, AS; Melo, DF; Santos, AA; Oliveira, C; Rodrigues, MC; Prado, JT;

A fissura labiopalatal já é considerada uma das mais comuns deformidades congênitas, com uma incidência de 1\650 crianças nascidas vivas.Este estudo buscou identificar e descrever, os principais problemas e limitações vivenciados por um fissurado labiopalatal antes da cirurgia e as modificações em sua qualidade de vida após a reconstrução cirúrgica. O método utilizado foi a pesquisa qualitativa. A coleta de dados foi realizada atráves de questionário aplicado aos familiares de crianças portadoras de fissura labiopalatal. Resultados e discussão: Nas malformações craniofaciais, no caso a fissura labiopalatal, em que o defeito é na face, o processo de orientação dos pais é mais difícil, A falta de um diagnóstico precoce e de informações corretas durante o parto e puerpério, podem levar a aconselhamentos imprecisos, diminuindo as chances de um aporte nutricional a criança, atrasando o início do tratamento e trazendo consequências graves as condições de saúde da criança, além de prejudicar a família quanto a preparação psicológica frente ao diagnóstico. A presente pesquisa possibilitou concluir que a equipe multidisciplinar é fundamental no atendimento da criança com fissura labiopalatal, bem como o diagnóstico precoce auxilia na aceitação do problema por parte dor familiares e no desenvolvimento físico e psicossocial da criança. 1. Lebovici,S. O bebê,a mãe e o psicanalista. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 1987. 2. E.M. Ribeiro, A.S.C.G.Moreira. Atualizações sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras lábiais e palatinas. Revista Brasileira Promoção Saúde. 16(2)31-40, 2005. 3. Spiri, C.W. Convivendo com o portador de fissura lábio palatal:A vivência da enfermeira. São Paulo S.P : Escola de Enfermagem São Paulo,USP, 1997. 4. Moore,Kaith L.,Persaud T.V.N. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro : Sauders Elsevier, 2004. 5.Spina,V., Psillakis,J.M.,Ferreira M.C. Classificação das fissuras lábio- palatinas:sugestões de modificação. Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo. 27(1)5-6, 1972.

14153

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALAN SANTOS BONFIM

PRINCIPAIS MOTIVOS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES ENTRE MENORES DE 15 ANOS VÍTIMAS DE CAUSAS EXTERNAS

Oliveiradossantosconceição, RUTHKELLY; Hendrexmedeirosdesousa, JIMI; Santosbonfim, ALAN; Silvadejesus, VIVIANE; Silvalima, MARRONE;

Introdução: Os acidentes e violências, denominados pela Classificação Internacional de Doenças, décima revisão, como causas externas de lesões e envenenamentos, têm sido causas constantes de atendimentos e de internações no Brasil, resultando em alta demanda ao serviço de saúde e causando sofrimento para as vítimas e seus familiares, além de elevados custos diretos e indiretos e de sequelas, que comprometem a qualidade de vida dos que foram vitimas desses eventos. A alta incidência de causas externas em crianças e adolescentes tem despertado em todo o mundo a necessidade de estudos desses eventos na população infanto-juvenil. No Brasil, tem sido objeto de atenção especial para a saúde pública nas últimas décadas. Além dos custos sociais, econômicos e emocionais, os acidentes e violências na infância são responsáveis não só por grande parte das mortes, mas também por traumatismos não fatais e sequelas que exercem grande impacto, em longo prazo, repercutindo na família e na sociedade e penalizando crianças e adolescentes em plena fase de crescimento e desenvolvimento. Objetivo: Identificar causas de atendimento hospitalar ou de morte e lesões entre menores de 15 anos vítimas de causas externas (acidentes ou violências). Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa de abordagem qualitativa. Foram encontrados 125 artigos, sendo selecionados 41 artigos e utilizados 11 trabalhos para discussão interpretativa e discutido objeto de estudo. Foram rastreados trabalhos entre os anos de 2000 a 2010 através das bases de dados da SCIELO, BIREME e Banco de Dados da Enfermagem (BDENF). Os critérios de inclusão para a realização deste estudo se basearam em pesquisa na língua pátria e disponibilizassem os artigos na integra. Os descritores usados foram causas externas, criança e internação hospitalar. Resultados: Os artigos encontrados abordavam a caracterização do perfil da criança/adolescente vitimadas quanto ao sexo, à idade, o agressor, o tipo de violência identificada e acidentes, o destino e o grau de instrução e a identificação dos casos de violência à criança e ao adolescente, atendidos em hospitais de Emergências e Urgências. Os autores em estudo transversal, mostra que quedas foram as principais causas entre os internados (32,4%), seguidas de acidentes de transporte (19,5%), acidentes causados por forças inanimadas (15,7%) e envenenamentos (13,5%)1. Entre os internados, as principais lesões foram traumatismos superficiais (22,0%) e fraturas (19,5%). Acidentes de transporte (44,4%) e afogamento (16,7%) foram as principais causas externas de óbito e o traumatismo crânio-encefálico a principal lesão fatal (50,0%). A região do corpo mais afetada foi a da cabeça/pescoço, tanto as vítimas atendidas em pronto-socorro quanto entre as internadas e especialmente, entre as que foram a óbito. Em estudo refere que entre os casos de agressão, a maioria ocorreu no sexo masculino, na faixa etária de 10 a 14 anos, sendo os meios mais frequentes a força corporal (54,7%) e a arma de fogo (15,1%). Entre as lesões autoprovocadas, a ingestão de medicamento predominou (71,4%), o sexo feminino foi maioria (10 casos) e a idade mais frequente foram 14 anos1. Observam-se através dos estudos que há predominância de crianças e adolescentes do sexo masculino em relação ao feminino2. Em estudo observacional e retrospectivo, mostra que as crianças menores de 8 anos e do sexo masculino são as principais vítimas de causas externas, sendo as queimaduras e as quedas os agentes etiológicos mais prevalentes3. A maioria das vítimas possui um único tipo de injúria, sendo os membros superiores, inferiores e a região da cabeça, face e pescoço as áreas do corpo mais lesionadas4. Outros estudos trazem que tempo de internação variou

de 1 a 27 dias (média 4,1 dias; ±3,5), sendo que 77,1% das vítimas ficaram internados de um a cinco dias, 17,9% entre seis e dez dias e 5,0% permaneceram hospitalizados por 11 ou mais dias1,3,4. Nos casos de abuso sexual, os dados estão de acordo com os da literatura que aponta o pai biológico como o principal agressor, seguida pelo padrasto e outros familiares. As crianças do sexo masculino são vitimas de agressão física causada força corporal e a arma de fogo infligida por, desconhecidos e em vias publicas, sendo as do sexo feminino vitimas de violência sexual2. A maioria dos acidentes ocorreu na residência e na presença dos responsáveis pela criança e adolescente. Acidentes de transporte e afogamento foram as principais causas externas de óbito e o traumatismo crânio-encefálico a principal lesão fatal. Em relação aos agressores tinham de 20 a 40 anos de idade, possuíam o ensino fundamental incompleto e mantinha uma relação conjugal estável. Sobre o uso de drogas, agressores relatam fazer uso de álcool e de outras drogas. Os estudos demonstraram que a violência atinge indiscriminadamente as crianças e jovens independentemente do sexo5. Conclusão: As lesões por causas externas e violência atingem indiscriminadamente as crianças e jovens independentemente do sexo. Todavia, as lesões por causas externas e violências parece se diferenciar em cada sexo segundo a idade, uma vez que os coeficientes encontrados nos estudos se comportam diferentemente em cada sexo. Conhecer as causas de atendimento segundo o nível de atenção é essencial, uma vez que as causas externas não fatais diferem das fatais, indicando a necessidade de diferentes formas de atenção e de prevenção. Além disto, conhecer o perfil de demanda pode colaborar na reorganização dos serviços de saúde, não só hospitalares, mas, inclusive, dos serviços de atenção básica à saúde do sistema municipal. Os resultados revelam o perfil das lesões por causas externas e violência que nos permitem direcionar o planejamento de políticas públicas voltadas à prevenção de agravos e a promoção à saúde, acrescentando a necessidade de ampliar e capacitar o atendimento nos serviços de atenção primária no sentido de desafogar a demanda nos prontos-socorros. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: É preciso que a equipe de enfermagem seja treinada e que se implantem rotinas ou protocolos padronizados para o tratamento adequado das lesões resultantes das causas externas e violênciasinfantis. Conhecer o perfil dos atendimentos dessa clientela vítima de causas externas de morbimortalidade, no sentido de planejar um cuidado de saúde que vise à sua prevenção, assim como de fornecer subsídios para o cuidado dos indivíduos com incapacitações temporárias e com sequelas decorrentes das injúrias. REFERENCIAS: 1. MARTINS CBG, ANDRADE SM. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13 (4):530-7.2. ARAÚJO, ALESSANDRA. Violência contra crianças e adolescentes: aspectos relativos aos atendimentos do Hospital de Clínicas de Uberlândia e do Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada, Uberlândia- MG, 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005. 3. CAVALCANTI, AL, MARTINS V, LUCENA R Net al. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 37, no. 3, de 2008. 4. SILVA MAI, PAN R, MELO L, BORTOLI PS, Nascimento LC. Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):351-8. 5. SILVA, AM; VIEIRA, LES. Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza- CE. Rev Enf USP, v.35, n.1, p.4-10, mar, 2001. DESCRITORES: Causas externas. Criança. Internação hospitalar.

14251

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALESSANDRA PACHECO LINCK

O BRINQUEDO COMO UMA ESTRATÉGIA DE SOCIALIZAÇÃO DA CRIANÇA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Linck, AP;

Introdução: Desde a mais terna idade, a criança aprende a estabelecer as primeiras relações sociais através do brinquedo1. Objetivo: Compreender a percepção de pais sobre a utilização do brinquedo durante a hospitalização como uma estratégia de socialização. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva. Os participantes foram quinze pais de crianças hospitalizadas no Hospital da Criança Conceição de Porto Alegre/RS. A coleta das informações aconteceu em julho/agosto de 2013 por meio de entrevistas semiestruturadas. Para a análise das falas utilizou-se a Técnica de Analise de Conteúdo Temática2. O projeto foi aprovado pelo CEP da UNISINOS sob a resolução nº 291.287. Resultados: Os pais reconhecem o brinquedo como uma forma de interação das crianças durante a hospitalização, proporcionando alegria e conforto, conforme o relato "[...] Tudo que todo mundo pegando ela queria olhar e pegar queria brincar junto, e quando ela voltou para cá, veio bem mais motivada apesar de estar cansada eu vi que ela se alegrou" (Participante 7). A brincadeira possui um caráter social na vida da criança, suscitando novas experiências3 mesmo durante a situação de doença. Considerações finais: O brinquedo resgata o mundo infantil, constituindo um cenário de cuidado mais humanizado, menos traumático, amenizando o sofrimento ao longo do tratamento e da hospitalização. Palavras-chave: Criança. Socialização. Brinquedo. REFERÊNCIAS: 1. HOCKENBERRY, MJ. Comunicação e Avaliação Física da Criança. In: HOCKENBERRY, MJ.; WILSON, D. Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Cap. 5, p. 79-103. 2. JANSEN, MF; SANTOS, RM dos; FAVERO, L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v.31, n.2, Junho, 2010 . 3. MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

14064

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALESSANDRA SUPTITZ CARNEIRO

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: CENÁRIO DE PROMOÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA

Carneiro, AS; Rossetto, SR; Leite, MT; Zen, D; Mainardi, DCB; Mariani, J;

INTRODUÇÃO: A assistência à saúde da criança constitui uma ação importante para o desenvolvimento saudável dos indivíduos, especialmente ao recém-nascido, por ser nesta etapa da vida que o sujeito encontra-se em situação de maior vulnerabilidade1. O acompanhamento dos profissionais da saúde no decorrer da fase de desenvolvimento da criança denomina-se puericultura. A puericultura é uma área da pediatria que trabalha visando a promoção da saúde e prevenção de doenças, acompanhando e mantendo o crescimento da criança, para que esta atinja a vida adulta sem ou com mínimo de agravos produzidos na infância. Tem como diferencial o enfoque na saúde e não na doença, uma vez que objetiva, entre outras, desenvolver ações de educação em saúde por meio de orientações e ofertar medidas preventivas2. A puericultura para ser desenvolvida, deve conhecer e compreender a criança em seu contexto familiar e social, além de suas inter-relações com o meio externo. Isto é essencial para que as ações em saúde dirigidas à criança reflitam sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem o envolvimento desta, as ações que visem às crianças não alcançarão sucesso3. A puericultura constitui-se em um dos pilares da saúde materna infantil e, desta forma, merece atenção especial das equipes de saúde da família que atuam nas comunidades4. Para tanto, no ano de 2002 o Ministério da Saúde cria um protocolo que norteia o cuidado integral a saúde da criança. Nele há a afirmação de que a puericultura objetiva acompanhar o pleno crescimento e o desenvolvimento infantil, atuando na prevenção dos problemas mais comuns da infância, que possam vir a comprometer posteriormente a idade adulta5. Dessa forma, a puericultura mostra-se como um bom dispositivo para o desenvolvimento saudável das crianças, de modo a buscar a sensibilização da família no cuidado a saúde das destas. Salienta-se que a família é a principal responsável pelo cuidado à saúde da criança e necessita de um olhar especial por parte dos profissionais da saúde, devendo ser orientada quanto aos cuidados necessários para o crescimento e desenvolvimento e a promoção/manutenção da saúde. Entre os profissionais que devem integrar o atendimento puerperal destaca-se o enfermeiro, que tem na consulta de enfermagem um dispositivo propicio para realizar a puericultura. Ao atuar nessa área o enfermeiro pode fornecer orientações de educação em saúde, prevenção/diagnóstico precoce/recuperação dos agravos à saúde, acompanhar o crescimento e desenvolvimento, desenvolver atividades de controle das doenças prevalentes, além de ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações5. Entretanto, para a execução destas ações é necessário planejamento e preparo do profissional, além de um envolvimento/comprometimento da equipe de saúde e, tão importante quanto, o esforço da família em participar e executar as ações planejadas5. OBJETIVO: Descrever a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem no acompanhamento de consultas de enfermagem em puericultura, realizadas por enfermeira de uma Estratégia Saúde da Família (ESF). METODOLOGIA: O acompanhamento das consultas ocorreu durante a realização de um estágio extracurricular, em uma ESF de um município da região Norte do Rio Grande do Sul, sob supervisão da enfermeira responsável técnica desta unidade. Foram acompanhadas oito consultas de enfermagem em puericultura, realizadas por uma das enfermeiras da unidade. As consultas eram agendadas pela enfermeira, sendo que o programa de puericultura desta ESF abrange crianças de 0 a 2 anos de idade, em que o acompanhamento no primeiro ano é mensal e após semestral. RESULTADOS: Por meio do acompanhamento das consultas de enfermagem em

puericultura foi possível observar e entender a proposta do programa de atenção à saúde da criança do ESF, além de compreender a importância da inserção do profissional enfermeiro na execução e planejamento desta atividade. Oportunizou, também, conhecimento da metodologia utilizada pela enfermeira durante a consulta e materiais utilizados para a avaliação e o registro das informações. Observou-se a expressiva demanda que as famílias das crianças apresentavam, principalmente quando se tratava dos recém-nascidos. São inúmeras as dúvidas dos familiares quanto aos cuidados necessários e estes demostram que este é o espaço eleito para serem trabalhadas as dificuldades encontradas, pois não hesitavam em dialogar com a enfermeira sobre suas dúvidas. A puericultura mostrou-se, ainda, uma ferramenta importante para desmistificar as crenças quanto algumas atitudes da família em relação à criança. Notou-se que o momento da puericultura é reconhecido pelos familiares das crianças como importante no processo do desenvolver da mesma e, sendo assim, os familiares sempre se fizeram presentes nas datas agendadas. Uma vez que esta atividade é reconhecida como parte integrante da assistência a atenção infantil, a enfermeira ressalta durante as consultas a importância da amamentação materna exclusiva, sobre o calendário de vacinação da criança, a introdução de alimentos conforme a faixa etária de cada criança atendida, suplementação de ferro, condutas curativas caso haja processos patológicos em andamento, prevenção de agravos à saúde, atividades desenvolvidas pelas crianças conforme cada fase de desenvolvimento, ressaltando sempre a importância da mesma receber estímulos para desenvoltura de novas atividades, cognitivas e afetivas, cuidados gerais com as crianças e ações que se constituem um processo contínuo de educação em saúde. CONCLUSÃO: Entendeu-se que a puericultura é um instrumento imprescindível para a assistência à saúde da criança, de qualidade e de acordo com as necessidades das crianças e suas famílias, uma vez que permite trabalhar o indivíduo como parte integrante do contexto bio/psico/social em que este está inserido. Mostrou-se, ainda, um momento potencializador de troca de saberes que permite a criação e construção de vínculo entre usuários e profissionais da saúde. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A vivência instigou e despertou o desejo por entender mais o processo de cuidar da saúde da criança, que se evidenciou no decorrer das ações acompanhadas ao longo das atividades do estágio extracurricular realizado. Além disso, proporcionou um espaço complementar de ensino-aprendizagem qualificando a formação crítica, reflexiva e possibilitando a apropriação e produção de novos saberes. Descritores: Puericultura; Enfermagem; Educação em Saúde. REFERÊNCIAS 1. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CVS, Campos E, Saparolli L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP, 2011; 45(3):566-74. 2. Ciampo LAD, Ricco RG, Daneluzzi JC, Ciampo IRLD, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. Ciência & Saúde Coletiva, 2006; 11(3):739-743. 3. Ricco RG, Almeida CAN, Del Ciampo LA. Puericultura: temas de pediatria. São Paulo: Nestlé; 2005. 4. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. Jornal de Pediatria, 2010; 86(1): 80-4. 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

14094

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALIANDRA HUFF ZUGNO

A UTILIZAÇÃO E AS CONTRIBUIÇÕES DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO AO PACIENTE DE UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA ? RELATO DE EXPERIÊNCIA

Zugno, AH;

INTRODUÇÃO: dentre as diversas doenças que podem acometer a população pediátrica, o câncer apresenta destaque em função de sua alta incidência. Além disso, o câncer infantil se configura como um fator de instabilidade não só na vida da criança enferma, mas também na de todos os familiares que a acompanham neste processo, visto que, dentro de uma família, um evento que ocorre para um dos seus componentes traz repercussões para todos os demais. Esta condição traz à estrutura familiar grande fragilidade, já que os membros passam a conviver diariamente com o medo da perda de um ente querido, o que traz desequilíbrios em vários momentos durante o tratamento. Neste contexto, torna-se de suma importância que os profissionais designados a atender crianças com câncer busquem conhecer a forma como suas famílias estão estruturadas e o seu funcionamento, a fim de auxiliá-los a passar por este momento de dificuldade, levando em consideração que a família é a referência da criança. O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) consiste em um instrumento utilizado para avaliar a família em uma perspectiva multidimensional, integrando aspectos estruturais, funcionais e de desenvolvimento. Assim, o MCAF pode se tornar um instrumento de suporte importante, no sentindo de prover à equipe de enfermagem conhecimentos acerca do contexto familiar no qual os pacientes que estão sob seus cuidados se inserem, de forma a tornar os membros da família agentes do cuidado. Dentre as estratégias utilizadas para o levantamento de dados com vistas à realização desta avaliação familiar, destaca-se a construção do genograma e do ecomapa, sendo estes representações gráficas que permitem a compreensão dos processos familiares, sua estrutura, sua dinâmica e seus vínculos internos e externos, possibilitando, a partir disto, o planejamento adequado do cuidado e das intervenções de enfermagem. Neste planejamento, o foco vai para além do paciente, pois considera, também, as necessidades dos familiares responsáveis pelos seus cuidados. OBJETIVO: apontar os benefícios que podem ser acrescidos no atendimento da criança com câncer e no apoio a sua família através da utilização do Modelo Calgary de Avaliação da Família. METODOLOGIA: trata-se de um relato de experiência desenvolvido por uma acadêmica de enfermagem durante a realização de atividades assistenciais no primeiro semestre do ano de 2013. Estas foram propostas por uma disciplina voltada para o cuidado de enfermagem à criança, do curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As atividades foram desenvolvidas em campo de estágio, sendo este a Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para a realização deste trabalho, foi utilizado como base o estudo de um caso presente na unidade, que foi desenvolvido pela acadêmica por meio de entrevistas com o paciente e seus familiares e, a partir dessas, a construção de genograma e ecomapa da família em questão. Foi necessário, para obter os dados desejados, estabelecer uma comunicação efetiva com os sujeitos do estudo, de forma a estabelecer uma relação de confiança com eles. A partir disso, foi possível identificar quem são os componentes da família, como estes se relacionam entre si e com o ambiente externo, qual é o contexto em que vivem, como se organizaram para enfrentar a doença e o que utilizam como apoio para superar a dificuldade vivenciada, entre outros aspectos. RESULTADOS: após o levantamento dos dados sobre o paciente e seu contexto familiar, foi realizada a identificação dos principais problemas existentes, sendo alguns deles: a ansiedade e o medo exacerbados por parte da mãe do paciente, em função de esta

ter trabalhado em uma unidade pediátrica e conhecer a evolução da doença; o afastamento da mesma de seu trabalho e de sua filha caçula durante o período de internação do filho com câncer; o diagnóstico recente e a falta de conhecimento sobre a doença por parte da criança; a ausência do pai, que faleceu em um acidente de trânsito; o vínculo conflituoso entre a criança e a família paterna, que não oferece nenhum suporte ao paciente neste processo de doença. O conhecimento destes problemas possibilitou a realização de uma reflexão acerca das principais necessidades deste paciente e desta família e de que forma a equipe de enfermagem, bem como a equipe de saúde como um todo, poderia trabalhar com estes indivíduos, facilitando o processo de internação e oferecendo apoio para o enfrentamento desta condição. CONCLUSÃO: o trabalho com famílias requer habilidades dos profissionais para identificar a complexidade das relações que estão presentes. O estudo realizado com este paciente e os resultados encontrados mostram que a utilização do Modelo Calgary de Avaliação da Família em uma unidade onde a presença da família é uma constante, como nas unidades pediátricas, pode trazer benefícios no atendimento do paciente e no apoio às pessoas que o acompanham, visto que proporciona ao enfermeiro, e à equipe de saúde, uma visão mais ampla do que influencia a vida do paciente e o seu processo saúde-doença. Esta percepção facilita a reflexão do profissional, permitindo que este realize o planejamento de intervenções em busca do fortalecimento da família e, consequentemente, do paciente pediátrico. Isto favorece a realização do cuidado integral e individualizado que é preconizado pela enfermagem. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: a aplicação do MCAF como uma rotina no trabalho dos enfermeiros da Unidade de Oncologia Pediátrica poderia ser interessante no sentido de melhorar a qualidade da assistência. Em uma unidade pediátrica, o envolvimento da equipe de enfermagem com a família para planejar o cuidado é fundamental, e este instrumento pode facilitar a formação de vínculos e a interação paciente/família-enfermeiro, contribuindo para reduzir a ansiedade e o sofrimento de ambos durante a internação pelo fato de ajudá-los a abordar uma questão de saúde de forma mais acolhedora e focada em suas necessidades.

DESCRITORES: Enfermagem familiar. Enfermagem pediátrica. Neoplasias. REFERÊNCIAS: 1. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE, Lima RAG. Crianças com câncer e suas famílias. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):469-74. 2. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. Texto Contexto Enferm. 2005 Abr-Jun;14(2):280-6. 3. Malta JDS, Schall VT, Modena CM. Câncer pediátrico: o olhar da família/cuidadores. Pediatr Mod. 2008;44(3):114-8. 4. Figueiredo MHJS, Martins MMFS. Avaliação familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. Cienc Cuid Saude. 2010 Jul-Set;9(3):552-559. 5. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. [Tradução de Silvia M. Spada]. 3ed. São Paulo: Roca 2000.

14258

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALINE VALADÃO DE SOUZA

A CORPORIEDADE DO SER CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

Milbrath, VM; Souza, AV; Motta, MGC; Resta, DG;

Introdução: Pensar na criança que vive com paralisia cerebral, como uma criança e não como um conjunto de limitações é uma tarefa muitas vezes complexa, pois os padrões de normalidade vigentes na sociedade, supervalorizam as questões morfofuncionais em detrimento do ser criança que vive com necessidades especiais. Metodologia: Este resumo caracteriza-se como uma reflexão teórico-filosófica com o objetivo de instigar o exercício de pensar filosoficamente sobre a corporeidade da criança que vive com paralisia cerebral a partir de um olhar da fenomenologia existencial. Resultados/Reflexões: Embasados em Martin Heidegger busca-se mostrar a formação da auto-compreensão da criança que vive com paralisia cerebral como um ser-no-mundo, bem como, refletir sobre a característica de potencialidade do Dasein, em seu mais próprio ser-capaz-de-fazer, demonstrando que a criança que vive com paralisia cerebral pode atuar através de modos inéditos de potencialidade de ser-no-mundo compensando e superando suas privações. Precisa-se cuidar da criança que vive com paralisia cerebral e de sua família singularmente, auxiliando-a no cuidar à criança, e na percepção dos pequenos/grandes progressos que ela tem a cada dia. Vale ressaltar que limitações todos nós seres humanos possuímos, mas é preciso acreditar nas potencialidades e na capacidade do ser humano de superação. A criança com paralisia cerebral possui limitações, mas não se restringe a elas e portanto, esta aberta num desvelar. Contribuições/implicações para a enfermagem: O cuidado de enfermagem a criança com paralisia cerebral necessita permitir a ela possibilidades existenciais que permitirão que ela ao longo de sua trajetória existencial tenha o poder de experimentar e de delimitar o seu próprio ser-capaz-de-fazer. Descritores: Crianças portadoras de deficiência; Filosofia, Enfermagem

13989

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALTAMIRA PEREIRA DA SILVA REICHERT

DIFICULDADES DA CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA NO CONTEXTO ESCOLAR

Pinto, MB; Santos, NCCC; Soares, CCD; Collet, NC; Reichert, APSR; Costa, DKGC;

INTRODUÇÃO: A doença crônica é desgastante para a criança e sua família devido às hospitalizações e recidivas, limita e impede a criança de frequentar ambientes construtivos para o seu desenvolvimento, como a escola. OBJETIVO: Identificar as dificuldades da criança com doença crônica no contexto escolar. METODOLOGIA: Pesquisa exploratória, qualitativa realizada no interior da Paraíba em Maio e Junho de 2013. Participaram seis mães de crianças com doença crônica em idade escolar, matriculadas em instituições de ensino. Para coleta dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, seguida da análise pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. RESULTADOS: Os diagnósticos das crianças foram: neoplasia cerebral, hiperatividade, retardo mental e autismo. As dificuldades foram apreendidas a partir de quatro ideias centrais: dificuldade de aprendizado e de manter-se cooperativa durante a aula; dificuldade em relacionar-se com outras crianças; dificuldades de acesso por falta de transporte escolar; despreparo dos profissionais em lidar com as crianças especiais e suas necessidades. CONCLUSÃO: As dificuldades interferem no rendimento da criança na escola, deixando-a triste, com repercussões no seu quadro clínico. A inclusão escolar destas crianças tem como princípio apostar que a escola vislumbra que educar se confunde com os processos de viver. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Conhecendo as demandas de crianças com doença crônica, a enfermagem deve aliar-se à escola e à família buscando estratégias de superação das dificuldades, viabilizando a inclusão dessa criança na escola. DESCRITORES: Criança; Doença Crônica; Enfermagem pediátrica. REFERÊNCIAS: Holanda ER, Collet N. As dificuldades da escolarização da criança com doença crônica no contexto hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2): 381-9. Rios NVF, Novaes BCAC. O processo de inclusão de crianças com deficiência auditiva na escola regular: vivências de professores. Rev Bras Educ Esp UNESP 2009; 15(1):81-98.

13990

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALTAMIRA PEREIRA DA SILVA REICHERT

CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA E SUA VIVÊNCIA NA ESCOLA

Pinto, MBP; Santos, NCCBS; Soares, CCD; Collet, NC; Reichert, APSR; Costa, DKGC;

INTRODUÇÃO: A escolarização da criança com doença crônica é uma situação complexa, haja vista a dificuldade de assiduidade na escola, com repercussões na socialização. OBJETIVO: Compreender a vivência de crianças com doença crônica na escola e as estratégias para sua inclusão. METODOLOGIA: Pesquisa exploratória, qualitativa, realizada em Maio e Junho de 2013 no interior da Paraíba. Participaram seis mães de crianças com doença crônica em idade escolar matriculadas em instituições de ensino. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada e analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. RESULTADOS: Ideias Centrais: 1) Práticas potencialmente discriminatórias: uso de termos pejorativos ao referir-se às crianças com doença crônica, olhar com espanto para criança, e recusa da presença da criança nas atividades em grupo; 2) Estratégias de inclusão: realização e incentivo à participação da criança nas atividades em grupo. CONCLUSÃO: Ainda há barreiras para a efetiva integração da criança com doença crônica na escola, necessitando de estratégias de inclusão para o desenvolvimento saudável. O contato precoce com as diferenças terá como resultado adultos abertos à aceitação do outro. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O enfermeiro, como profissional cuidador da criança com doença crônica, tem competências para buscar junto aos profissionais da escola e aos seus familiares, estratégias de superação das dificuldades enfrentadas por essas crianças no ambiente escolar. DESCRITORES: Criança; Doença Crônica; Escola. REFERÊNCIAS Trevisana JG, Barba PCSD. Reflexões acerca da atuação do terapeuta ocupacional no processo de inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais. Cad Ter Ocup. UFSCar. 2012; 20(1): 89-94 Holanda ER, Collet N. As dificuldades da escolarização da criança com doença crônica no contexto hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2): 381-9.

14162

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

AMANDA CONRADO

ALEITAMENTO MATERNO E SUA RELAÇÃO COM A OBESIDADE INFANTIL: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Conrado, AC; Seixas, LMS; Salla, ISS; Kettermann, KOK; Barcelos, LMB; Diaz, CMGD;

INTRODUÇÃO: A obesidade dos pais, principalmente a materna, seria um predisponente importante para a obesidade infantil. No Brasil, a prevalência da obesidade em menores de 5 anos, varia de 2,5% entre as crianças mais pobres a 10,6% no grupo economicamente mais favorecido1. Crianças que nasceram com baixo peso também apresentam risco de adquirir obesidade na infância, ainda que esse se apresente em maior proporção em crianças que nasceram com peso elevado1. A obesidade é uma doença crônica, de difícil tratamento, associada a diversas condições mórbidas e cuja prevalência vem aumentando, sendo preciso enfatizar sua prevenção2. Sabe-se que crianças obesas tendem a desenvolver vários problemas de saúde, tais como diabetes, doenças cardíacas e a má formação do esqueleto. Medidas simples, sem efeitos adversos e de baixo custo, como o aleitamento materno pode minimizar esta problemática, devido a fatores entre os quais a composição e a quantidade de alimento ingerido. Na dinâmica fisiológica e emocional da criança, a amamentação é uma das primeiras experiências nutricionais do recém-nascido, que antes recebia uma nutrição intra-uterina. O amamentar não envolve apenas aspectos estritamente biológicos, mas também aspectos psicológicos e comportamentais, que permeiam a relação mãe-filho e a formação do hábito alimentar da criança. É possível que os lactentes alimentados ao seio materno desenvolvam mecanismos mais eficazes para regular sua ingestão energética. Tem sido relatado que, em situações nas quais os pais têm um maior controle sobre a alimentação dos filhos, pode haver prejuízo para o desenvolvimento dos mecanismos de autoregulação da ingesta energética da criança, pois os mecanismos externos de controle podem superar os sinais internos de fome e saciedade3. Sendo assim, a alimentação com a mamadeira, poderá favorecer o desenvolvimento do sobrepeso por promover uma ingestão excessiva de leite e/ou por prejudicar o desenvolvimento dos mecanismos de autoregulação. Frente ao importante aumento que vem sendo observado na prevalência da obesidade, surge o interesse em aprofundar esta temática, visando estratégias preventivas. Assim, destaca-se o papel do enfermeiro enquanto cuidador no acompanhamento e incentivo do aleitamento materno, orientando os pais sobre a importância desta conduta. OBJETIVO: Conhecer por meio da literatura científica a relação do aleitamento materno com a obesidade infantil. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo bibliográfico, com abordagem qualitativa, realizado nos meses de junho e julho de 2013, durante as atividades teórico-práticas desenvolvidas no decorrer da disciplina de Enfermagem em Saúde Materno e Infanto-Juvenil, do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA. Após a leitura dos artigos científicos, teses e dissertações referentes ao tema foi realizada a análise reflexiva pautada em discussão teórica. RESULTADOS: O aleitamento materno deveria ser exclusivo até os seis meses de idade do bebê, iniciando-se a alimentação complementar até os dois anos de idade. Sabe-se, que a dieta da mãe afeta o sabor do leite materno e que os diferentes sabores interferem na ingestão do lactente, proporcionando ao bebê experiências com diversos sabores durante a amamentação, que facilitará no futuro, a aceitação da criança a novos e variados alimentos. Além disso, percebe-se um traço familiar, de modo que filhos de pais obesos têm risco aumentado à obesidade4. Os baixos níveis energéticos e proteicos e altos níveis de gordura do leite materno podem influenciar diretamente na obesidade, fazendo com que o ganho de peso ocorra de maneira gradual, com menor adiposidade. A alimentação à base de fórmulas e outros leites, que não o materno, acelera o ganho de peso nos lactentes, principalmente após os três meses de vida.

Pesquisa aponta que não há diferença significativa entre o crescimento dos bebês alimentados com outros tipos de leite que não o materno, apesar desses outros leites conterem maior percentual proteico, o que leva ao aumento dos níveis de IgF-1 circulantes. Porém o IgF-1 desempenha papel semelhante à insulina, ocorrendo um aumento da resistência periférica ao hormônio, o qual é adipogênico. Com isso há um aumento rápido de peso, tendo como resultado a obesidade infantil5. O enfermeiro tem o papel de orientar e acompanhar os pais no momento da amamentação explicando a sua importância para o futuro da criança, enfatizando os fatores positivos do mesmo. CONCLUSÃO: Conclui-se que medidas simples, sem potenciais efeitos adversos e de baixo custo são particularmente atrativas. A prevenção da obesidade começa com a orientação aos futuros pais, em relação a uma gestação saudável. Dessa forma, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês deve ser um comportamento incentivado pelo enfermeiro e sua equipe, valorizando e seguindo as políticas públicas de saúde existentes sobre essa temática, a fim de que se possa atenuar a problemática da obesidade na infância. Os estudos que abordam intervenções direcionadas especificamente à melhoria dos indicadores nutricionais e aprofundam os conhecimentos sobre o estado nutricional e composição corporal de crianças, pode contribuir no diagnóstico e no planejamento do cuidado à criança. Também são imprescindíveis investigações que estabeleçam a associação da obesidade infantil com outros tipos de leite que não o materno, para que o enfermeiro e demais profissionais da saúde envolvidos, possam ampliar seu saber e orientar os pais corretamente no que se diz respeito à alimentação infantil saudável, baseado em evidências científicas. O enfermeiro deve instrumentalizar-se para avaliar a progressão e o estágio do comprometimento nutricional da criança, visando identificar as respostas humanas e fatores relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil. DESCRITORES: Obesidade infantil; Aleitamento Materno; Enfermagem. REFERENCIAS 1. Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil - A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Editora Hucitec; 1995. p. 247-55. 2.Troiano RP, Flegal KM, Kukzmarski RJ, Campbell SM, Johnson CL. Overweight prevalence and trends for children and adolescents - The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1963 to 1991. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149: 1085-91. 3. Hill AJ. Developmental issues in attitudes to food and diet. Proc Nutr Soc. 2002;61:259-66. 4. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. Pediatrics. 1998;101:539-49. 5. Kramer, M.S.; Guo, T. Platt, R.W. Vanilovich, I. Sevkoyskaya, Z. Dzikovich, I. Michaelsen, K.F. Dewey, K. Feeding effects on growth during infancy. Journal of Pediatrics, v. 145, n. 5, p. 600-605, 2004.

13795

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

AMANDA DE LIRO DANTAS

PROMOÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE COM CRIANÇAS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Dantas, AL; Moraes, JAS; Lopes, TFS; Alves, ES; Felzemburgh, RDM; Camargo, CL;

Introdução: A pobreza, que é considerada um dos mais graves problemas que afetam principalmente os países em desenvolvimento, traz consigo não só a baixa condição de vida da população na qual faz parte, ela traz também diversos problemas, culturais, sociais e principalmente os problemas de saúde. A carência de recursos seja ela total ou parcial, impede que o indivíduo cumpra até mesmo com suas necessidades básicas, alimentação, higiene, educação, lazer, saúde e outras. No Brasil houve uma redução significativa da pobreza, decorrente principalmente ações assistencialistas e do aumento significativo da expansão dos postos de trabalho1,2. Na região do Nordeste, apesar desse aumento significativo da expansão dos postos de trabalho é evidente a desigualdade regional no rendimento domiciliar dos moradores dessas regiões. "O rendimento médio domiciliar da região nordeste, representava em 2005, 52,8% do rendimento do Sudeste, passando para 57,8% em 2006"3. Na Bahia, observa-se que existem populações que ainda são excluídas ou até mesmo esquecidas das ações e políticas sociais de saúde, e temos como exemplos disso a população negra, e principalmente, as comunidades quilombolas. Na maioria das vezes, essas comunidades ficam localizadas em regiões de riquezas naturais e de grande potencial produtivo em que poderia ser estimulado o aproveitamento das suas potencialidades e dos recursos disponíveis através da produção comunitária e do associativismo, resultando desta forma uma melhora nas condições econômicas e de saúde dessas regiões. Como exemplos dessas comunidades que sofrem com esse desprezo público e com condições precárias de vida, têm a comunidade quilombola de Monte Alegre e a comunidade litorânea de Moreré, ambas situadas na Ilha de Boipeba. Que apesar de serem riquíssimas pela fauna, pela flora, por recursos naturais maravilhosos, pelo grande potencial histórico, culturais e turísticos que sustentam aquela população, vivem em condições precárias de saúde e uma pobreza generalizada. Apesar de toda essa riqueza natural, que poderia ser utilizada para o crescimento socioeconômico dos quilombolas, seus habitantes vivem com poucas oportunidades de emprego e geração de renda, refletindo negativamente no desenvolvimento dessas populações. Diante dessa realidade, este projeto visou estimular através da educação em saúde e do meio ambiente a promoção do desenvolvimento sustentável dessas comunidades tendo como população alvo crianças entre 5 a 12. Proporcionou a mobilização destes com intuito de que essa realidade seja minimizada, estimulando a mudança de comportamento em relação à preservação do ambiente, e de saúde dos próprios moradores. Acredita-se que as crianças são responsáveis por um grande potencial para conseguir assimilar e divulgar as mudanças comportamentais, tornando-se agentes multiplicadores e transformadores do meio em que vivem, por isso foi nosso publico alvo nas questões de educação em saúde e do meio ambiente. Com isso, conjetura-se que a informação que foi repassada para essas crianças poderá auxiliar na conscientização e transformação da realidade destas comunidades. Considerando esses aspectos, esse estudo objetivou estimular a educação em saúde e meio ambiente como ferramenta para a promoção do desenvolvimento sustentável de comunidades quilombolas. Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo de intervenção educativa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. A pesquisa foi realizada no período de agosto de 2012 a agosto de 2013 nos quilombos de Moreré e Monte Alegre, localizados na Ilha de Boipeba, no município de Cairu, a 292 km de Salvador-Bahia. Atendeu à resolução 196/96, tiveram como sujeitos de pesquisas crianças de 5 a 12 anos de idade, residentes nas comunidades

quilombolas referidas. Foram realizadas quatro visitas as comunidades de Moreré e Monte Alegre. Na primeira visita, através de um questionário e idas às residências dos moradores, pudemos conhecer a realidade destes e as condições precárias em que vivem, tanto em relação ao conhecimento sobre saúde, meio ambiente, doença, quanto às condições de moradia, saneamento e renda. Através desse questionário e dessas visitas foi traçado um perfil sócio-demográfico daquelas comunidades, como iríamos abordar aquela comunidade e quais temas de saúde-doença iriam ser abordados com aqueles habitantes. Na segunda ocasião foram realizadas oficinas de aproveitamento de produtos recicláveis e criados brinquedos destes materiais, informações audiovisuais, palestras e apresentação de cartilhas sobre saúde e meio ambiente. Essas atividades foram realizadas nas escolas e sedes das associações de moradores. Com um intervalo de seis meses foi feita outra visita às localidades referidas para aplicação de um formulário semi-estruturado com arguições relacionadas à saúde e ao meio ambiente. Resultados: Foram entrevistadas 38 crianças, 20 do sexo feminino e 18 do sexo masculino. Destas crianças entrevistadas, 33 participaram de todas as atividades realizadas nas comunidades. No segundo momento, diante as respostas dos entrevistados, pode-se perceber que o conhecimento das crianças em relação a conceitos de lixo, reciclagem, sustentabilidade e saúde ainda eram limitados. O que ainda pode estar colaborando para as condições precárias de saúde em que eles vivem. Conclusões: Conclui-se que as atividades realizadas, tiveram um efeito positivo, pois essas crianças passaram a conhecer e discutir temas, talvez antes nunca tratados. No primeiro momento as crianças se mostraram interessadas e foram participativas. No entanto, no segundo momento, expressaram pouco conhecimento a respeito das temáticas abordadas. Com isso, pode-se afirmar que as atividades de educação em saúde e conscientização do meio ambiente nessas comunidades não podem ser pontuais, mas constantes buscando desta forma um melhor resultado. Contribuições / implicações para a Enfermagem: O desenvolvimento do estudo foi de extrema importância, uma vez que não se pode pensar em saúde abstraída do meio ambiente, e que esta repercute de forma direta no processo de saúde e doença do individuo. Sugere-se que outras ações de educação em saúde e educação ambiental sejam desenvolvidas em comunidades quilombolas, pois estas se encontram alijadas de ações sociais e de saúde. REFERÊNCIAS 1. Dowbor L. Educação e desenvolvimento local. Rev Adm Municipal - Municípios. 2007; 52: 15-22. 2. Scuissiatto FCP, Ferraz DLS. Redução da Pobreza Pelo Trabalho: a relação entre assistencialismo e protagonismo social. FAE Centro Universitário | Núcleo de Pesquisa Acadêmica - NPA. Programa de Apoio à Iniciação Científica - PAIC 2010-2011. Disponível: www2.fae.edu/galeria/getImage/1/21175915946008012.pdf?. Acesso: dezembro 2012. 3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2007. Descritores: criança, educação em saúde, meio ambiente

14127

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

AMANDA DE LIRO DANTAS

CONSULTA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFIOC E FATORES MOTIVADORES PARA AUSÊNCIA

Oliveira, EF; Santos, APBS; Cunha, NO; Rios, RS; Dantas, ALD; Camargo, CL;

Introdução: A criança é um ser complexo e dependente de cuidados específicos. A qualidade desses cuidados envolve, de maneira geral, o acompanhamento por profissionais capacitados para orientar os diversos aspectos imprescindíveis ao seu crescimento e desenvolvimento, para que os mesmos aconteçam da forma mais saudável possível. Neste sentido, são necessárias ações que envolvem desde a promoção da saúde no pré-natal, promoção do aleitamento materno exclusivo, acompanhamento regular do próprio crescimento e desenvolvimento, prevenção de doenças, imunização, entre outros.(1) Através das consultas de enfermagem pediátrica, são desenvolvidas ações que objetivam acompanhar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual da criança, de acordo com a respectiva faixa etária. Também promovem cobertura vacinal, orientações sobre segurança e a prevenção de acidentes, estimulando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, permitindo a socialização e a adaptação da criança em seu meio social.(2) Contudo, estudos mostram que geralmente os indivíduos tem procurado o serviço de saúde no momento em que já estão doentes, por priorizar o atendimento médico-hegemônico, centrado em práticas curativas.(3) Poucos estudos abordam a situação da frequência e de adesão das mães às consultas de enfermagem pediátrica. De acordo com estudo realizado no Rio Grande do Sul, a elevada frequência de crianças que não são levadas pelas famílias para acompanhamento no serviço público está associada à baixa escolaridade materna e à estrutura familiar, bem como à percepção de que o acompanhamento é desnecessário na ausência de doença da criança.(4) Existem ainda outros fatores associados à baixa adesão, como o tempo de espera para ser atendido, a priorização das atividades domésticas, a falta de recursos para ir à consulta, esquecimento, falta de tempo, horário inapropriado, desinteresse, a própria desvalorização da consulta de enfermagem e a valorização da consulta médica pelas mães.(5) Acredita-se que diversos fatores possam motivar as mães ao não comparecimento às consultas de enfermagem pediátrica. Objetivo: Conhecer o perfil sócio-demográfico das famílias ausentes às consultas de enfermagem pediátrica e os principais motivos de ausência a estas consultas. Metodologia: Pesquisa de abordagem quantitativa, desenvolvida em Unidade de Saúde da Família, localizada na zona rural de Cachoeira/ Bahia. A população de estudo constituiu-se de 26 crianças entre 0 a 2 anos, cujas mães faltaram às consultas em algum momento. Seguindo as recomendações da Resolução 196/1996, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Adventista da Bahia e autorizada pela instituição participante, sob protocolo 01007812.1.0000.0042. A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2012, através de entrevista semi-estruturada. Os dados foram agrupados e contabilizados na forma de frequência simples e porcentagens. Resultados / Discussão: Os resultados mostram uma associação entre o perfil sociodemografico da amostra estudada e os fatores contribuintes para ausência às consultas. Neste estudo, 12 mães (46,2%) tinham entre 21 e 30 anos, 21 mães (80,8%) possuíam união estável, 14 mães (53,8%) cursaram o ensino médio, 17 mães (65,3%) eram lavradoras, 23 mães (88,5%) recebiam renda inferior a um salário mínimo, 14 mães (53,9%) possuíam um filho, 18 mães (69,2%) habitavam em casa com 3 ou 4 pessoas. Acerca dos motivos citados pelas genitoras como motivacionais para a ausência às consultas, o desconhecimento acerca do programa apresentou a maior frequência de respostas, 18 mães (69,2%); além de fatores como desmotivação das mães, irrelevância da consulta, o trabalho, a distância da moradia em relação à USF. Os dados encontrados na pesquisa mostram

que o abandono não resulta de um único fator, mas deriva por vezes de maneira multifatorial. Nesse sentido, para preveni-lo, faz-se necessário, em primeiro lugar, a identificação das principais causas relacionadas às ausências das mães às consultas. Neste trabalho, os fatores estavam ligados ao desconhecimento das atividades oferecidas pelo programa, desmotivação das mães, irrelevância da consulta, o trabalho, a distância da moradia em relação à USF. O presente trabalho revelou o desconhecimento das mães sobre as consultas de enfermagem pediátrica como principal fator motivador para esta prática. Estudos afirmam que a negligência da família em cuidar da criança pode trazer diversos prejuízos para o seu desenvolvimento.(4) Para os principais fatores motivadores da ausência às consultas de enfermagem citados pelas mães, podem ser definidas medidas simples e objetivas que podem modificar este panorama e contribuir para uma maior adesão das famílias a estas consultas. O panorama de ausências às consultas de enfermagem pediátrica pode estar diretamente relacionado ao perfil sociodemografico das famílias em que estão inseridas. Os determinantes da saúde quando desfalcados apresentam-se como fatores complementares que facilitam o abandono ao serviço de saúde. Observa-se, então, a necessidade de modificar as praticas de saúde direcionadas a população infantil, optando por novos métodos educativos além da informação dada as mães, com vistas à criação e fortalecimento de um conceito correto do processo saúde-doença focando, de fato, a melhoria da qualidade do serviço de saúde prestado e a importância da realização da consulta de enfermagem pediátrica, promovendo praticas sociais mais próximas da realidade, por parte dos profissionais a fim de tornar as consultas de enfermagem pediátricas sistemáticas e frequentes, em um prazo de médio a longo prazo. Conclusão / Contribuições para Enfermagem: As conclusões deste estudo revelam que a ausência à consulta de enfermagem pediátrica é de origem multifatorial e apontam a educação em saúde como estratégia principal para alcançar uma melhora na efetividade e qualidade dos serviços de saúde direcionados à população infantil. Os resultados deste trabalho revelam a necessidade de orientação adequada a estas mães sobre a importância da consulta de enfermagem pediátrica. Referências: 1 - Saparolli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. Acta Paulista Enferm. 2006;20(1):55-61. 2 - Ciampo LAD, Ricco RG, Daneluzzi JC, Ciampo IRLD, Ferraz IS, Almeida CAN. O programa de Saúde da Família e a puericultura. Ciên Saúde Colet. 2006;11(3):739-743. 3 - Carneiro AD, Morais GSN, Costa SFG, Batista PSS, Costa KC. Prescrição de medicamentos e solicitações de exames por enfermeiro no PSF: aspectos, éticos e legais. Rev Elet Enf [Internet]. 2008;10(3):756-65. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3 /v10n3a21.htm. Acesso em 28/06/2012. 4 - Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PD. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. J Pediatr (Rio J). 2010;86(1):84. 5 - Ximenes Neto FRG, Queiroz CA, Rocha J, Cunha ICKO. Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura... Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2010;10(2):51-9. Descritores: Enfermagem pediátrica; Cuidado do lactente; Cooperação do paciente; Serviços de saúde da criança.

14408

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

AMANDA GAYER CARDOSO

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E PREVENÇÃO DE DOENÇAS ATRAVÉS DAS IMUNIZAÇÕES: VIVÊNCIAS NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Cardoso, AG; Fernandes, GFM;

INTRODUÇÃO: A promoção da saúde da criança e consequentemente a prevenção de doenças fazem parte do cotidiano de trabalho dos enfermeiros que desenvolvem a sua prática no contexto das unidades básicas de saúde e tem contribuído nos últimos anos, especialmente a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família para a melhoria significativa dos indicadores de saúde da população infantil. A imunização é um conjunto de métodos terapêuticos destinados a conferir ao organismo um estado de resistência, ou seja, de imunidade, contra determinadas enfermidades infecciosas. É uma das estratégias de prevenção mais significativas. No mesmo nível de importância, como medida de proteção e promoção à saúde infantil, estão a amamentação, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e o controle - tratamento precoce da diarreia infantil. (SCHMITZ, E.M.R. et al Imunização Básica na Infância. São Paulo: Atheneu, 1989.)Dentre as ações de prevenção, as imunizações tem tido grande influência na melhoria das condições de saúde da criança e da população em geral contra diversas doenças, reduzindo a circulação de agentes infecciosos. A imunização é ação preventiva, oferecida à população pelos serviços de saúde, sendo fundamental a ampliação da atuação da enfermagem à criança e à família, implicando estar junto no processo saúde/doença e cuidado, porque a criança e a família necessitam de vários cuidados à saúde, qualquer que seja a fragilidade ou o dano, sendo o vínculo entre profissionais de saúde e as famílias, fundamental para aumentar a adesão às medidas de proteção e promoção da saúde infantil (Figueiredo et all, 2011).A imunização em crianças tem, historicamente, alcançada êxito em diversos países, por meio de elevadas coberturas vacinais e consideráveis avanços no controle e erradicação de doenças.O calendário vacinal voltado à criança tem sofrido várias alterações positivas nos últimos anos tendo sido acrescidas vacinas que até pouco tempo somente eram viáveis nos serviços privados. Neste sentido faz-se necessário que os profissionais de enfermagem que atuam nas salas de vacina, bem como docentes que desenvolvem esta temática nos cursos de graduação e de técnico de enfermagem estejam constantemente se atualizando. As experiências vivenciadas nas salas de vacina pelos estudantes geralmente são acompanhadas por certo nível de stress uma vez que é neste espaço que os mesmos realizam procedimentos técnicos com a criança, administrando vacinas intramusculares e subcutâneas sob o olhar da família e sendo também avaliado pelo professor. OBJETIVO: Relatar a experiência vivida nas atividades curriculares e extracurriculares na graduação de enfermagem na sala de vacina. METODOLOGIA: Tratas-se de um relato de experiência vivenciado nas aulas práticas da disciplina Enfermagem na Assistência a Saúde da Criança e Adolescente I, na Unidade Básica de Saúde Rita Lobato e a experiência vivenciada pela integrante do PET - Saúde na sala de vacinação da Unidade Básica de Saúde da Família Castelo Branco e também na Campanha Nacional de Vacinação, Rio Grande/ RS. Estas atividades foram precedidas de aulas expositivas e exercícios práticos sobre Imunizações. As aulas práticas curriculares ocorreram em cinco dias, dividido em cinco semanas. Como participante do PET - Saúde tive oportunidade de estar presente na sala de vacinação da UBSF Castelo Branco dois turnos por semana desde setembro de 2012 e das campanhas de vacinação. RESULTADOS: Casate e Corrêa (2006) afirmaram que os alunos de enfermagem ao vivenciarem o estágio, podem mostrar-se ansiosos na execução da técnica correta sem preocupar - se com a dimensão emocional e social do paciente. Mas a prática proporciona o enfrentamento de situações vulneráveis e complexas, preparando o acadêmico a relacionar o fazer técnico com o humano.

Durante a realização das aulas práticas da disciplina Assistência de Enfermagem à Criança e ao Adolescente I situada na quarta série do curso, no mês de julho, a experiência em sala de vacina foi insatisfatória, justificando - se pela baixa procura das mães ao serviço nos dias e horários da disciplina que coincidiu com um clima frio e desfavorável. Desta forma, possibilitou poucas vivências práticas ao acadêmico para a aquisição das habilidades necessárias. Entretanto, participando de atividades extracurriculares no projeto PET - Saúde, na Unidade Básica de Saúde da Família Castelo Branco foi possível desenvolver habilidades técnicas, organizacionais da sala de vacina, como os registros das vacinas, o entendimento no manuseio do cartão vacinal da criança e adolescente. Em relação à vivência na sala de vacina, há o sentimento de ansiedade e insegurança, pois, essa temática tem muitos aspectos particulares a serem observados; como a grande variedade de vacinas, as datas de validade diferentes, locais de aplicação distintos, o calendário vacinal que modifica - se frequentemente. Há também o sentimento das crianças que sentem - se ameaçadas, amedrontadas, inseguras e angustiadas frente à vacinação, o que torna o trabalho mais difícil para os acadêmicos, que estão a recém ingressando neste cenário. Desta forma, entende - se que o estágio curricular realizado durante a disciplina proporciona poucas oportunidades de aperfeiçoamento das habilidades se tratando de sala de vacinação. Já acadêmicos que participam do PET - Saúde possuem estas oportunidades durante os turnos que estão nas Unidades Básicas de Saúde. CONCLUSÃO: As atividades teóricas e práticas acerca desta temática permitiram concluir que a vacinação é uma das maneiras mais eficientes na prevenção, controle e eliminação de doenças imunopreviníveis, o que contribui substancialmente na diminuição da mortalidade e morbidade da população. Enfim, percebeu - se a importância e a necessidade de uma maior conscientização da vacinação por parte da sociedade em geral e até mesmo do próprio acadêmico de saúde tendo em vista que essa é essencial para o alto desempenho na prevenção e no controle de doenças imunopreviníveis. IMPLICAÇÕES DE ENFERMAGEM: A enfermagem exerce um papel importante nas imunizações por monitorar todos os aspectos operacionais e técnicos que envolvem esse complexo processo. É função do enfermeiro a orientação, educação e sensibilização da população quanto à magnitude da vacinação, prestando assistência com segurança e responsabilidade aos clientes das Unidades de Saúde. REFERÊNCIAS: FIGUEIREDO GLA, PINA JC, TONETE VLP, LIMA RAG, MELLO DF. Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2012 Jun. DECs: Promoção da Saúde. Vacinação. Cobertura Vacinal. Eixo Temático II: Cuidado á Saúde da Criança. 1- Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande amandagayerr@hotmail.com 2- Doutora em Enfermagem, Docente Efetivo da Universidade Federal do Rio Grande e Coordenadora do PET - Saúde.

13803

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA CAROLINA GOMES MARTINS DE OLIVEIRA

QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV: PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Oliveira, ACGM; Kourrouski, MFC; Abreu, IS; Santos, CB; Nascimento, LC; Lima, RAG;

Introdução: Atualmente, um grande número de crianças com HIV, adquirido por transmissão vertical, atinge a adolescência e a idade adulta. Tal situação provoca questionamentos relativos à sua qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Objetivo: compreender, sob a perspectiva dos profissionais da saúde, a QVRS de crianças e adolescentes com HIV. Método: Estudo descritivo-exploratório, com análise qualitativa dos dados e participação de 11 profissionais de saúde que trabalhavam em uma unidade especializada em doenças infecciosas de um hospital universitário do interior do estado de São Paulo. Foi utilizado como técnica de coleta de dados a entrevista. O material empírico foi analisado utilizando-se a técnica de análise de conteúdo do tipo temática indutiva, a partir dos domínios de qualidade de vida propostos pela Organização Mundial da Saúde. Resultados: Identificaram-se os seguintes subdomínios: viver sem problemas devido à condição crônica; não aceitação da doença; a comparação com os pares; problemas familiares; estigma e discriminação; sigilo do diagnóstico; adesão medicamentosa e dificuldades relacionadas ao tratamento. Conclusão: Para os profissionais de saúde, a QVRS das crianças e adolescentes com HIV é prejudicada principalmente nos domínios social e emocional e os mesmos devem estar atentos para identificar fatores que possam interferir negativamente na QVRS, visando a uma assistência integral e individualizada. Referências: Kourrouski MFC, Lima RAG. Adesão ao tratamento: vivência de adolescentes com HIV/AIDS. Rev. latinoam. enferm. 2009; 17(3): 946-952. Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. Psicol. reflex. e crit. 2005; 18(2):188-195. Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with chronic condition. Part I: developmental issues. Arch. dis. child. 2004; 89: 938-942. Descritores: qualidade de vida; crianças; adolescentes, HIV

13950

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA CLAUDIA ANDRADE CORDEIRO

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR DE UM LACTENTE COM OSTOMIA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Cordeiro, ACA; Coelho, ASF; Silva, LR; Guimarães, JV; Siqueira, KM; Salge, AKM;

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR DE UM LACTENTE COM OSTOMIA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE INTRODUÇÃO A educação em saúde constitui instrumento para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades. O processo pedagógico da enfermagem, com ênfase na educação em saúde, encontra-se em evidência, já que atualmente é reconhecido como uma estratégia promissora no enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde em que o enfermeiro tem destaque, já que é o principal atuante no processo de cuidar (1). No cuidado à criança hospitalizada sempre se encontra espaços para a educação em saúde que deve permear todas as práticas do cuidado infantil e envolver seus familiares nesse processo convidando a família a sair da passividade diante das práticas dos profissionais de saúde. É necessário que enfermeiros e os diferentes profissionais de saúde estejam recebendo os pais e os outros membros da família como parte do cuidado às crianças, encorajando-os a participarem ativamente desse processo (2). A preparação da família de bebês prematuros para a realização dos cuidados é de fundamental importância no desenvolvimento da criança por isso deve-se garantir que, em casa, esse bebê seja cuidado por sua mãe e por seus familiares de forma adequada (3). Ao abordar a família da criança hospitalizada, para que esta participe do cuidado, devem-se pautar as ações num modelo de educação em saúde que tenha por base o diálogo, a fim de favorecer que as ações desenvolvidas sejam integralizadoras e promotoras de saúde, fundamentadas em princípios de respeito e construção cooperativa de saber (2). OBJETIVO Relatar a experiência de educação em saúde, realizada pela equipe de enfermagem, à família de um lactente com ostomia em preparação à alta hospitalar. DESENVOLVIMENTO Trata-se de um lactente que obteve alta hospitalar no 43º dia de vida e de internação hospitalar. Nascido de parto cesáreo com peso ao nascer de 1560g, estatura de 44 cm, Apgar de 8 e 9 no 1º e 5º minuto, respectivamente, capurro de 34 semanas e 3 dias. Admitido na unidade de alto risco da UCIN (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais) em ar ambiente, dieta zero e sonda orogástrica (SOG) aberta e iniciado dieta no mesmo dia (10 ml de leite humano). No segundo dia de vida foi transferido à unidade de médio risco. Em seu terceiro dia de vida o recém-nascido (RN) iniciou distensão abdominal e vômitos sendo então deixado a SOG aberta com drenagem de secreção esverdeada, alguns relatos de evacuações (pequena quantidade de mecônio) retornando então à unidade de alto risco onde foi iniciado antibioticoterapia e foi realizada a inserção de PICC (cateter venoso central de inserção periférica). Seguiu o quarto dia de vida em hidratação venosa, antibioticoterapia e iniciado metronidazol. Após exames e avaliação da cirurgia pediátrica foi diagnosticado pneumoperitôneo, foi submetido à drenagem e mantido dreno de penrose no abdome. Foi encaminhado à UTI neonatal no 1º dia de pós-operatório da drenagem. Nos dias que se sucederam foi iniciado nutrição parenteral e mudanças no esquema medicamentoso. No 11º dia de vida foi realizada uma laparotomia com cecostomia e biopsia de ceco e cólon transverso devido à perfuração de ceco e apendicectomia seguindo em ventilação mecânica, antibioticoterapia e anfotericina. Os dias posteriores seguem com melhora clinica, colocado em HOOD seguido um dia após de cateter de oxigênio, iniciado dieta e tem-se o término da antibioticoterapia, mantendo-se os cuidados com a ostomia. Com 37 dias de vida foi transferido novamente à UCIN em ar ambiente onde foi iniciada a dieta via oral e suplementação vitamínica. Em toda a trajetória do lactente a família teve participação ativa, principalmente a figura materna, com livre acesso a unidade saúde. No planejamento da alta a mãe foi convidada a

permanecer com a criança dentro da unidade durante um dia aprendendo com a equipe de enfermagem todos os cuidados a serem realizados com o lactente em casa. Foram realizadas orientações sobre banho, higienização, amamentação, complemento à dieta (fórmula prescrita e como prepará-la), administração dos medicamentos e os cuidados com a ostomia. A mãe realizou cuidados de forma supervisionada e teve oportunidade de retirar todas as suas duvidas. O pai também esteve presente em período das orientações. Após avaliação de segurança por parte dos pais na realização dos cuidados o lactente obteve a alta hospitalar. CONCLUSÃO A hospitalização prolongada da criança de risco determina uma grande mudança na vida das mães que tornam-se acompanhantes dos filhos sem estarem preparadas para esta mudança, onde a prematuridade e as intercorrências durante a internação tornam-se fonte de grande estresse. Assim, quando toda a assistência prestada resulta em alta hospitalar, esta vem acompanhada de muitas dúvidas por parte da família que devem ser ouvidas e entendidas pela equipe responsável para que a chegada do bebê em casa seja um momento de conquista e não de medo. A educação em saúde deve ser parte integrante da assistência visto que proporciona a garantia de um cuidado adequado à criança após a alta, além de permitir à mãe a superação do medo e da insegurança. A mesma deve ser pautada pelo diálogo e na integração da família aos cuidados. O sujeito educando deve ser livre para verbalizar seus anseios e suas dúvidas e o sujeito educador terá mais chance para conhecê-lo e ajudá-lo na resolução de seus problemas. Em relação ao cuidado à saúde da criança, as ações devem ser compartilhadas, entre o enfermeiro e a família. A atuação da enfermagem neste caso, através do diálogo, da troca de experiências, da interação da mãe com o bebê e com equipe pode proporcionar e garantir cuidados adequados e seguros objetivando a manutenção da saúde da criança e bem estar da família com um todo. Descritores: Educação em Saúde, Enfermagem. REFERÊNCIAS 1- SOUSA, L. B. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação Enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):55-60. 2- GÓES, F. G. B; CAVA, A. M. A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(4):932-41. 3- SIQUEIRA, M. B. C; DIAS, M. A. B.NA percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2011 jan-mar ; 20(1):27-36.

14070

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA CLAUDIA GARCIA VIEIRA

ADRENOLEUCODISTROFIA INFANTIL: UM RELATO DE CASO SOB A PERSPECTIVA DA INTERDISCIPLINARIDADE

Silva, IS; Ribeiro, AA; Gomes, PG; Costa, AR; Santos, AA; Vieira, AC;

Adrenoleucodistrofia Infantil: Um Relato de Caso sob a perspectiva da interdisciplinaridade Introdução: A adrenoleucodistrofia (ADL) é uma doença genética rara, recessiva, ligada ao cromossomo X, tem predileção pelo sexo masculino e é transmitida por mulheres portadoras que podem manifestar um grau leve da doença. De forma progressiva e grave, afeta as glândulas adrenais e a substância branca do sistema nervoso. Caracteriza-se pela deterioração neurológica causada pela desmielinização das células nervosas que reduz a função cerebral, pois sem a bainha de mielina os neurônios não podem realizar ações potenciais1. Já nas glândulas adrenais caracteriza-se por alterações na produção de hormônios adrenocorticais e atrofia dos córtices adrenais. A doença de Addison é característica dessa patologia por apresentar alguns distúrbios nas glândulas adrenais como a deficiência de mineralocorticoides - incapacidade de produzir Aldosterona; e deficiência na produção de glicocorticoides, devido à falta do cortisol2. A doença pode se manifestar basicamente de três maneiras: Neonatal, Clássica ou Infantil ou Adulta. A forma clássica ou Infantil é a forma mais grave da ADL, acomete cerca de 35% dos portadores, manifestando-se na criança entre 4 a 10 anos tendo um período de sobrevida estimado de 10 anos. Os principais sintomas consistem em problemas de percepção, disfunção adrenal, amnésia, amaurose, disacusia, afasia, deficiência nos movimentos de marcha, progredindo para demência grave. O diagnóstico é confirmado por ressonância magnética, a qual mostras lesões desmielinizantes na substância branca do cérebro, dosagens dos níveis plasmáticos dos ácidos graxos de cadeia muito longa e pesquisa Laboratorial para insuficiência adrenal e rastreamento do gene defeituoso3. O tratamento consiste em oferecer suporte e tratar os sintomas da criança e de sua família. O papel da enfermagem é promover a qualidade de vida conforme a terapia de reposição hormonal, transplante de células tronco hematopoiéticas e dietoterapia com óleo de Lorenzo. Ainda não existe nenhuma terapia definitiva para a doença, apenas tratamento contínuo com glicocorticoide e Fludrocortisona. É obrigatória a assinatura do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER do paciente ou responsável legal sobre os potenciais de riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos4. A enfermagem, bem como os demais profissionais da área da saúde, mediatiza o cuidado entre a criança/família e as consequências deste processo, minimizando os efeitos das intervenções e priorizando as necessidades, sendo elas biológicas, psicológicas e sociais. Objetivos: O presente é um relato de caso que tem como objetivo compartilhar o cuidado de enfermagem humanizado baseado na percepção do acadêmico a uma criança de oito anos, do sexo masculino, internado por 14 dias com diagnóstico de Adrenoleucodistrofia Clássica ou Infantil. Metodologia: O estudo foi realizado no Hospital Universitário de um município ao Sul do Brasil, durante o estágio curricular do 7º semestre do curso de Enfermagem. A assistência teve como eixo central a integralidade do cuidado o que proporcionou um conjunto de ações e articulações de forma contínua e interdisciplinar entre a equipe de saúde, os acadêmicos, a criança portadora da doença e a sua família, durante as manhãs de estágio. Resultados: J. R. G., sexo masculino, 8 anos, cor branca, nascido de parto vaginal, mãe realizou sete consultas pré-natal, amamentação exclusiva até os três meses. Interna na unidade dia 15 de julho do ano 2013 em grave estado geral: chega ao colo da mãe sonolento, com desidratação grave, diarreia e emese há aproximadamente quatro dias. Foi solicitado avaliação com endocrinologista, que iniciou Hidrocortisona 25 mg IV, solicitou cortisol basal, ACTH e eletrólitos por suspeitar de insuficiência adrenal. O

paciente apresentou boa evolução clínica no decorrer dos dias de internação e em uso de Hidrocortisona e Ceftriaxona. Solicitados exames de Ressonância Magnética e Ultrassonografia abdominal, que não apresentaram alterações. No dia 23/07, o médico substituiu a Hidrocortisona pela Fludrocortisona 0,1 mg diluídos em 10 ml, prednisolona 3mg/ml. Exames solicitados demonstraram aumento de ACTH e Cortisol Sérico Basal normal. Devido a importante melhora clinica e descartado outras causas, paciente recebeu alta hospitalar no dia 29 de julho de 2013 com as devidas orientações quanto às medicações. A criança e a mãe, responsável legal, foram orientados sobre a necessidade do acompanhamento pós-alta hospitalar e que o mesmo tende a ser contínuo ao longo da vida com intervalo entre consultas, a cada 4 - 6 meses. O acompanhamento levará em conta os dados clínicos sobre os efeitos adversos da terapêutica e a realização de exames laboratoriais. Os principais efeitos adversos repassados foram: Retardo de Crescimento, Retenção Hídrica, Arritmias Cardíacas, Pressão Alta, Aumento do tamanho do Coração, Fraqueza Muscular, Fraturas e Atrofia da Pele. Dessa forma, orientou-se a necessidade de monitorar a diurese, verificar pressão arterial semanal, realizar de eletrocardiograma e privação das atividades que demandem esforço devido ao risco de fraturas e fraqueza muscular. Conclusão: Nosso município carece desta especialidade e por tanto torna-se difícil a abordagem a estas crianças e o sues familiares. Tais problemáticas afetam o empoderamento da criança e família quanto à continuidade do tratamento. Implicações para Enfermagem: O presente trabalho reforça a importância da enfermagem inserida no trabalho interdisciplinar, pelas repercussões do problema de saúde enfrentado pela criança e sua família e reflexões oriundas, as quais promoveram discussões acerca das fragilidades do Sistema de Saúde. Estas são imperativas para uma assistência humanizada, de excelência, voltadas para a resolutividade e permitindo a contra referência. Na perspectiva do estudante de enfermagem, este estudo contribuiu para o aprofundamento do saber, motivando a interação junto à equipe de saúde como suporte para o cuidado a esta criança e seus familiares. Além disso, propiciou compartilhar o estudo com os colegas da graduação.

REFERÊNCIAS 1. ARIAS, M. P. Tratado de Endocrinologia Pediátrica. 2.ed, Editora Diaz de Santos, Madri, Espanha, 1997. 883-885p. 2. GELL, B.M., ASSIES J., WANDERS., R. J. A., BARTH G. P., X linked adrenoleukodystrophy: clinical presentation, diagnosis, and therapy. Journal of Neurology, Neurosusgery, and Psychiatry. 63:4-14, 1997. 3. PRAZIM. K. C. L. ADENOLEUCODISTROFIA: Relato de um paciente acompanhado no Hospital Regional da Asa Sul_DF [Monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Insuficiência Adrenal Primária. Brasília, DF, 2010. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_insuf_adrenal_primaria_dca_addison_livro_2010.pdf> Acessado em 10 de Agosto de 2013 DESCRITORES: Adrenoleucodistrofia Infantil; Enfermagem; Empoderamento

14073

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA CLAUDIA GARCIA VIEIRA

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM E FAMÍLIA COMPARTILHANDO O CUIDADO À CRIANÇA POLITRAUMATIZADA

Silva, EVELYN; Santos, AMANDA; Pereira, VIVIANE; Gervini, GABRIELA; Teixeira, MATHEUS; Vieira, ANA;

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM E FAMÍLIA COMPARTILHANDO O CUIDADO À CRIANÇA POLITRAUMATIZADA Introdução: Este trabalho, sob a forma de um relato de experiência, pretende descrever a vivência de acadêmicos de enfermagem no cuidado à criança vítima de acidente automobilístico, com politraumatismo e fratura de fêmur, agregando a família no cuidado compartilhado. O ato de cuidar perpassa as questões técnicas, fazendo-se necessário um envolvimento amplo do profissional com a criança e sua família. Nesta perspectiva, a adoção do pensamento crítico, respeito, solidariedade, empatia e compaixão, consideram peculiaridades emocionais, culturais e religiosas dos sujeitos. Implicações para o cuidado: Dentre os recursos utilizados para a reabilitação, priorizamos o toque, a voz familiar, diminuição de ruídos estressores e uso da musicoterapia, com intuito de propiciar a estimulação necessária para o resgate da função neurológica, bem como minimizar o estresse. A avaliação e o manejo da dor constituem um desafio para a equipe de saúde, uma vez que preconceitos e desinformação a respeito da utilização de opiáceos ainda são empecilhos para o controle eficaz da dor2. Para a mensuração foram observados parâmetros comportamentais (agitação psicomotora, expressão facial) e fisiológicos (pressão alta, sudorese) e dos aspectos contextuais (ambiente). Empoderamento dos sujeitos envolvidos: Em relação ao cuidado compartilhado equipe e família, buscou-se o empoderamento dos cuidadores, oportunizando aos acadêmicos refletirem acerca do processo de cuidar a criança e sua família contemplando os aspectos religiosos, culturais e sociais. DESCRITORES: Politraumatismo, Empoderamento, Enfermagem REFERÊNCIAS 1. Waldow VR. Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Petrópolis - RJ: Vozes; 2005. 2. Posso MBS, Giaretta VMA, Santanna ALG, Ranzani RCM, Gouvea AL. Percepção dos enfermeiros sobre o tratamento da dor crônica não maligna com opióides. Rev Dor. 2013 jan-mar; 14(1): 7-11

14263

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA GRACIELI DE FREITAS GOMES

CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS PAIS FRENTE À CIRURGIA DO FILHO

Gomes, AGFG; Ragagnin, MVR; Dutra, FFD; Freitas, HMBF; Marinho, MM; Martins, EM;

RESUMO: Introdução: A hospitalização da criança é vista não apenas como um agravo psicológico para ela, mas também como possível trauma para os pais que necessitam do apoio da equipe de saúde. Além, da patologia, em alguns casos a criança precisa de cuidados cirúrgicos, o qual aflora nos pais sentimento de medo e insegurança relativo a saúde do filho. Assim, faz-se necessário um cuidado voltado para além das necessidades da criança, levando em consideração os pais que estão vivendo um momento conturbado e inesperado. Por ser o enfermeiro quem passa a maior parte do tempo cuidando do paciente e seus familiares, é necessário que se instrumentalize para realizar um cuidado humanizado e fundamentado no conhecimento técnico-científico. Objetivo: Conhecer os sentimentos vivenciados pelos pais que tiveram o filho em procedimento cirúrgico. Metodologia: Estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, com pais que estavam com o filho internado em uma unidade pediátrica para procedimento cirúrgico. Nos meses de março a maio de 2012, em um hospital de médio porte de atendendo exclusivo pelo SUS, localizado na região central do Rio Grande do Sul. Como critérios de inclusão: pais que tivessem com o filho internado na unidade pediátrica para procedimento cirúrgico, e permanecesse internado após o procedimento. A análise dos dados foi por categorização1. O projeto obteve aprovação do CEP da UNIFRA sob nº 354.2011.2. Resultados: Oito mães foram entrevistadas, entre a idade de 16 e 47 anos, todas com dois ou mais filhos em idade entre um e oito anos. Dos relatos emergiram duas categorias: sentindo-se impotente frente ao sofrimento do filho e alterando a rotina familiar e o cuidado do filho. A primeira categoria "Sentindo-se impotente frente ao sofrimento do filho", as mães relataram sobre suas angústias como o medo, a tristeza e ansiedade. Fiquei muito nervosa, com medo da cirurgia, é uma cirurgia simples mais nós mães sempre ficamos com medo, por causa da anestesia (P5). Estou muito nervosa, por trabalhar na área de enfermagem e saber todos os procedimentos que serão realizados tenho medo (P6). Fiquei sabendo com seis meses que o meu filho iria fazer a cirurgia de Hérnia quando fosse mais velho, fiquei muito nervosa assim que marcaram a data (P7). Por ser cada situação única, foi possível evidenciar a diversidade de sentimentos que as mães vivenciam no processo cirúrgico do filho. A segunda categoria: "Alterando a rotina familiar e o cuidado do filho", nestes depoimentos pode-se perceber o quanto a doença altera o cotidiano familiar, e a necessidade de adaptação a situação. Durante a noite nem conseguimos dormir preocupados com o procedimento cirúrgico, com o que pode mudar ainda mais em nossa vida (P3). A gente acha que nunca vai acontecer com a gente, nem sabia o que era uma colostomia e tinha medo da cirurgia. Deixei tudo para cuidar só dele, o mais não importa (P4). Alterou toda minha vida, hoje mesmo acordei muito cedo e dormi mau toda noite, meu medo é que ele tenha alguma reação a anestesia (P7). As mães afirmam mudanças no contexto familiar e profissional, explicando que a prioridade é o cuidado do filho. Discussão: Os pais apresentam dificuldade em aceitar a doença do filho, em especial quando envolve um procedimento cirúrgico. Acreditam que possuem uma parcela de culpa em função do acontecido, além da imaginação que assombra seus sentimentos. Quando uma criança ou adolescente sofre uma internação hospitalar, há uma modificação no trajeto de desenvolvimento e na sua forma de ver o mundo. A internação promove alterações na rotina e na vida da criança e dos seus pais. Para assisti-los, faz-se necessária uma atuação que busque diminuir os efeitos da doença e do seu tratamento2. É relevante presença do enfermeiro nas orientações e acompanhamentos dos pais no momento da cirurgia como no pré e pós operatório minimizando o estresse e angustias dos mesmos.

Práticas de apoio, como o cuidado centrado na família orientando-os e apoiando-os conforme a singularidade de cada situação, o que ajudam a diminuir os efeitos nocivos e auxiliam para o enfrentamento tanto para os pais como para as crianças3. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu Art. 1º, "confirma o compromisso da enfermagem com o ser humano, e a coletividade em diferentes níveis de promoção, prevenção e recuperação". Logo, o enfermeiro atua durante a hospitalização da criança, visando não só o cuidado da patologia, mas também no seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, o que está garantido no Art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente4. Portanto, é importante que haja um envolvimento do enfermeiro com os pais no cuidado a criança hospitalizada, para uma melhor qualidade na assistência e dinâmica do trabalho de uma forma geral. Pais e equipe de enfermagem têm pelo menos um objetivo em comum, o restabelecimento da saúde da criança. Nesse contexto destaca-se a importância do enfermeiro estar presente nas diversas situações da internação da criança, realizando o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. Considerações Finais: Este estudo foi de grande importância como cuidador de enfermagem, pois possibilitou conhecer os sentimentos dos pais que estavam com filho internado para algum procedimento cirúrgico. Destaca-se o cuidado de enfermagem como primordial na adaptação dos pais frente a doença do filho e enfrentamento dos procedimentos necessários para a melhora da criança. Este trabalho contribuirá para organização e o planejamento da assistência prestada às crianças em tratamento cirúrgico, estimulando os pais para o enfrentamento da doença do filho e necessidade de envolvimento no processo de cuidar, apontando para uma prática de enfermagem centrada a família. A partir de então, faz-se necessário maiores estudos e possibilidades para os acadêmicos se instrumentalizarem na atenção a saúde da criança-família no contexto hospitalar e cirúrgico durante a academia, além de políticas públicas que orientem sobre esta temática. Referências 1 BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Ed. revista e actualizada; Ed. 4ª. 2010. 2 PAULA, Ercília Mª Angeli T. Brinquedoteca Hospitalar: Direito das Crianças e Adolescentes Hospitalizados. 2007. Disponível em: http://www.uepg.br/revistaconexao/revista/edicao03/artigo4.pdf. Acesso em: 19 Out. 2011. 3 HOCKENBERRY, Marylin J.; WILSON, David. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Editora Elsevier, Ed.8°,2011. 4 AQUINO, Fernanda Martins.; et al. A produção científica nacional sobre os direitos da criança hospitalizada. 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a25.htm. Acesso em: 20 Out. 2011.

14059

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA

A COMUNICAÇÃO NA PASSAGEM DE PLANTÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

Silva, MFS; Anders, JCA; Souza, AIJS;

Introdução: A equipe de enfermagem busca atender as necessidades da criança e do adolescente e sua família, tendo como foco de sua práxis o cuidado seguro. Atualmente, a segurança do paciente vem sendo discutido nos âmbitos nacional e internacional em decorrência da sua importância para os sistemas de saúde e sociedade (1). A segurança do paciente é uma prioridade na Organização Mundial de Saúde - OMS desde a 55ª Assembleia Mundial da Saúde realizada em 2002. Assim, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente elaborou algumas metas, dentre elas destacamos a que se refere a melhorar a comunicação efetiva. Segundo a Joint Comission on Acreditation of Health Care a passagem de plantão é um processo de transmissão de informações entre os profissionais de saúde que tem como missão a continuidade e a segurança dos cuidados (2). Os erros de comunicação entre os profissionais de enfermagem podem causar danos significativos aos pacientes. A comunicação eficaz é essencial durante a permanência do paciente no período de hospitalização, assim como na sua transferência para outro setor e/ou serviço. Todavia as consequências advindas das falhas na comunicação entre unidades hospitalares e entre equipes podem prejudicar seriamente o paciente, ocasionando a quebra na continuidade do tratamento (3). Nesse sentido, a passagem de plantão é uma das práticas utilizadas pela equipe de enfermagem para assegurar a continuidade do cuidado prestado (4). Por sua vez esta prática, visa transmitir informações de forma objetiva, clara e concisa sobre os acontecimentos ocorridos durante determinado turno de trabalho permitindo aos profissionais uma visão geral do setor, assim como da evolução dos pacientes facilitando o planejamento e organização de suas atividades. Também utiliza a comunicação como instrumento básico da Enfermagem, cuja sua maneira de se realizar influência de forma positiva ou negativa no compartilhamento de informações. Cientes do importante papel da equipe de enfermagem na comunicação eficaz durante a passagem de plantão, é que nos propusemos a realizar este estudo, que tem por objetivo: conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a comunicação durante a passagem de plantão e sua repercussão na segurança do paciente pediátrico. Metodologia: trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, realizado na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um Hospital Público da região Sul do Brasil. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição, sendo aprovado. Os dados foram coletados em fevereiro e maio de 2012, através de entrevista semiestruturada com 32 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 7 enfermeiras, 14 técnicos e 11 auxiliares de enfermagem que atuam na UIP. Para análise dos dados obtidos utilizamos a Análise Temática (5), que consiste em pré-análise, na qual se procedeu à organização dos dados coletados nas entrevistas, seguida da exploração desse material, considerada a análise propriamente dita que permitiu codificar os dados e formular as categorias e subcategorias através da identificação de conceitos pertinentes aos elementos e às ideias do estudo proposto. Por último, realizamos a etapa de tratamento e interpretação dos resultados. Após todo esse processo, obtivemos duas categorias: a passagem de plantão e sua interface com a comunicação e fatores que interferem na comunicação: transcender barreiras para conduzir a passagem de plantão. Neste estudo apresentaremos somente a categoria: a passagem de plantão e sua interface com a comunicação. Resultados e Discussão: Os dados evidenciaram que a comunicação durante a passagem de plantão deve ocorrer de forma eficaz, principalmente levando em conta à dispersão das informações que ocorre na troca de cada turno. Assim,

torna-se necessária prudência ao repassar as informações, pois a criança e o adolescente apresentam individualidades e características próprias que requerem cautela para prevenir erros e, ainda baseada na convicção de que a comunicação entre os profissionais influenciam diretamente no cuidado prestado e na segurança da criança e do adolescente. No cenário da pediatria, a família da criança e do adolescente deve ser incluída no cuidado e frente a isso, os profissionais de enfermagem evidenciaram em suas falas que as questões que a envolvem também são importantes e devem ser repassadas na passagem de plantão. Reconhecem que cuidar do paciente pediátrico é também cuidar de sua família, que é parte indissociável do cuidado. Também percebem que os pacientes pediátricos, internados em uma instituição hospitalar de ensino, sejam identificados de forma correta e esta é uma ação imprescindível para garantia de um cuidado mais seguro, corroborando também com as soluções construídas e aprovadas pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente em 2007. Na percepção dos profissionais de enfermagem, a passagem de plantão torna-se uma ferramenta essencial para a continuidade do cuidado e é nesta atividade que compartilham informações, realizam avaliações e decidem acerca dos cuidados de enfermagem prestados, sendo importante a participação efetiva dos técnicos, auxiliares e enfermeiros, considerando que cada um pode complementar as informações para garantir a qualidade e continuidade do cuidado. Apontaram quais são as informações importantes para serem comunicadas durante a passagem de plantão, com intuito de assegurar a continuidade do cuidado e a segurança do paciente pediátrico. A comunicação verbal escrita emergiu como sendo o tipo de comunicação complementar utilizada pelos profissionais de enfermagem no decorrer da passagem de plantão, sendo esta uma forma que diminui a possibilidade da omissão de questões importantes, que poderiam ser esquecidas caso fosse utilizada somente a comunicação verbal. De uma maneira geral a percepção dos profissionais de enfermagem evidencia que a qualidade da passagem de plantão é refletida a partir de uma comunicação eficaz, e para isso, é necessária uma cultura de segurança estabelecida, que envolve o comprometimento dos profissionais e da instituição. Considerações Finais: O estudo traz reflexões relevantes sobre o processo de comunicação na passagem de plantão, possibilitando um olhar para o cuidado seguro. A comunicação eficaz é uma necessidade real nos dias de hoje. Criar uma sistematização para uma passagem de plantão eficaz e objetiva, que contemple os aspectos relevantes ao paciente pediátrico, à família e à própria unidade de internação, depende de fatores individuais, grupais e organizacionais. Torna-se necessário acreditar que esse processo traz benefícios ao paciente e à equipe de enfermagem. A comunicação na enfermagem serve como um instrumento do cuidado, auxiliando no pensar e no agir, ultrapassando as barreiras do trabalho rotineiro e predeterminado. Acreditamos que conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre o processo de comunicação na passagem de plantão possibilitou-nos voltar o olhar para o cuidado seguro, uma vez que esses profissionais vivenciam as nuances da passagem de plantão e têm o conhecimento das reais condições em que esta ocorre. DESCRITORES: Comunicação; Segurança do paciente; Enfermagem pediátrica. REFERÊNCIAS: 1. MANSER, T.; FOSTER, S. Best Practice & Research Clinical. Anaesthesiology, v. 25, p. 181-91, 2011. 2. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Center for Patient Safety Strategies to improve han-off communication: implementing a process to resolve the questions. 2005. 3. _____. World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009. Geneva (Switzerland):World Health Organization, 2008. 4. PORTAL, K. M.; MAGALHÃES, A. M. M. Passagem de Plantão um recurso estratégico para a continuidade ao cuidado em enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 246-53, jun. 2008. 5. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

14080

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA PAULA DIAS FRANÇA GUARESCHI

DISCIPLINA DE SAE NA PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Guareschi, APDF;

Introdução: Historicamente na realidade brasileira, o ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na pós-graduação em enfermagem é recente, significando que uma parcela expressiva de profissionais não recebeu formação suficiente para sua implementação. Objetivo: Relatar a experiência do processo ensino aprendizado sobre a SAE em pediatria em um curso de pós-graduação. Metodologia: Relato de experiência. Resultado: As teorias de ensino utilizadas nesta disciplina são: humanista, que privilegia os aspectos da personalidade do sujeito que aprende e a sociocultural, que tem como pressuposto que a educação deve ser sempre problematizadora e proporcionar ao aluno uma compreensão dos aspectos sociais, a relação professor-aluno é igualitária e democrática. O conteúdo ministrado: contextualização da SAE na enfermagem pediátrica; teorias de enfermagem com enfoque na saúde da criança e do adolescente e as 5 etapas do processo de enfermagem. A dinâmica em sala de aula foi alterada, gradualmente, da aula expositiva dialogada para a construção da aprendizagem colaborativa, através de diferentes recursos didáticos. Os conteúdos ministrados foram articulados constantemente as fases do processo de enfermagem e uma das estratégias utilizadas foram os estudos de casos, intercalados entre os dirigidos e os discutidos com o grupo de alunos, capacitando-os na construção do raciocínio clínico. A avaliação é através do pré-teste, pós-teste e estudos de casos. Conclusão: Esta proposta é desafiadora e gratificante, obtivemos relatos dos alunos, sobre a aplicação do Processo de Enfermagem e que a disciplina propiciou momentos de reflexão, pois identificaram quanto um planejamento de enfermagem adequado para uma determinada criança e família é fundamental, para um cuidado humanizado e científico. Descritores:processos de enfermagem; educação superior;enfermagem pediátrica

14479

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA PAULA ROCHA GOMES

A ética e bioética em enfermagem pediátrica: contribuições para o contexto ambulatorial

Gomes, APR; Rodrigues, BMRD; Pacheco, STA;

Introdução: As inquietações para a realização desse estudo surgiu no desenvolvimento do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem "A ética no cuidado à criança hospitalizada: uma perspectiva para a enfermagem" em que os resultados evidenciaram que em geral há um distanciamento dos aspectos teóricos da ética e bioética no âmbito da prática do cuidar. Os enfermeiros expressam o caráter ético no cuidar de crianças hospitalizadas com a preocupação em ter um olhar diferenciado no que diz respeito a essa criança. Entendem a infância como um período peculiar da vida do ser humano, e, que, merece atenção específica e uma assistência direcionada às suas necessidades. Isto me levou a aprofundar ainda mais as minhas reflexões sobre a prática da enfermagem, buscando explicitar os princípios éticos que norteiam o cuidar da criança e seu familiar no cenário ambulatorial. O estudo propõe refletir e repensar acerca da adoção de postura profissional apoiada na ética e bioética para o cuidar do ser humano e, em especial a criança e sua família no ambulatório . Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem pediátrica deve ter como alicerce um agir que considera as peculiaridades específicas desta fase da vida. Nesse sentido, o objeto de estudo é a ética1 e a bioética2 no cuidar de uma criança e sua família no contexto ambulatorial. Os objetivos são: Descrever como o enfermeiro relaciona os aspectos éticos e bioéticos ao cuidar da criança e sua família no contexto ambulatorial. Discutir o cuidado à criança e sua família neste contexto à luz dos aspectos éticos e bioéticos. Metodologia: estudo de abordagem qualitativa pautado na técnica de análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Bardin3. O trabalho de campo foi realizado por meio da entrevista, com treze enfermeiros, cuja coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e junho de 2013, em dois hospitais da rede pública, um universitário e um municipal de referência em pediatria, localizados no Rio de Janeiro. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC) sendo aprovado pelo Parecer nº 12A/2013 e Protocolo nº 171/2012 e pela Comissão de Ética em Pesquisa da Sub-reitoria de Pós-graduação e pesquisa/ SR2/ UERJ aprovado com o Memorando de Identificação MM-006 COEP/SR-2/2013 para atender aos preceitos éticos da legislação em pesquisa envolvendo seres humanos através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas realizadas com seres humanos. As falas foram captadas através das seguintes questões: "No seu entender quais os aspectos da Ética que norteiam o cuidado à criança e sua família no contexto ambulatorial? E da Bioética?" e "Como você insere a Ética no cuidar de uma criança e sua família no contexto ambulatorial? E a Bioética?" Resultados preliminares: As entrevistas foram analisadas por meio de Análise de conteúdo do tipo temática, no qual resultou em duas categorias analíticas: 1. Aspectos Éticos e Bioéticos que norteiam o cuidado a criança e sua família. 2. A inserção dos aspectos éticos e bioéticos na prática assistencial do enfermeiro. Os enfermeiros apontam o respeito à privacidade da criança como um aspecto ético de grande relevância a ser observado. Na visão desses enfermeiros, lidar com a família da criança é respeitar o espaço, o momento, a individualidade, os direitos e as decisões daquela família em relação ao tratamento da criança desde que não coloque em risco a vida da criança. Observam, também, se algum profissional de saúde irá desrespeitar ou transgredir qualquer princípio ético perante aquela família. Os enfermeiros citaram legislações importantes para o cuidado da criança como o que é preconizado pelo Conselho Federal de Enfermagem através do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, o que nos permite considerar

que existe uma preocupação em conhecer as leis, revelando prudência e responsabilidade da enfermagem, como categoria profissional da área da saúde. Nesse sentido, os enfermeiros revelam que ao realizar o acolhimento, os enfermeiros desenvolvem estratégias para atender a criança respeitando cada um daqueles que buscam o serviço de pronto atendimento, como priorizar o atendimento da criança, fazendo uma avaliação rigorosa da criança no SPA (Serviço de pronto atendimento), como a classificação de risco, além de reconhecer a importância do encaminhamento e orientações para essas mães, pois o atendimento tem que ser multiprofissional para dar uma continuidade do tratamento para esta criança. Conclusões: Ao cuidar da criança no ambulatório, os enfermeiros, muitas das vezes, revelaram uma prática pautada na Politica de Humanização que implica na mudança de atitude profissional e indica cada vez mais uma relação de aproximação entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde com a intenção de organizar a demanda e estabelecer prioridades para o atendimento nos serviços. Além disso, os resultados revelam que os enfermeiros entrevistados demonstram respeito com a família, prestando cuidados educacionais e promovendo orientações para que possa dar continuidade do cuidado e do tratamento a criança no domicílio. Nesse sentido, o estudo aponta para o compromisso do enfermeiro com o ser criança e sua família na perspectiva da ética e da bioética, pois a autonomia e a justiça são princípios imprescindíveis na promoção da dignidade humana, tão importante quando a criança se encontra em vulnerabilidade pelo adoecimento. Desse modo, vale ressaltar que o respeito, o processo de inclusão, o acolhimento, a atenção individualizada podem ser o início da relação de confiança entre o enfermeiro, a criança e sua família. Nessa atitude, a escuta e o diálogo são ingredientes preciosos para estabelecer as relações de aproximação entre enfermeiro e a família. Atender a criança e sua família no contexto ambulatorial pressupõe, não apenas, conhecer ou mesmo citar a legislação vigente, mas, sobretudo que o enfermeiro desenvolva suas ações pautadas no compromisso com o cidadão criança e sua família de respeito à vida como um valor e bem fundamental do ser humano. Referências: 1.PEGORARO, O. Ética dos maiores mestres através da história. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 2. BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo; Editora: Loyola, 2009. 3. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70,2010.

14267

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA RAQUEL MEDEIROS BECK

TRATAMENTO DE DEISCENCIA DE FERIDA OPERATÓRIA: QUANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM DE UMA FAZ A DIFERENÇA

Milanez, RMA; Brunetti, ACS; Martins, VCM; Beck, ARM;

Introdução: A deiscência de ferida operatória em pacientes com meningomielocele trás riscos de complicações e repercussões para o indivíduo e para equipe de enfermagem, acarretando aumento dos cuidados de enfermagem e dos custos da internação(1). Objetivo: Relatar o caso de deiscência operatória após correção de meningomielocele numa unidade de pediatria. Materiais e métodos: Relato de experiência, os dados foram extraídos do prontuário no período de fevereiro a agosto de 2011. A evolução da ferida foi registrada fotograficamente com autorização dos responsáveis. Resultados: Foram descritos os dados de uma criança do sexo feminino de nove anos, submetida à correção cirúrgica de meningomielocele em 25/01/2011. Re-internada dia 03/02/2011 por complicação pós-operatória necessitando de reabordagens cirúrgicas. Diagnóstico de Enfermagem: Integridade da Pele Prejudicada relacionado a processo infeccioso, caracterizado por rompimento da superfície da pele. Em 02/03 ocorreu piora da lesão. Utilizado soro fisiológico 0,9%, hidrogel e AGE (Ácidos Graxos Essenciais). Em 20/04 foi submetida à enxertia sem sucesso. No dia 13/05 apresenta tecido desvitalizado, desbridamento autolítico com Papaína 2%, por três dias, com boa evolução. Paciente recebeu alta dia 11/07/2011, com acompanhamento no ambulatório de estomaterapia. Conclusões: A eficácia das ações do enfermeiro está ligada ao seu conhecimento, com a aplicação do Processo de Enfermagem, visando qualidade da assistência, além de propiciar parcerias e credibilidade profissional. O tratamento aplicado na ferida promoveu eliminação de tecido inviável, redução do exsudado, surgimento do tecido de granulação, e importante interação na terapêutica multidisciplinar e paciente. Descritores: Deiscência da ferida operatória, meningomielocele, enfermagem. Referências Bibliográficas: Vicente ASV, Alves AAR, Pepes C. Mielomeningocele: A Importância da Integração entre Comissão de Curativos e Enfermagem Neonatal na Cicatrização de Lesões. Rev Estima. 2010 8(3):27- 33.

14290

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA RAQUEL MEDEIROS BECK

REVISÃO INTEGRATIVA DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Veronese, A; Denofre, SDC; Silva, JB; Beck, ARM;

INTRODUÇÃO: Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica causadora de inúmeras comorbidades que afetam diretamente a qualidade de vida dos portadores. Trata-se da segunda doença crônica mais comum na infância e adolescência, com grande impacto de ordens econômica, social e psicoemocional(1). É uma doença cujo tratamento e controle exige alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida, ou seja, alterações que podem comprometer a qualidade de vida (QV)(2). Diante disso, tem-se a necessidade de criar alguma forma de avaliar essa "variável". Para isso são utilizados instrumentos que buscam aferir a QV fornecendo informações de como o processo de doença interfere no bem-estar do paciente em várias áreas de sua vida e podem subsidiar políticas de saúde e criar novas maneiras de atendimento e compreensão dos pacientes, promovendo entre os profissionais de saúde um atendimento mais humanizado(3). Embora nas crianças as complicações crônicas da doença ainda não estejam presentes, podem aparecer algumas descompensações agudas que podem desencadear alterações no cotidiano, por isso a necessidade de avaliar o impacto das mudanças na vida desses pacientes(3,4).OBJETIVOS: O presente estudo teve como objetivo identificar na literatura os instrumentos traduzidos e adaptados para a cultura brasileira relacionados à qualidade de vida de crianças e adolescentes portadores de Diabetes Mellitus.METODOGIA: Para a realização do estudo optou-se pelo método de revisão integrativa, guiada pela seguinte questão norteadora: Quais são os instrumentos existentes na literatura que podem ser utilizados para avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes diabéticos? Para a elaboração da pergunta e na busca de evidencias utilizou-se a estratégia PICO que permite localizar de forma rápida a melhor informação científica (evidencias) existente para resolução das questões trabalhadas. Os dados dos quatro o estudos foram extraídos, incluindo: autor e ano, amostra, desenho do estudo, descrição intervenção, as medidas / resultados, pontos fortes e as limitações metodológicas, conclusão e foram avaliadas por JBI. RESULTADOS: Na presente revisão integrativa foram analisados todos os quatro estudos que atenderam à seleção da amostra estabelecida. Destes, cada um foi publicado nas respectivas revistas: Revista Paulista de Pediatria, Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil e Revista Latino Americana de Enfermagem. Todos os estudos de validação publicados foram encontrados apenas em uma única base de dados, SciELO, embora a busca tenha acontecido em outras bases de relevância na literatura científica. Quanto à área de atuação dos autores dos artigos foram identificados profissionais da bioquímica, odontologia, enfermagem, medicina e educação física. Em relação ao período de publicação observou-se que os artigos datavam a partir do ano de 2007 até 2011. Foi encontrado o Instrumentos de qualidade de vida para jovens diabéticos (IQVJD), o estudo de validação desse instrumento no Brasil utilizou uma população de 124 adolescentes com DM tipo I na faixa etária de 12 a 18 anos. A análise de confiabilidade demonstrou resultado satisfatório dado pelo coeficiente Alpha de Cronbach. O segundo instrumento gerado na pesquisa foi o módulo Genérico DISABKIDS para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas, trata-se de um instrumento genérico utilizado para avaliar a QV em crianças/adolescentes com condições crônicas, para o processo de validação e adaptação cultural foram selecionados crianças e adolescentes brasileiros com idade entre 8 e 18 anos em atendimento ambulatorial com diagnóstico de asma ou diabetes. O terceiro instrumento encontrado foi o Pediatric Quality of Life InventoryTM versão 4.0 (PedsQLTM 4.0) - Brasil, o questionário foi desenvolvido

para mensurar a QV em crianças e adolescentes entre 5 e 18 anos e para os pais de crianças e adolescentes entre 2 e 18 anos com distúrbios de saúde crônicos; para o processo de validação e adaptação cultural foram selecionados 105 crianças e adolescentes com idades entre 2 e 18 anos com diagnóstico de doenças reumáticas. Os pais da respectiva amostra também foram incluídos, porém o questionário foi aplicado separadamente. O último instrumento encontrado foi a versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-52, o questionário possui natureza genérica, podendo ser utilizado tanto por crianças saudáveis quanto por aqueles que apresentam condições crônicas de saúde. É destinado à população que compreende a faixa etária entre 8 e 18 anos de idade. Provêm de um estudo que envolveu 13 países europeus cuja finalidade foi desenvolver um questionário para medir a QV de jovens de modo transcultural. CONCLUSÃO: Na presente revisão integrativa foram encontrados quatro estudos de validação envolvendo instrumentos de avaliação da QV em crianças diabéticas, destes apenas um é específico, os outros 3 são genéricos. O instrumento que apresentou ser mais abrangente em relação ao conteúdo abordado nos questionários foi o IQVJD (específico), no entanto o que apresentou maior abrangência de idade foi o PedsQL4.0 (genérico) e o que teve maior número de domínios avaliados foi o KISCREEN-52 (genérico). O presente estudo mostrou que os instrumentos genéricos viabilizam a prática tanto quanto o específico, pois de modo geral eles abrangem de forma expandida os domínios explorados em diversos âmbitos da saúde, por vezes mais eficazes que os instrumentos específicos que discutem de forma focal os aspectos específicos da doença. Vale ressaltar que embora o número de instrumentos encontrados na pesquisa seja pequeno, os mesmos necessitam de novas validações em populações com DM. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: A disponibilização sobre do conhecimento dos instrumentos avaliadores da qualidade de vida existentes para crianças e adolescentes possibilita maior divulgação desses questionários, para que os mesmos sirvam como ferramentas utilizadas pelos profissionais enfermeiros para a elaboração de um plano de cuidados individualizado ao paciente a fim de minimizar as complicações advindas da evolução da doença. REFERENCIAS: 1- Santos JR, Enumo SRF. Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença.Psicologia: Reflexão e Critica. 2003; 16(2): 411-25. 2- Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9. 3-Lima LAP, Weffort VRS, Borges MF. Avaliação da Qualidade de vida de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1. Cienc. Cuid. Saude 2011 Jan/Mar; 10(1): 127-133. 4-Soares AHR, Martins AJ, Lopes MCB, Britto JAA, Oliveira CQ, Moreira MCN. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7): 3197-3206, 2011.

14638

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA RAQUEL MEDEIROS BECK

REVISÃO INTEGRATIVA DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Veronese, A; Silva, JB; Carmona, EV; Carvalho, SD; Trevisan, DD; Beck, ARM;

INTRODUÇÃO: Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica causadora de inúmeras comorbidades que afetam diretamente a qualidade de vida dos portadores. Trata-se da segunda doença crônica mais comum na infância e adolescência, com grande impacto de ordens econômica, social e psicoemocional(1). É uma doença cujo tratamento e controle exige alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida, ou seja, alterações que podem comprometer a qualidade de vida (QV)(2). Diante disso, tem-se a necessidade de criar alguma forma de avaliar essa "variável". Para isso são utilizados instrumentos que buscam aferir a QV fornecendo informações de como o processo de doença interfere no bem-estar do paciente em várias áreas de sua vida e podem subsidiar políticas de saúde e criar novas maneiras de atendimento e compreensão dos pacientes, promovendo entre os profissionais de saúde um atendimento mais humanizado(3). Embora nas crianças as complicações crônicas da doença ainda não estejam presentes, podem aparecer algumas descompensações agudas que podem desencadear alterações no cotidiano, por isso a necessidade de avaliar o impacto das mudanças na vida desses pacientes(3,4).OBJETIVOS: O presente estudo teve como objetivo identificar na literatura os instrumentos traduzidos e adaptados para a cultura brasileira relacionados à qualidade de vida de crianças e adolescentes portadores de Diabetes Mellitus.METODOGIA: Para a realização do estudo optou-se pelo método de revisão integrativa, guiada pela seguinte questão norteadora: Quais são os instrumentos existentes na literatura que podem ser utilizados para avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes diabéticos? Para a elaboração da pergunta e na busca de evidencias utilizou-se a estratégia PICO que permite localizar de forma rápida a melhor informação científica (evidencias) existente para resolução das questões trabalhadas. Os dados dos quatro o estudos foram extraídos, incluindo: autor e ano, amostra, desenho do estudo, descrição intervenção, as medidas / resultados, pontos fortes e as limitações metodológicas, conclusão e foram avaliadas por JBI. RESULTADOS: Na presente revisão integrativa foram analisados todos os quatro estudos que atenderam à seleção da amostra estabelecida. Destes, cada um foi publicado nas respectivas revistas: Revista Paulista de Pediatria, Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil e Revista Latino Americana de Enfermagem. Todos os estudos de validação publicados foram encontrados apenas em uma única base de dados, SciELO, embora a busca tenha acontecido em outras bases de relevância na literatura científica. Quanto à área de atuação dos autores dos artigos foram identificados profissionais da bioquímica, odontologia, enfermagem, medicina e educação física. Em relação ao período de publicação observou-se que os artigos datavam a partir do ano de 2007 até 2011. Foi encontrado o Instrumentos de qualidade de vida para jovens diabéticos (IQVJD), o estudo de validação desse instrumento no Brasil utilizou uma população de 124 adolescentes com DM tipo I na faixa etária de 12 a 18 anos. A análise de confiabilidade demonstrou resultado satisfatório dado pelo coeficiente Alpha de Cronbach. O segundo instrumento gerado na pesquisa foi o módulo Genérico DISABKIDS para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas, trata-se de um instrumento genérico utilizado para avaliar a QV em crianças/adolescentes com condições crônicas, para o processo de validação e adaptação cultural foram selecionados crianças e adolescentes brasileiros com idade entre 8 e 18 anos em atendimento ambulatorial com diagnóstico de asma ou diabetes. O terceiro instrumento encontrado foi o Pediatric Quality of Life InventoryTM versão 4.0 (PedsQLTM 4.0) - Brasil, o questionário foi desenvolvido

para mensurar a QV em crianças e adolescentes entre 5 e 18 anos e para os pais de crianças e adolescentes entre 2 e 18 anos com distúrbios de saúde crônicos; para o processo de validação e adaptação cultural foram selecionados 105 crianças e adolescentes com idades entre 2 e 18 anos com diagnóstico de doenças reumáticas. Os pais da respectiva amostra também foram incluídos, porém o questionário foi aplicado separadamente. O último instrumento encontrado foi a versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-52, o questionário possui natureza genérica, podendo ser utilizado tanto por crianças saudáveis quanto por aqueles que apresentam condições crônicas de saúde. É destinado à população que compreende a faixa etária entre 8 e 18 anos de idade. Provêm de um estudo que envolveu 13 países europeus cuja finalidade foi desenvolver um questionário para medir a QV de jovens de modo transcultural. CONCLUSÃO: Na presente revisão integrativa foram encontrados quatro estudos de validação envolvendo instrumentos de avaliação da QV em crianças diabéticas, destes apenas um é específico, os outros 3 são genéricos. O instrumento que apresentou ser mais abrangente em relação ao conteúdo abordado nos questionários foi o IQVJD (específico), no entanto o que apresentou maior abrangência de idade foi o PedsQL4.0 (genérico) e o que teve maior número de domínios avaliados foi o KISCREEN-52 (genérico). O presente estudo mostrou que os instrumentos genéricos viabilizam a prática tanto quanto o específico, pois de modo geral eles abrangem de forma expandida os domínios explorados em diversos âmbitos da saúde, por vezes mais eficazes que os instrumentos específicos que discutem de forma focal os aspectos específicos da doença. Vale ressaltar que embora o número de instrumentos encontrados na pesquisa seja pequeno, os mesmos necessitam de novas validações em populações com DM. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: A disponibilização sobre do conhecimento dos instrumentos avaliadores da qualidade de vida existentes para crianças e adolescentes possibilita maior divulgação desses questionários, para que os mesmos sirvam como ferramentas utilizadas pelos profissionais enfermeiros para a elaboração de um plano de cuidados individualizado ao paciente a fim de minimizar as complicações advindas da evolução da doença. REFERENCIAS: 1- Santos JR, Enumo SRF. Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença.Psicologia: Reflexão e Critica. 2003; 16(2): 411-25. 2- Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9. 3-Lima LAP, Weffort VRS, Borges MF. Avaliação da Qualidade de vida de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1. Cienc. Cuid. Saude 2011 Jan/Mar; 10(1): 127-133. 4-Soares AHR, Martins AJ, Lopes MCB, Britto JAA, Oliveira CQ, Moreira MCN. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7): 3197-3206, 2011. 5-Joana Brings Institute Reviewers' Manual: 2011 edition [Internet]. [cited 2013 Aug19]. Available from http://www.joannabriggs.edu.au/documents/sumari/Reviewers%20Manual-2011.pdf.

14600

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDREA CAROLINE DE SOUZA

DESOBSTRUÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS DE LONGA PERMANCENCIA COM SOLUÇÃO DE ÁCIDO ASCORBICO EM PEDIATRIA ? O QUE A LITERATURA NOS DIZ?

Souza, ACS; Araujo, JCSA; Teles, GDST; Alves, JA; Antonio, SA;

INTRODUÇÃO: Pode-se definir Cateter Venoso Central de longa permanência todo aquele dispositivo de terapia infusional que é implantado quando se necessita de um acesso venoso por tempo prolongado, geralmente superior a 30 dias ou definitivo. Podem ser agrupados em semi-implantado monolumen ou duplo lúmen ou totalmente implantado e são geralmente alocados em veias de médio e grosso calibre, tendo sua parte distal localizada preferencialmente nos terços médios e/ou inferiores das veias cavas superior ou inferior, dependendo do local da punção percutânea que foi realizada pelo cirurgião vascular. O manejo desse tipo de tecnologia vem, atualmente, fazendo parte da prática clínica diária do enfermeiro pediátrico, visto que tal dispositivo tende cada vez mais a se tornar corriqueiro em nossa clientela, dada as inúmeras vantagens que um acesso de longa permanência apresenta, como um acesso venoso seguro, de maior qualidade para infusão de diferentes drogas em suas peculiaridades de osmolaridade, possibilitando maior qualidade de vida e menos traumas , sejam estes físicos ou emocionais para a criança e sua família durante tratamentos longos. Diferentes trabalhos científicos [1],[2] apontam que uma das complicações mais usuais dessa terapêutica é a obstrução do dispositivo, que pode ser trombótica(quando o lúmen é ocluído por um trombo) ou não trombótica[2] (geralmente causada pela precipitação de drogas incompatíveis infundidas no cateter), podendo refletir diretamente na duração do tratamento, morbidade e mortalidade. A ocorrência de obstruções desses cateteres são por muitas vezes retrata a qualidade da assistência de Enfermagem prestada àquele cliente, já que o aprazamento de medicações prescritos, diluições e manutenção do cateter é feita pela equipe de Enfermagem. Diferentes técnicas são conhecidas para a desobstrução do CVC de longa permanência, dividindo-se em mecânicas como o uso de torneirinhas/threeways com seringas de diferentes calibres, procurando empregar pressão negativa dentro do lúmen atingido , outras farmacológicas algumas validadas como o uso de heparina e estreptoquinase, outras empíricas como o uso de solução de ácido ascórbico no volume de 2 ml, que embora seja relatado seu uso desde a década de 80 em Pediatria, conta com parcos relatos científicos demonstrando sua eficiência. A vitamina C , vitamina hidrossolúvel encontrada facilmente na natureza em alimentos , atuaria como agente inibidor de agregação plaquetária, neutralizando as plaquetas no trombo local[1]. Conta com poucas contra-indicações e é usada fisiologicamente em diversos processos do organismo. OBJETIVO: Descrever os achados na literatura sobre a segurança e a eficácia do uso do ácido ascórbico para a desobstrução de CVC de longa permanência na clientela pediátrica. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão de literatura de abordagem qualitativa, descritiva e de natureza descritiva. Ocorreu de junho de 2013 à setembro do mesmo ano. Consistiu na procura dos seguintes descritores: cateter venoso central, obstrução, ácido ascórbico nas bases de dados do Scielo, PUBMED, Medline, CINALH,BDENF e Banco de Teses da Universidade de São Paulo/USP. Os critérios de inclusão foram: estudos a partir de 2002 em Português, Inglês ou Espanhol, na integra. Já os critérios de exclusão foram os trabalhos anteriores à janeiro de 2002 que se encontravam incompletos nas bases de dados citadas anteriormente. RESULTADOS: Verificamos uma grande variedade de condutas quando do manuseio do cateter venoso central, confirmada por Sona et al(2013), que em uma pesquisa com 632 enfermeiras que atuam nos Estados Unidos percebeu diferentes formas de manutenção e desobstrução de CVC sendo as mais citadas a utilização de heparina e solução salina. No que se refere as propriedades de fibrinólise do ácido

ascórbico, notamos poucos estudos que ainda assim são divergentes em seus achados porém um estudo in vitro[1] sugere que a vitamina C atua majoritariamente inibindo a formação do trombo. Entretanto, Rabe et al(2002) com um estudo randomizado com 99 clientes em uma UTI Adulto encontrou que o ácido ascórbico não faz diferença na prevenção da oclusão de cateter (p:

14606

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDREA CORREIA BOTELHO

EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À MEDICAÇÃO NA CRIANÇA HOSPITALIZADA - REVISÃO DE LITERATURA

Botelho, ACB;

TRATA-SE DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA REALIZADA EM BASES DE DADOS ONLINE, COM O OBJETIVO DE IDENTIFICAR A PRODUÇÃO CIENTIFICA SOBRE OS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À MEDICAMENTOS NA CLIENTELA PEDIATRICA E DESCREVER AS PRINCIPAIS LACUNAS NESTA ÁREA. AS BASES DE DADOS UTILIZADAS FORAM PUBMED, LILACS E SCIELO E OS DESCRITORES UTILIZADOS FORAM ERROS DE MEDICAÇÃO, CRIANÇA HOSPITALIZADA E ENFERMAGEM PEDIÁTRICA. OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO FORAM ARTIGOS DISPONÍVEIS NA ÍNTEGRA E QUE TIVESSEM ADERÊNCIA COM O TEMA. A REVISÃO IDENTIFICOU 24 ARTIGOS DE PESQUISA. HOUVE PREDOMÍNIO DE PUBLICAÇÕES MÉDICAS SEGUIDAS DE ENFERMAGEM. DOS 24 ARTIGOS ENCONTRADOS, CATORZE OBJETIVARAM IDENTIFICAR E/OU ANALISAR OS PRINCIPAIS ERROS DE MEDICAÇÃO NOS CENÁRIOS DE ESTUDO. A LITERATURA DESCREVE QUE ESTE É O PRIMEIRO PASSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS QUE VISAM A MELHORIA DOS PROCESSOS ENVOLVENDO MEDICAMENTOS. FAZ-SE NECESSÁRIO QUE CADA INSTITUIÇÃO CONHEÇA SEUS PONTOS VULNERÁVEIS DENTRO DESTE COMPLEXO PROCESSO. OS ERROS DE PRESCRIÇÃO ESTAVAM PRESENTES EM SETE ARTIGOS. TODAS AS PUBLICAÇÕES RELACIONADAS A ESTA ETAPA REAFIRMARAM A IMPORTÂNCIA DA PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA NA DIMINUIÇÃO DOS ERROS RELACIONADOS À MEDICAÇÃO. TRÊS ARTIGOS DESCREVIAM OS PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS À ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. UM DESCREVIA OS PRINCIPAIS PROBLEMAS ENCONTRADOS NESTE PROCESSO COMO UM TODO ENQUANTO OS DOIS OUTROS DESCREVIAM PROBLEMAS RELACIONADOS À FÁRMACOS ESPECÍFICOS COMO A INSULINA E A VINCRISTINA. A ENFERMAGEM TÊM UM PAPEL DE DESTAQUE DENTRO DESTE PROCESSO POIS CONSISTE NA ÚLTIMA BARREIRA ENTRE O ERRO E O CLIENTE. ATRAVÉS DESTA BUSCA INICIAL PUDE IDENTIFICAR COMO LACUNA DENTRO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ESTUDOS QUE ABORDEM O IMPACTO DO DÉFICIT DE PESSOAL DE ENFERMAGEM E/OU A SOBRECARGA DE ATIVIDADES EM RELAÇÃO AOS ERROS DE MEDICAÇÃO. ENTRETANTO OS ESTUDOS AQUI RELATADOS TRAZEM CONTRIBUIÇÕES E REFLEXÕES PARA A NOSSA PRÁTICA E PARA O AUMENTO DA SEGURANÇA DA CLIENTELA PEDIÁTRICA.

14135

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDRESSA DA SILVEIRA

VIVÊNCIAS E REFLEXÕES JUNTO AOS FAMILIARES CUIDADORES DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM SAÚDE

Silveira, A; Neves, ET; Buboltz, FL; Zamberlan, KC; Pieszak, GM; Carvalho, JS;

Introdução: A assistência em enfermagem pediátrica teve avanços tecnológicos e terapêuticos consideráveis nos últimos anos. Obteve-se a redução da mortalidade infantil e o aumento da sobrevida de crianças clinicamente frágeis. Esse progresso tecnológico contribuiu na elevação dos índices de crianças com doenças crônicas/incapacitantes, dentre as quais muitas necessitam de algum tipo de tecnologia para sua sobrevivência1. As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), formam uma clientela emergente na enfermagem pediátrica em virtude da diversidade de cuidados requeridos por elas. Esse grupo possui cuidados singulares, que podem ser elencados como: cuidados de desenvolvimento, tecnológicos, medicamentosos e habituais modificados2. As CRIANES possuem ainda, vulnerabilidades social, programática e individual. Todos esses aspectos representam desafios não só para a equipe de saúde, mas também para o familiar cuidador que mantém os cuidados da CRIANES no domicílio3. O familiar cuidador toma para si, diversas responsabilidades, entre elas, a manutenção dos cuidados de vida diários da criança, fazendo desse cuidado uma ressignificação do viver4. Muitas vezes, ser o familiar cuidador, não é uma opção. Todavia é a única alternativa para que a criança possa receber os cuidados que necessita. Assim, o familiar cuidador, acaba renunciando sua vida pessoal, profissional, as redes sociais de convivência, em prol do cuidado domiciliar da criança1,4. Mesmo sem formação específica para o cuidado, o familiar tenta aprimorar suas habilidades pela observação, reproduzindo aquilo que apreendeu no âmbito hospitalar, ou até mesmo, por meio de uma visita domiciliar onde recebe orientações. Dessa forma, o cuidado vai sendo lapidado e construído por meio das estratégias, que o familiar encontra além de ferramentas motivadoras como a coragem e a necessidade de preservar a vida da CRIANES4. Aliado à problemática da complexidade do cuidado dessas crianças, os familiares cuidadores, em sua maioria representada por mulheres, ainda lidam com o caráter intenso, contínuo e permanente desses cuidados5. Frente ao exposto, este trabalho justifica-se pela necessidade de refletir sobre o cuidado desenvolvido pelos familiares cuidadores de CRIANES em âmbito domiciliar e as estratégias que as famílias utilizam para cuidar sem formação específica para isso. Objetivo: Refletir sobre o cuidado domiciliar desenvolvido pelos familiares cuidadores de CRIANES, que utilizam um hospital de ensino como serviço de referência. Metodologia: Trabalho do tipo reflexão, onde tomaram-se por base as vivências de seis anos de pesquisa em enfermagem pediátrica. Nesse período foram construídos dois trabalhos de conclusão de curso e duas dissertações de mestrado, especificamente voltados para os cuidados desempenhados pelos familiares cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde. O trabalho junto a esses familiares mostrou a dicotomia entre o cuidado domiciliar e o cuidado hospitalar, além das dificuldades de acesso e inserção social, os múltiplos cuidados requeridos pela CRIANES, os esforços familiares em prol de melhorias das condições de vida dessas crianças e as demandas de educação em saúde desses familiares. A partir desses achados, foi possível construir essa reflexão. Resultados: Os familiares cuidadores realizam cuidados de preservação de vida. Pode-se observar nesses seis anos de estudos, que cabe ao familiar o cuidado rotineiro, que vai desde a higiene corporal, até a oferta de alimentos por meio de sondas enterais, gástricas, gastrostomias. O familiar acaba realizando os cuidados em casa, mesmo sem formação específica, apoiado e encorajado somente pelas pessoas mais próximas do núcleo familiar. O que denota um cuidado pouco compartilhado e até mesmo solitário. Nesse prisma, tem-se o familiar muitas vezes

sobrecarregado por não conseguir dividir as atividades. Em sua maioria, o cuidado está vinculado à figura feminina como mães, avós, tias e madrinhas. A presença do pai tem crescido gradativamente, e tem revelado a importância do envolvimento do homem no cuidado, reduzindo a sobrecarga da mãe e beneficiando a CRIANES que passa a desenvolver laços ainda mais fortes com o núcleo familiar. Ressalta-se ainda a abnegação da vida pessoal. Os familiares cuidadores abrem mão de seus empregos, da vida social e muitas vezes pessoal (como o matrimônio). Essas questões estão vinculadas a falta de entendimento coletivo, de que a criança passa a ocupar maior parte do tempo da mãe ou do cuidador principal, justificado pela necessidade de cuidados contínuos diários. Outro ponto a ser refletido, é a invisibilidade social da CRIANES. A criança com necessidade especial não possui uma rede social ampla, ficando restrita a convivência do cerne familiar mais próximo. Além disso, na busca pelo atendimento a saúde, os familiares possuem dificuldades de acesso, a demora no atendimento, resultados de exames, e não encontram um sistema de referência e contrarreferência junto à comunidade. Tais fatores levam a busca imediata ao serviço hospitalar, a fim de que contemple as especificidades da CRIANES. Conclusão: Refletir sobre a temática revela que estudos e pesquisas sobre os cuidados desempenhados pelos familiares cuidadores no domicílio a CRIANES são imprescindíveis. Afinal, não existem taxas oficiais da existência dessa clientela, ficando limitados estudos de grandes centros de referência e pesquisa. A reflexão leva a um paradigma ainda mais complexo, como não cuidador abnegando a própria vida, se o familiar cuida de forma solitária. Como não realizar um cuidado de preservação, se a criança requer uma atenção contínua. E por último, a grande lacuna, e desafio, que é revelar que essas crianças existem, precisam estar presentes nas taxas oficiais, e inseridas na sociedade. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: Mais próximo do cuidado às famílias, o enfermeiro deve capacitar esses familiares cuidadores para que o cuidado seja construído em bases consolidadas. Para isso, deverá considerar os saberes prévios desses familiares que fazem do cuidado a CRIANES uma missão de vida. Descritores: Família; Enfermagem Pediátrica; Doença Crônica. Referências: 1 Neves ET, Silveira A da. Desafios para os cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da enfermagem. Rev enferm UFPE on line. 2013; 7(5):1458-62. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/69 2 Cabral IE, Silva JJ, Zillmann DO, Moraes JR, Rodrigues EC. A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevida. Rev Bras Enferm. 2004; 57(1):35-9. 3 Silveira A, Neves ET. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem. R enferm UFSM. 2011; 1(2):254-60. Disponível em: http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2526/1640 4 Silveira A, Neves ET. Crianças com necessidades especiais em saúde: cuidado familiar na preservação da vida. Cienc Cuid Saude. 2012; 11(1):074-80. 5 Neves ET, Cabral IE, Silveira A. Family network of children with special health needs: implications for Nursing. Rev. Latino-Am. 2013; 21(2):562-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0562.pdf

14134

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDRESSA DA SILVEIRA

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E INVISIBILIDADE SOCIAL DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

Silveira, A; Neves, ET; Buboltz, FL; Zamberlan, KC; Pieszak, GM; Carvalho, JS;

Introdução: As práticas de cuidado à criança modificaram-se com o passar dos anos, vinculado aos progressos científicos e tecnológicos, na década de 1990, que contribuíram para a elevação da sobrevida de crianças inviáveis clinicamente. Dessa forma, elevaram-se os índices de crianças com doenças crônicas e/ou incapacitantes, muitas delas dependentes de tecnologia1. As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) carecem de cuidados no domicílio para além daqueles ofertados às demais crianças. As necessidades de saúde dessas crianças demandam cuidados que, quando não são adequadamente realizados, interferem diretamente na sobrevivência da criança2. Além disso, os espaços disponibilizados a essas crianças nos serviços de saúde são primordiais para evitar problemas decorrentes da falta de atenção primária ou serviço especializado. As CRIANES constituem uma clientela emergente, representando um desafio para os profissionais de saúde. Tais necessidades podem requerer particularidades de cuidados, classificados como de desenvolvimento, tecnológicos, medicamentosos e habituais modificados3. Embora a legislação brasileira tenha avançado no campo do direito à saúde, ainda não existe o reconhecimento dos direitos das CRIANES, por meio de uma oferta regular, sistematizada, organizada, com sistema de referência e contrarreferência4. Além da família, o cuidado às CRIANES envolve a rede social da família. Definida como as relações que compreendem não apenas a família nuclear ou extensa, mas os vínculos interpessoais ampliados, como os amigos, os colegas e as relações que são estabelecidas na comunidade. As redes sociais influenciam na formação da identidade do indivíduo5. O paradigma da inclusão possibilita que todas as pessoas convivam coletivamente. Em se tratando das crianças, entende-se que, as interações das que possuem algum tipo de deficiência com as que não possuem, criam possibilidades diferenciadas onde uma ajudaria a outra no seu desenvolvimento1. O estudo justifica-se pela necessidade de conhecer o cotidiano dos familiares cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde e os espaços para a inclusão dessa criança na sociedade. Objetivo: Descrever o processo de cuidado desenvolvido no ambiente domiciliar por familiares cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde. Metodologia: Estudo com abordagem qualitativa, descritivo e exploratório, realizado no segundo semestre de 2011 em uma unidade de internação pediátrica de um hospital de ensino, referência da região central do estado do Rio Grande do Sul. Os sujeitos de pesquisa foram 10 familiares cuidadores de CRIANES. Foram incluídos na pesquisa familiares que já tivessem realizado cuidados domiciliares a criança, além dos familiares cuidadores em que a criança tivesse condições clínicas estáveis. A metodologia do estudo foi delineada por meio do Método Criativo e Sensível (MCS), mediante a dinâmica de criatividade e sensibilidade: Costurando Estórias. O objetivo dessa dinâmica é o entrelaçar das vivências e experiências individuais para o coletivo onde os familiares cuidadores manifestam-se e produzem um entrelaçar de linha por meio de suas enunciações. Para essa dinâmica os familiares responderam a seguinte questão geradora de debate: "De que forma você aprendeu a cuidar deste filho em casa?". O áudio das enunciações foi gravado, posteriormente transcrito na íntegra e analisado pela análise de discurso na corrente francesa. Empregaram-se recursos ortográficos e as ferramentas analíticas: metáfora, paráfrase e polissemia nas enunciações. Posteriormente identificaram-se os temas e subtemas que originaram as categorias analíticas do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, com o número de protocolo:

0318.0.243.000-10. Aos sujeitos de pesquisa foi apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, informando os objetivos do estudo, o caráter voluntário de suas participações, e que poderiam se retirar do estudo sem qualquer tipo de penalidade. Os sujeitos tiveram o anonimato assegurado, mediante a utilização de nomes fictícios. Resultados: Os familiares cuidadores compartilharam por meio das produções artísticas e de suas enunciações, a invisibilidade social da CRIANES, pela inexistência de políticas públicas específicas e pela exclusão social que esse grupo sofre. Os familiares elucidaram situações cotidianas em que se encontram solitários na prática do cuidado a criança, e que as redes sociais ficam restritas as pessoas mais próximas da família. A rede institucional da CRIANES é ampla, devido aos diversos profissionais que recorrerem, contudo, o atendimento efetivo só ocorre quando os familiares buscam atendimento hospitalar, não encontrando espaços na atenção básica. Existem dificuldades de incluir a criança na escola, nas brincadeiras e atividades cotidianas comuns a outras crianças. As enunciações dos familiares refletem a posição social desse grupo, e que diante de uma limitação total ou parcial, ou dependência tecnológica, muitas vezes as CRIANES passam a ser excluídas do grupo social, com convivência restrita aos familiares mais próximos. A invisibilidade da CRIANES também está presente no discurso dos familiares, quando estes relatam a dificuldade de diagnóstico e encaminhamentos para os serviços de saúde especializados. Conclusão: Os familiares cuidadores de CRIANES buscam de forma incessante a inclusão social da CRIANES. A rede social da CRIANES restringe-se aos familiares mais próximos, já a rede institucional é composta por diversos profissionais, contudo há escassez de serviços de referência e contrarreferência, deste modo o familiar busca atendimento hospitalar sempre que necessário. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: Salienta-se a necessidade da enfermagem ser sensível a invisibilidade social dessas crianças, incluindo os familiares de CRIANES no processo de cuidado, instrumentalizando-os para o cuidado domiciliar. Ressalta-se a importância da enfermagem orientar essas famílias sobre os serviços especializados que a CRIANES requer, trabalhando de forma inclusiva, a fim de que a CRIANES seja respeitada. Referências: 1. Silveira A, Neves ET. Vulnerabilidade das crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(4):172-180. 2. Rezende JM, Cabral IE. As condições de vida das Crianças com Necessidades Especiais de Saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde. R. pesq.: cuid. fundam. online. 2010; 2(Supl.):22-25. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/773/pdf_68 3. Neves ET, Andres B, Silveira A, Arrué AM. A rede social de cuidados de uma criança com necessidade especial de saúde. Rev. Eletr. Enf. 2013; 15(2):533-40. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17064. 4. Cabral IE, Perreault M, Leal RJ. Experiência Brasil-Canadá no cuidado social e na saúde da criança com necessidades especiais: aproximações e distanciamentos. Interfaces Brasil/Canadá. 2010; (11):95-119. 5. Sluzki CA. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

14326

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ÂNGELA MARIA NAIDON

PERFIL CLÍNICO DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Naidon, AM; Neves, ET; Arrué, AM; Pieszak, GM; Jantsch, LB; Schaefer, TIM;

Andrea Moreira Arrué1, Eliane Tatsch Neves2, Ângela Maria Naidon3, Greice Machado Pieszak4, Leonardo Bigolin Jantsch5, Tânia Inez Mariga Schaefer6. Introdução: Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança tem crescido em todo o mundo como resultado do aumento constante da sobrevivência infantil e do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos duradouros na constituição do ser humano1 .No que tange a saúde da criança menor de cinco anos, destaca-se a política de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)1 estratégia que visa à identificação de sinais de risco e qualificação do manejo de casos, principalmente aqueles evitáveis nas crianças menores de cinco anos de idade para reduzir o número de internações, das morbidades e até mesmo da mortalidade nessa faixa etária. O perfil da morbidade de crianças menores de cinco anos é considerado parâmetro básico para o estabelecimento das necessidades de saúde desse grupo da população. Alguns autores consideram as informações sobre taxas e causas de hospitalização importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida. Entre as principais morbidades em crianças menores de cinco anos, responsáveis por internação, no Rio Grande do Sul2, estão às doenças do aparelho respiratório com 42,15% das internações, às causas externas com 17,2%, e às doenças infecciosas e parasitárias, com 15,07%. Nesse sentido questionou-se qual o perfil clínico das crianças menores de cinco anos que procuram atendimento em um pronto socorro pediátrico. Assim, tem-se como objetivo descrever o perfil clínico das crianças menores de cinco anos atendidas em um serviço de pronto socorro pediátrico, no ano de 2010. Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo de caráter descritivo desenvolvido a partir do banco de dados do projeto multicêntrico: "Caracterização de crianças menores de cinco anos atendidas nos serviços de pronto atendimento infantil em dois municípios do sul do Brasil". Os sujeitos deste estudo foram crianças menores de cinco anos atendidas em um pronto socorro pediátrico de um hospital de ensino, no sul do Brasil, no ano de 2010. O projeto multicêntrico está em andamento, portanto apresentar-se-á uma análise preliminar dos dados. Até o momento foram digitados 83 instrumentos. A análise dos dados foi realizada no programa Epi-info® no mês de junho de 2012. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de ética da UFSM sob o nº 0378.1.243.000-10. Resultados: Apresentar-se-á as variáveis com relação ao perfil clínico da criança menor de cinco anos atendida no PS Ped, no ano, de 2010. Com relação à distribuição por idade constatou-se que, dos sujeitos analisados, no banco de dados 31% das crianças atendidas no PS pediátrico, eram menores de um ano, seguido das crianças entre 1 a 2 anos incompletos (28%). A faixa etária prevalente no estudo foi a de lactentes, segundo alguns estudos, esta clientela encontra-se mais predisposta a enfermidades, devido a particularidade da idade.3 A hipótese diagnóstica que mais acometeu as crianças foram as doenças do aparelho respiratório. Estudos destacam o acometimento do trato respiratório como principal responsável de morbidade em crianças e adolescentes2,5. Das 83 crianças, menores de cinco anos, atendidas no PS Ped, 52% eram do sexo masculino, confirmando o sexo masculino como aquele que mais se utiliza dos serviços de urgência e emergência pediátrica2,4-5. As hipóteses diagnósticas, do estudo, mais prevalentes foram as doenças do aparelho respiratório (56,6%) seguida das doenças gastrointestinais (18%) e doenças infecciosas e parasitárias (12%). Alguns estudos confirmam que o acometimento do trato respiratório é o principal responsável pela morbidade em crianças e adolescentes.2,5 Quanto a conduta médica, prescrição

medicamentosa (66,3%), a realização de Raio X (12%) e a solicitação de exames laboratoriais foram as condutas mais realizadas pela equipe médica, diante da demanda no pronto socorro durante o ano de 2010. A alta hospitalar esteve presente em 89,2% dos atendimentos realizados, destacando que pequena parcela dos atendimentos resultou em internação hospitalar. Conclusões: Conclui-se que a principal demanda de atendimento das crianças menores de cinco anos, em pronto socorro pediátrico, são os lactentes menores de um ano e as doenças do aparelho respiratório são as principais causas de acometimento nessa faixa etária. A partir desses achados recomenda-se a realização de medidas de prevenção e promoção da saúde da criança, em especial ao lactente e a ocorrência de afecções respiratórias. Embora as ações assistenciais à criança tenham ao longo dos anos, buscado uma mudança enfocando a atenção integral, ainda está distante de ser uma realidade nacional, devido à fragilidade e fragmentação das ações oferecidas pelos profissionais da rede de serviços. A realidade vivenciada nos serviços de saúde aponta que um grande número de crianças menores de cinco anos continua adoecendo e necessitando de internação hospitalar por doenças que são evitáveis. Contribuições/ Implicações para a Enfermagem: Embora possa parecer óbvio, a atenção dispensada pelos serviços de saúde destinados à atenção primária poderia ser mais efetiva, a partir da intervenção sobre os fatores de risco sabidamente relacionados com o processo de acometimento das doenças respiratórias. Sabendo-se que as causas majoritárias de hospitalização estão no agrupamento de doenças respiratórias, o enfermeiro que atua na atenção básica precisa direcionar suas ações preventivas as crianças menores de cinco anos no sentido de minimizar esse problema. Quando a hospitalização ocorre, a enfermagem deve atuar no sentido de auxiliar na recuperação da criança o mais breve possível e prepará-la para o retorno a atenção básica para a continuidade dos cuidados após o período de hospitalização almejando a redução das recidivas, constituindo-se em importante determinante para garantir um crescimento saudável das crianças abaixo de cinco anos. Essa medida pode se tornar efetiva com a contrarreferência do enfermeiro do hospital para aquele da unidade de atenção básica, colocando para funcionar uma rede de cuidados a criança que previna novos adoecimentos. Assim, cabe ao enfermeiro participar ativamente de atividades educativas, de assistência e de pesquisa, que contribuam para a adoção de promoção e prevenção da saúde. Descitores: Saúde da criança, enfermagem pediátrica , serviços de saúde. Eixo temático II: Cuidado à Saúde da Criança REFERÊNCIAS 1. Brasil. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1/2 ed. rev., 1.ª reimpressão - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 2. Caldeira T, Santos G, Pontes E, Dourado R, Rodrigues L. O dia-dia de uma Urgência Pediátrica. Acta Pediátrica Portuguesa. 2006; v. 1, n. 37, p. 1-4. Disponível em:. Acesso em: 26 jun. 2013. 3. Moura BLA, Cunha RC da, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev Bras Saúde Mater Infant 2010; 10 (Suppl 1): S69-S81. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/07.pdf 4. Riceetto AGL, Zambon MP, Marmo DB, Brandão MB, Queiroz RA, Reis MC, et al. Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário. Rev Paul Pediatr. 2007; v. 25, n. 2, p.156-60. Disponível em: . Acesso em: 26 jun. 2013. 5. Salgado RMP, Aguero FCM. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. Pediatria (São Paulo). 2010; v. 32, n. 2, p.90-7. Disponível em: . Acesso em: 26 jun. 2013.

14322

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANGELINE DO NASCIMENTO PARENTE

BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO: NA ÓTICA DAS GRÁVIDAS NO PRÉ-NATAL

Parente, AN; Parente, AT; Gaspar, LS; Lima, MLF; Gomes, FSR; Sousa, BRS;

Introdução: Amamentar caracteriza-se como uma maneira de nutrir a criança, apresentando diversos benefícios para o binômio mãe-filho. Para que a mãe realize o Aleitamento Materno (AM) de modo correto e eficiente é fundamental que ela receba orientações sobre a prática ainda durante o Pré-natal. O profissional deve ensinar as técnicas corretas de amamentação, explicar a importância e os benefícios para o binômio, a fim de estimular a gestante a realizar o AM, além de envolver neste processo a família da gestante, em vista de que para ocorrer o AM é necessário que a mãe receba apoio e deve-se considerar que a amamentação envolve questões sociais, políticas e culturais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a realização do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) durante seis meses e complementado até os dois anos ou mais. É necessário frisar que não há vantagens em nutrir o bebê com alimentos complementares antes de completar seis meses. Dentre os benefícios da amamentação para a mãe, destacam-se a rápida involução uterina, prevenção de hemorragia pós-parto, diminui o risco de câncer de mama e ovário, permite a recuperação do peso pré-gestacional; amenorréia lactacional (agindo como uma espécie de anticoncepcional), evita artrite reumatóide e fraturas por osteoporose, apresenta vantagens econômicas, além de promover o aumento do vínculo afetivo entre mãe e filho. Quanto aos benefícios para o bebê sabe-se que o leite materno apresenta os nutrientes necessários para uma alimentação adequada e saudável, proporciona melhor digestão, como consequência aumenta o número de evacuações, protege contra infecções e alergias, previne doenças crônicas como obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes e arteriosclerose, favorece o desenvolvimento da estrutura facial e suas funções: alinhamento dos dentes, fala, mastigação e respiração. Diminui o índice de doenças, internação e mortalidade na infância, fortalece a relação mãe-filho e melhora o desempenho escolar. Novos estudos apontam ainda que amamentar reduz o risco de Alzheimer para a mulher e na criança reduz risco de hiperatividade infantil. Há muitas pesquisas sobre a importância do pré-natal e das ações educativas realizadas durante o pré-natal que demonstram a insatisfação de gestantes em relação às orientações sobre o parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Diante disso, esta pesquisa caracteriza-se como de grande relevância por expor os benefícios do AM para o binômio mãe-filho relatados por gestantes, deste modo, verificando não só o conhecimento destas sobre o tema, mas também demonstra a eficiência do pré-natal que estas receberam, em vista de que é durante o pré-natal que devem ser realizadas orientações e ações educativas tanto individuais quanto coletivas a respeito do AM e que o incentivo ao AM é fundamental para que a mãe decida realizar o aleitamento, trazendo diversos benefícios para a mãe e o bebê e, principalmente, diminuindo a mortalidade durante a infância. O AM permitiu a redução da mortalidade infantil, que na década de 90 levava 50 de cada mil nascidos até um ano de idade, hoje reduziu à metade, devido o combate a diarréias, pneumonias e subnutrição por meio do aleitamento materno que está ao alcance de todas as mães. Atualmente, Belém caracteriza-se como uma das capitais referências em amamentação, em 1999 foi realizado um estudo pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras e no Distrito Federal sobre a prevalência de aleitamento materno, e em Belém foi registrado que 20% das mulheres amamentam seus filhos no peito, e em pesquisa mais recente realizada pela Universidade Estadual do Pará (UEPA), em 2006, demonstrou que houve um aumento para 50% de mulheres que amamentam em Belém. Objetivo: Levantar, junto às gestantes acompanhadas no pré-natal, como elas compreendem a prática de amamentação (benefícios para o binômio mãe e filho). Metodologia: O estudo

baseou-se em uma pesquisa de campo acadêmica, de enfoque qualitativo e quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, transversal, cujos dados foram obtidos através da aplicação de roteiro de entrevista semi-estruturada composto de variáveis individuais e perguntas relacionadas ao tema. A pesquisa foi feita com dezoito gestantes, com idade de 18 a 40 anos, que haviam realizado no mínimo duas consultas de enfermagem. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na cidade de Ananindeua, após aprovação do CEP UNAMA, com gestantes que estão em acompanhamento no programa Pré- Natal e puerpério da UBS em questão. Foram entrevistadas dezoito gestantes de fevereiro a maio de 2012. Resultados: Durante a realização da pesquisa, ao serem questionadas sobre "o que você sabe sobre os benefícios da amamentação para a mãe e bebê?", em relação aos benefícios para o bebê, observou-se que 50% das mães referiram como benefício o aumento da proteção contra doenças, 38,89% associou ao crescimento e desenvolvimento saudável, 33,33% a nutrição saudável, 11,9% informou que o Leite Humano (LH) é benéfico para a saúde da criança e 16,67% desconheciam os benefícios para o bebê. Quanto aos benefícios para a mãe, 16,67% associou a benefícios físicos como a perda de peso, enquanto 5,56% associou a um benefício físico e psicológico, a sensação de alívio das mamas ao amamentar, 11,9% relatou benefícios financeiros como a diminuição de gastos, 5,56% referiu o aumento da relação afetiva entre mãe e filho e 61,9% declararam desconhecer os benefícios para a mãe. Conclusão: De acordo com as informações expostas, compreende-se que a amamentação apresenta, de fato, diversos benefícios para o binômio mãe-filho, sendo fundamental para a nutrição saudável, crescimento e desenvolvimento seguro e saudável da criança, para a mãe ajuda a obter o peso pré-gestacional, evita cânceres de mama e ovário e fortalece os laços afetivos entre mãe e filho. Observou-se durante a pesquisa que muitas mães conhecem os benefícios da amamentação para os bebês, mas a maioria desconhece os benefícios maternos, deste modo, é necessário aprimorar a maneira como se realiza o pré-natal nas unidades de saúde, informando não só os benefícios para o bebê, mas também os benefícios maternos, o que também se caracteriza como mais um incentivo ao AM. Contribuições para a Enfermagem: É necessário que durante o atendimento no Pré-natal os profissionais de saúde e em especial o enfermeiro, o qual neste contexto tem como papel fundamental ultrapassar as barreiras políticas e sócio-culturais que impedem a realização do AM, realize orientações e atividades educativas durante o pré-natal a fim de estimular o AM e fornecer informações a respeito dos benefícios maternos e para o bebê alcançados com a amamentação, assim prestando cuidados efetivos à mulher no Pré-natal e consequentemente contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil. Descritores: Aleitamento Materno; Cuidado Pré-natal; Conhecimento. Referências Aleitamento.com. O 1º site mundial de AM em português [homepage]. Rio de Janeiro, RJ: FW2 Agência Digital; c2008 [acessado em 15 out. 2011]. [1 tela]. Disponível em: . Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil/Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. Jornal de Pediatria. 2004 nov., 80(5): 142-146. Rios CRF, Vieira NFC. Ações Educativas no Pré-Natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2007 mar/abr.; 12(2): 477-86. Secretaria Estadual de Saúde do Pará. Manual de Aleitamento Materno. Belém: SESPA; 2009

14031

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANNA LUISA FINKLER

ANÁLISE DA ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO PARANÁ

Finkler, AL; Viera, CS; Obregón, PL; Toso, BRGO;

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária a Saúde - APS surge como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população com o entendimento de saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la e consolidá-la. A adequada organização dos serviços de APS contribui na melhora da atenção impactando positivamente na saúde da população e na eficiência do sistema em até 80%(1). O que demonstra tal interesse na proposta de APS é a criação de estratégias reorganizativas que aproximem a população dos serviços de saúde e estabeleça laços de proximidade, conhecimento e resolução dos problemas de saúde como um todo, por meio de ações de prevenção e promoção da saúde oferecendo serviços próximos de onde as pessoas vivem e trabalham. Para esse fim, os serviços na APS são ofertados em locais denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS´s) e Unidades Saúde da Família (USF´s) existentes nos municípios de todo país em quantidades que variam de município para município. O município deve garantir que a rede de atenção básica disponha de instalações adequadas e de profissionais qualificados. Deve, também, garantir recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e sua devida aplicação, visando assegurar acessibilidade e o acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias da área adstrita(2). É importante que a concepção arquitetônica das UBS esteja de acordo com os valores da comunidade, que o acesso a essa unidade seja facilitado e que sua identificação seja clara e seja referência para os usuários(2). Uma unidade de saúde equipada e estruturada em seus recursos básicos permite a realização de práticas de saúde eficientes que atendam as variadas demandas de saúde no aspecto da prevenção, cura e reabilitação dos indivíduos. Desse modo, fez-se necessário um levantamento acerca da estrutura física das UBS de um município do oeste do Estado do Paraná para conhecer esta realidade e saber de sua influência no processo de trabalho das equipes de saúde. OBJETIVO: Analisar a estrutura das unidades básicas de saúde (USF e UBS) da área urbana comparativamente às diretrizes existentes para a área física de unidades de saúde (RDC 50) na atenção primária em saúde. METODOLOGIA: Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, realizado em 24 unidades de atenção primária à saúde do município de Cascavel, PR. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2012 a fevereiro de 2013. As informações foram obtidas por meio de observação direta da estrutura das unidades de saúde e entrevistas com coordenadores destas unidades. Para tanto, foi utilizado um instrumento contendo componentes da infraestrutura e serviços das unidades de saúde conforme as exigências da normativa para edificações de unidades de saúde - Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 50, a qual apresenta o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde(3). As variáveis avaliadas foram: estrutura física das UBS, estrutura física das UBS para pessoas com deficiência e serviços prestados às crianças pelos profissionais de saúde das UBS. Os dados coletados foram sistematizados e inseridos em planilhas de dados no Programa Excel, versão 2010. As informações coletadas da infraestrutura foram processadas e organizadas, os resultados obtidos dispostos em tabelas e discutidos quantitativamente de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde descritos no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. RESULTADOS: Na atenção básica à saúde do município de Cascavel, PR, à época da coleta de dados, possuía-se uma rede de serviços incluindo 24 unidades básicas de saúde, sendo duas equipes de saúde da família na área urbana. Quanto aos componentes estruturais existentes nestas unidades de

saúde, no município investigado, dos 26 itens elencados na norma regulamentadora como os ambientes necessários para o adequado funcionamento de uma unidade de saúde, apenas sete (27%) deles estão edificados em todas as unidades de saúde, sendo: recepção, consultório médico, consultório ginecológico, copa, farmácia, sala de vacina e sanitários para usuários. Uma única UBS apresentou todos os componentes elencados na normativa. As salas de esterilização e de observação configuram-se como os componentes menos presentes nas 24 unidades pesquisadas, sendo que a sala de esterilização não está presente em 16 (67%) unidades e a de observação em 17 (71%) unidades. A ausência de salas de esterilização encontra eco no conceito de economia de escala(4), em que se centralizam as ações com custo elevado para economia de recursos. Contudo, a implantação de redes de atenção em saúde, especificamente a rede de urgência e emergência estabelece que qualquer ponto de atenção em saúde, inclusive as unidades básicas de saúde são locais para prestar o primeiro atendimento ao cidadão em risco de vida(4), o que coloca a necessidade imediata de locais para observação desses indivíduos, contrariamente ao encontrado nas unidades. As unidades de saúde apresentaram somente os componentes mínimos estruturais de assistência à saúde da população, como consultórios médicos, sala de vacinas e farmácia. Para atender ao portador de necessidades especiais, foi evidenciado que as unidades de saúde do município do estudo não estão regulares conforme a normativa destas edificações, faltando, em muitas delas, diversos componentes, principalmente o piso antiderrapante (83%), corrimão (62%), sanitários adaptados (47,8%) e largura das portas (50%). Quanto aos serviços prestados às crianças pelos profissionais de saúde das UBS, as ações realizadas de forma mais frequente em todas as unidades de saúde, contemplaram as consultas médicas (100%), consultas de enfermagem para puericultura (91,6%), acompanhamento nutricional (70,8%), coleta para exame do pezinho (95,8%), acompanhamento domiciliar de crianças com doenças crônicas (100%), vacinação específica para a faixa etária (100%), nebulização (95,8%) e visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (100%). CONCLUSÃO: Os resultados do estudo apontam que há necessidade de planejamento de melhorias dos serviços prestados à população com maior investimento em estrutura física. A disponibilidade de ambientes adequadamente estruturados para a realização das mais diversas atividades pelos profissionais de saúde junto à população não é a regra nas unidades de saúde do município do estudo. Há necessidade de melhorias e maior investimento pelo gestor municipal para a reforma de estrutura física das unidades de saúde, de forma a contribuir com ambientes que motivem os profissionais a prestar atendimento adequado à população. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A disposição de melhores condições de trabalho investido em melhorias na infraestrutura e nos serviços das unidades de saúde da APS pode influenciar no processo de trabalho dos profissionais de saúde, entre eles a enfermagem, para o alcance de cuidados de saúde de qualidade que contemplem as necessidades de saúde dos usuários nas dimensões bio-psico-sociais. REFERÊNCIAS: 1) Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. 2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2008. 3) ANVISA. Agência Nacional de vigilância Sanitária. RDC nº 50, de 21/02/2002. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2002. 4) Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS;2011. Palavras Chave: Atenção primária, Infraestrutura sanitária, Enfermagem. Eixo: Saúde da Criança

14030

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANNA LUISA FINKLER

O PROCESSO DE TRABALHO NO CUIDADO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Finkler, AL; Toso, BRGO;

INTRODUÇÃO: O trabalho exercido no setor saúde tem como objeto de trabalho o cuidado e como finalidade deste trabalho a resolução das necessidades de saúde. Dentre a complexidade deste setor, destaca-se a atenção especial requerida junto à infância. As ações propostas pelos programas e políticas públicas de saúde da criança voltam-se para o desenvolvimento e proteção da infância, destacando a assistência ao recém-nascido, a promoção do aleitamento materno, o seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança, as imunizações, e também a prevenção e o controle das doenças diarreicas e respiratórias agudas(1). Para a concretização de tais ações, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi designada como ferramenta essencial, pois é nesse âmbito de atenção que devem ser assegurados os cuidados preventivos para a promoção de boas condições de saúde na infância, bem como os cuidados de promoção, prevenção e terapêutica, com o envolvimento dos profissionais da saúde, da família, da comunidade e de outros setores sociais(2). Levando em consideração a importância dada à atenção à saúde da criança e a forma como o trabalho em saúde se estrutura na APS, faz-se o seguinte questionamento: o que as produções científicas existentes nos periódicos nacionais têm abordado a respeito do processo de trabalho em saúde na assistência à saúde da criança na APS? OBJETIVO: Identificar na literatura nacional e apresentar o conhecimento científico produzido no que se refere ao processo de trabalho da equipe de saúde na assistência à saúde da criança na atenção primária em saúde. METODOLOGIA: Trata-se de revisão integrativa desenvolvida seguindo seis fases(3): a) identificação do tema: processo de trabalho na saúde da criança na APS; b) questão de pesquisa: o que as produções científicas existentes nos periódicos nacionais têm abordado a respeito do processo de trabalho em saúde na assistência à saúde da criança na APS? c) estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão: artigos publicados em português; artigos que abordassem a temática de atenção primária a saúde das crianças, relacionados com o processo de trabalho; artigos que possuíssem resumo e texto completo disponível e artigos publicados entre julho de 2006 a abril de 2013; d) definição das informações a serem extraídas: elaborada matriz de coleta de dados, contendo os itens referência da publicação, objetivo do estudo, metodologia, resultados e conclusão, objeto de trabalho, finalidade do trabalho, produto obtido; e) avaliação das publicações incluídas na revisão, por meio de análise temática; f) discussão e apresentação dos resultados. De um total de 225 artigos obtidos na primeira busca, após a leitura e aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, obteve-se uma amostra final de 12 artigos, a partir dos quais se elaborou a síntese dos resultados. RESULTADOS: Na análise das publicações selecionadas identificaram-se os elementos do processo de trabalho, a saber: objeto de trabalho, instrumentos de trabalho e finalidade do trabalho, descritos a seguir. Objeto de trabalho em saúde: quatro estudos mencionaram que a assistência à saúde da criança na APS estava pautada no modelo de assistência individual, curativo e biológico, que aborda as inúmeras e complexas necessidades humanas e de cuidado de forma biologicista, centrado na doença e no corpo físico e biológico, ao invés de considerar como objeto de trabalho em saúde o cuidado humano que tem como ideal a consideração do indivíduo como um ser social e atuante. Instrumentos de trabalho: dois estudos mencionaram uma assistência de saúde às crianças na APS configurada como uma prática de saúde centrada em procedimentos, rotinas pré-estabelecidas, em que o trabalho vivo é substituído pelo trabalho morto, devido à importância institucional expressa nos protocolos e rotinas do serviço

compactadas. Outras publicações retrataram as deficiências das estruturas físicas e dos recursos humanos das unidades. A articulação das ações entre a atenção básica, média e alta complexidade é informal e descontínua, tendo pouca eficácia e levando à insegurança da população e dos profissionais. A comunicação foi evidenciada como dificuldade enfrentada durante o ato de cuidado à criança. Finalidade do trabalho: estudos apontaram para a existência de trocas de saberes, experiências e habilidades desenvolvidas pelos profissionais das equipes em que apontam estratégias para as mudanças necessárias, sendo capazes de promover melhorias das ações e das práticas oferecidas ao grupo de crianças. Busca-se construir uma prática emancipatória, colaborando, com o processo de autonomia e responsabilidade dos indivíduos com a sua saúde, mediante uma relação horizontalizada, valorizando o diálogo e a capacitação dos indivíduos sobre o seu processo saúde-doença, permitindo-lhes influir em decisões que afetem a vida de suas crianças, de sua família e da coletividade. CONSIDERAÇÕES: A revisão integrativa realizada possibilitou apreender que o processo de trabalho em saúde na assistência à saúde da criança na APS, pauta-se em ações curativas e individualizadas. As unidades possuem estrutura deficiente, com falta de recursos materiais e de pessoal capacitado, o que leva a dificuldade na prestação de um cuidado humanizado e resolutivo. No entanto, quanto à finalidade do trabalho, os estudos demonstraram que a equipe possui uma noção de prestação de cuidado em saúde ideal, que prevaleçam ações em coletividade, envolvendo a intersetorialidade, integralidade e humanização, porém, é possível que sem estrutura e condições de trabalho, como visto nos estudos, a prestação desse cuidado fique prejudicada. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Faz-se necessário que os profissionais da saúde repensem suas práticas e atuem em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo a integralidade por meio das ferramentas existentes na APS, como o acolhimento e a proposta de assistência por meio das redes de atenção à saúde. O cuidado prestado à criança deve estar focado nas necessidades de saúde, em um espaço de interação entre trabalhadores e na díade criança-família, que permita a escuta e o estabelecimento de vínculo e responsabilização, em uma rede de serviços planejada, organizada e estruturada que lhes assistam de maneira integral e resolutiva nos aspectos sociais, biológicos, culturais e psicológicos. REFERÊNCIAIS: 1) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 2) Melo DF, Tonete, VLP, Silva, MA. Atenção básica à saúde da criança. In: Fujimore E, Ohara, CVC (orgs.). Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. 3) Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64. PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Criança, Trabalho. Eixo: Saúde da Criança

13938

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANTÔNIA DA CONCEIÇÃO CYLINDRO MACHADO

CONHECENDO A OBESIDADE INFANTIL EM UMA MICRO ÁREA DO MUNICÍPIO DO RJ: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

Machado, ACC; Quintela, APEF; Almeida, LSD;

Estudo aborda sobre a obesidade na infância, fato que vem sendo considerado atualmente como uma epidemia mundial. Traz como objetivo, identificar os principais fatores que contribuem para obesidade em crianças de 4 a 10 anos atendidas em uma unidade da Clínica da Família do Município do RJ. Trata-se de um estudo quantiqualitativo, desenvolvido entre fevereiro e novembro de 2012 a partir da aferição das medidas antropométricas e da investigação da relação entre o consumo de alimentos e os itens que favorecem o risco de desequilíbrio nutricional. A pesquisa revelou que a maioria das crianças encontrava-se eutróficas, porém foi possível identificar diversos fatores que contribuem como fator de risco para a o sobrepeso e a obesidade como: baixa escolaridade materna, erros alimentares, onde encontramos o relato do consumo de alimentos rico em açucares e gordura; hábitos como comer assistindo televisão e a falta de atividades de lazer e física. O estudo deixa como contribuição para a equipe de saúde da família dados que reforçam a necessidade de atuar nesta micro área, e remetem a importância da equipe de enfermagem em estar imbuída na promoção de uma vida saudável junto às crianças e seus familiares, através de ações individuais e coletivas, tanto no seu espaço de atuação como também nas escolas. Descritores: CRIANÇA, ENFERMAGEM, OBESIDADE. Referências Bibliográficas ALMEIDA, Sebastião de Sousa; NASCIMENTO, Paula Carolina BD; QUAIOTI, Tereza Cristina Bolzan. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. Rev. Saúde Pública 2002; 36(3): 353-5. BOUCHARD, Claude. Atividade Física e Obesidade. Manole, São Paulo, 2003. BRASIL, Anne Lise Dias; LOPEZ, Fabio Ancona. Nutrição e dietética em clínica pediátrica. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. CGAN - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde - OMS. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms. Acessado em: 15/09/2012.

14517

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ARLENE GONCALVES DOS SANTOS

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM FIBROSE CÍSTICA: UMA REFLEXÃO

Santos, AG; Issi, HB; Motta, GCP; Ardenghi, V;

Introdução: Fibrose Cística é uma doença hereditária autossômica recessiva que caracteriza-se por defeito no transporte de eletrólitos através de membranas celulares epiteliais, resultando em secreções mucosas espessas e viscosas, causando obstruções a nível de ductos e canalículos das glândulas. Os aparelhos respiratório e digestório são os mais atingidos1. A sobrevida desses pacientes tem aumentado progressivamente com o trabalho de um a equipe multidisciplinar, nos centros de referência, o portador de fibrose cística recebe acompanhamento multidisciplinar1. O enfermeiro como integrante desta equipe, pode realizar os atendimentos através da consulta de enfermagem. A consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, utiliza o método científico para identificar situações de saúde/doença, planejar ações de educação em saúde e implementá-las a fim de estimular a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade 2. Para isso, é preciso que o profissional esteja "equipado" com referenciais teóricos que embasem sua prática. Pensar em modelos de educação em saúde convoca a refletir e repensar as próprias práticas em saúde e os conceitos tidos como verdadeiros: aqueles baseados no modelo preventivo ou no modelo radical. O modelo preventivo, ou educação em saúde tradicional, baseia-se na biomedicina e objetiva prevenir doenças, quando as principais causas são atribuídas ao estilo de vida individual. Parte do pressuposto que os profissionais da saúde detêm o conhecimento para determinar o que é estilo de vida saudável e a escolha do mesmo pode ser alcançada pelo indivíduo, bastando a sua vontade. O modelo radical, ao invés de trabalhar com os indivíduos como responsáveis individualizados por sua saúde, busca alcançar seus objetivos trabalhando com a troca de ideias, promovendo a consciência crítica entre os sujeitos 3.Objetivo: Refletir sobre a experiência das consultas de enfermagem no ambulatório de um hospital universitário de Porto Alegre, atendendo pacientes pediátricos portadores de fibrose cística e suas famílias, com base nas noções teórico-filosóficas da aprendizagem significativa do modelo radical de educação para a saúde. Metodologia: Trata-se de uma reflexão teórico - filosófica, utilizando referenciais da abordagem da educação para a saúde do modelo radical, na perspectiva da aprendizagem significativa, relacionando às práticas em saúde do enfermeiro no desenvolvimento de Consultas de Enfermagem ao paciente pediátrico que convive com Fibrose Cística e sua família. Resultados: A educação em saúde necessita superar o conceito biomédico de saúde e abranger objetivos mais amplos, pois a saúde não deve ser vista somente como ausência de doença. A proposta não é apenas prevenir doenças, mas preparar e capacitar a população a controlar seus níveis de saúde, reforçando ações comunitárias e a participação da sociedade, ultrapassando a barreira puramente curativista(3,4). Os profissionais da saúde, formados no contexto do paradigma biomédico, "promovem" a saúde a partir de ações verticalizadas, com pouco ou nenhum espaço para a escuta. O enfermeiro, em seu contato com o paciente, pode priorizar a escuta em um ambiente reflexivo, ao contrário de práticas realizadas no "piloto automático", com prescrições e verdades fora do contexto do paciente ou imposta. A adesão ao tratamento na doença crônica está vinculada a ações de profissionais que conseguem transpor o trabalho automatizado e repetitivo, enxergando o paciente com suas especificidades. Ouvi-lo e comunicar-se de forma eficaz determinam a eficácia da adesão ao tratamento. Profissionais podem aderir ao paciente antes mesmo que este consiga aderir a sua terapêutica. A experiência aponta para a prática de uma escuta atenta do enfermeiro que quer aprender sobre o paciente para aderir a este e,

a partir disto, construir combinações compartilhadas de uma rotina terapêutica personalizada. Além disto, esta terapêutica necessita fazer sentido ao paciente, o que é possível por meio da utilização de uma abordagem educativa que promova aprendizagem significativa resultando num processo de compreensão. A aprendizagem significativa, aqui entendida como aquela que faz sentido para a pessoa, é uma forma de promover a adesão dos pacientes à terapêutica. Existe diferença entre persuasão e aprendizagem significativa. A cultura do individualismo tem influenciado na escolha da persuasão como principal estratégia do modelo de educação em saúde tradicional, em que, ao "assustar" o indivíduo relacionando seu comportamento incorreto com as doenças, os profissionais esperam persuadi-lo a mudar atitudes3. Já na aprendizagem significativa, há compreensão da necessidade de tratamento, sendo algo não imposto e relacionado aos conhecimentos prévios da pessoa, dando significado real ao conhecimento adquirido. O ensino da saúde, além de levar em conta os aspectos biológicos e individuais, inclui o acesso à escola, à informação, ao lazer, à oportunidade de convívio e relacionamento interpessoal, e o direito à realização pessoal e ao sonho, considerando o indivíduo na totalidade. As consultas de enfermagem partem do pressuposto de que o indivíduo tem um conhecimento prévio que deve ser valorizado para, então, construir novos conhecimentos.Conclusão:A rotina do paciente crônico é trabalhosa e, portanto, difícil. Como auxiliar a família assumir todos estes cuidados diários sem a adesão do profissional a esta família? Acredita-se que aderir ao paciente é ter uma visão personalizada do momento de vida deste e prestar-lhe uma assistência integral. Ser verdadeiro, trazendo dados reais na consulta, sem abordar uma "terapêutica do terror", é importante, mas ao mesmo tempo desafiador. Tarefa difícil, mas o estímulo à crítica pessoal do profissional pode trazer crescimento e amadurecimento quanto a qualidade da assistência prestada. Estas premissas suscitam reflexões acerca do paradigma que tem regido os cursos de graduação em enfermagem: promovem o desenvolvimento de uma autocrítica profissional, ou trazem uma base teórica voltada ao modelo biomédico, curativista e verticalizado? A experiência de praticar abordagens educativas com enfoque na promoção de aprendizagem significativa possibilita compreender que o enfermeiro comprometido constrói uma relação de confiança que pode contribuir para a adesão ao tratamento. Pensa-se, antes de tudo, que o foco é o sujeito e sua família e não a terapêutica necessária para melhora ou manutenção do estado de saúde da criança. Desta forma, a adesão à terapêutica resulta de uma união entre a crença na terapia, a motivação pessoal, o vínculo com a equipe e as condições básicas materiais necessárias.Contribuições: O enfermeiro quando promove uma busca sensível ao encontro das reais necessidades da criança, presta-lhe um cui¬dado que a valoriza em sua totalidade e, principalmente, em seu modo particular de ser e estar no mundo. Ao perceber que a criança portadora de doença crônica é um ser numa sociedade que rotula os iguais como normais, inclusive na comunidade escolar, o enfermeiro compreende que precisa abordar essas questões na consulta de enfermagem, auxiliando-a no enfrentamento. Utilizar referenciais teóricos da educação para a saúde do modelo radical pode constituir-se em recursos adicionais capazes de promover reflexões, corroborando para uma práxis qualificada na atenção à criança que convive com a Fibrose Cística e sua família. Referências1RIBEIRO, J.D.; RIBEIRO, M.A.G.O.; RIBEIRO, A.F. Controvérsias na fibrose cística - do pediatra ao especialista. Jornal de Pediatria; 78(Supl.2): S171-S186, 2002. 2 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN-159/1993, de 19 de abril de 1993: Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. 1993. 3OLIVEIRA, D.L.L.C. A ?nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13(3):424-31, mai/jun 2005. 4CASTIEL, L.D.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. Educação em Saúde: da ortopedia moral à epidemiologia da desinformação. In: CASTIEL, L.D.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R.Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.83-105.

14503

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ARLENE GONCALVES DOS SANTOS

PRINCIPAIS CAUSAS DE REMOÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Santos, AG; Silveira, RS; Witkowski, MC; Oliveira, JTP; Dall Agnol, CN; Sostizzo, LRZ;

Introdução: a fragilidade da condição venosa dos pacientes internados em ambiente hospitalar e com variados diagnósticos clínicos instiga os enfermeiros que trabalham nesta área a desenvolver cuidados específicos de inserção e manutenção de um acesso venoso seguro. O cateter central de inserção periférica (CCIP) é um dispositivo intravenoso com características de um cateter central, podendo ser utilizado para infusão de diversas drogas. Objetivos: descrever os principais motivos de remoção do CCIP em pacientes que fizeram uso do cateter em unidades de internação pediátrica. Metodologia: estudo descritivo, quantitativo. Amostra constituída por CCIP inseridos em pacientes internados em unidades pediátricas de um hospital universitário de Porto Alegre/RS, entre 2008 a 2013. Foi empregada estatística descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa. Projeto submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição responsável. Resultados: do total da amostra (n=290), 54,8% (n=159) das crianças eram do sexo masculino, com predomínio para diagnóstico relacionado ao sistema respiratório. Em 76,6% (n=222) dos casos houve remoção dos CCIP por término da terapia (51,8%), suspeita de infecção (9,5%), retirada acidental (8,1%) e quebra do cateter (6,8%), como principais causas. Demais CCIP (n=68; 23,5%) mantidos em uso. Conclusão: o conhecimento das causas de remoção do CCIP que sejam diferentes do "término da terapia" é de suma importância para compor estratégias de cuidados para maior utilização do mesmo. A opção de inserção e utilização do CCIP proporciona maior segurança ao paciente, aumenta a durabilidade do acesso, preserva a rede venosa e diminui risco de infecção. Além disto, ressaltam-se os benefícios ao paciente, possibilitando um conforto maior pela diminuição de tentativas de punção venosa, aliado ao fato de que estes pacientes possuem longo tempo de internação.

14521

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ARLENE GONCALVES DOS SANTOS

ESTIMULAÇÃO LÚDICA EM PEDIATRIA: CONTRIBUIÇÕES DO PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA ?CRESCENDO COM A GENTE?

Issi, HB; Santos, AG; ARDENGHI, VA; LOPES, RLA; STRADA, J; DALMOLIN, LG;

Introdução: é através da brincadeira que a criança constrói seu mundo de referências e desenvolve as ferramentas essenciais para vivenciar e superar os acontecimentos diários. O brincar é uma atividade fundamental para a criança. Durante a hospitalização, muitas vezes esta condição é prejudicada pelo ambiente e pelas patologias subjacentes. Sensações de dor, dificuldades e sofrimento são desencadeados quando a doença e a hospitalização surgem no viver da criança, marcando, muitas vezes, com pânico e pavor o cenário do comportamento infantil(1,2). Atividades de recreação no ambiente hospitalar constituem-se em recursos facilitadores importantes para ajudar a criança a elaborar possíveis ansiedade e desconforto decorrentes desta experiência numa situação de doença. Com base na crença da importância do amor e no espírito lúdico das crianças, tendo em vista que tão importante quanto os medicamentos, são indispensáveis o amor e a atenção com carinho, foi criado o Projeto de Extensão Universitária Crescendo com a Gente, em 1998. Tem como objetivo proporcionar situações de brincadeira e momentos de troca afetiva com as crianças hospitalizadas na Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), através da inserção de acadêmicos de enfermagem no mundo da hospitalização infantil. Objetivo: divulgar as ações de humanização e os efeitos benéficos dos momentos lúdicos realizados por acadêmicos e profissionais de enfermagem integrantes do Projeto de Extensão Crescendo com a Gente, desenvolvido com as crianças hospitalizadas nas unidades pediátricas de um hospital universitário da cidade de Porto Alegre. Metodologia: trata-se de um relato de experiência que discorre sobre as vivências oportunizadas pela realização de um projeto de extensão vinculado ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, junto a crianças em situação de hospitalização nas unidades de internação pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Resultados: o Projeto de Extensão "Crescendo com a Gente" desenvolve atividades recreativas que estimulam a manifestação lúdica das crianças hospitalizadas na internação pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em períodos do dia em que as salas de recreação não estão funcionando. A proposta inclui aulas teóricas e discussões pertinentes ao tema do lúdico em Pediatria que possibilitam o preparo dos acadêmicos de enfermagem integrantes da equipe executora do projeto para a entrada no ambiente hospitalar e a realização das atividades lúdicas propriamente ditas. As atividades são desenvolvidas de 2ª à 5ª feira, das 18h às 20 horas, nas unidades pediátricas do 10º andar, ala Norte (crianças até 4 anos de idade) e ala Sul (crianças de 4 a 14 anos de idade). As atividades lúdicas desenvolvidas pelos acadêmicos de enfermagem junto às crianças hospitalizadas visam à descontração, alegria e bem-estar, incluindo brincadeiras como jogar balão, bola, brincar de boneca, contar estórias, desenhar, dançar, brincadeiras de roda, jogar vôlei e apresentações de teatro, entre outras. As atividades incluem também, dependendo da compreensão da criança, noções de autocuidado relativas à hábitos saudáveis de vida diária, por meio de abordagens de educação para a saúde, numa perspectiva lúdica. O programa de atividades é organizado respeitando as condições físicas e clínicas das crianças. Os acadêmicos também contemplam os leitos de isolamento, quando possível, atendendo crianças com patologias diversas e obedecendo as medidas de controle de infecção preconizadas pela instituição. O projeto, ao estimular a manifestação lúdica no mundo do hospital, oportuniza para a criança uma melhor vivência do processo de hospitalização assim como para o acadêmico representa oportunidade ímpar de crescimento pessoal e profissional. A afinidade com a

família concretiza-se durante as brincadeiras onde os pais, contagiados pela alegria suscitada, também se tornam participantes. Já com as crianças, o vínculo é percebido através de sua inserção espontânea nas atividades do projeto, e manifestações repletas de ideias inovadoras. As atividades realizadas no projeto têm proporcionado através do brincar uma forma eficaz de diminuir a angústia, pois nele a criança explora sua criatividade e manifesta sua afetividade. Além disso, a estimulação lúdica traz como benefícios para as crianças a ampliação e fortalecimento do aporte emocional que é necessário para o enfrentamento de situações estressantes como a doença, a separação da família, os procedimentos invasivos, a dor física e/ou emocional e a hospitalização. Conclusão: as atividades têm oportunizado aos componentes do projeto, alem de vínculos afetivos com as crianças envolvidas, inúmeras situações de convívio com o ambiente hospitalar e com a dinâmica institucional. O projeto tem propiciado momentos lúdicos e de descontração que favorecem um ambiente terapêutico e contribuem para a humanização em Pediatria. Inserir o acadêmico de enfermagem na hospitalização pediátrica é uma experiência que possui muitos significados, pois permitem que este visualize o modo como as crianças reagem aos estressores do ambiente hospitalar, bem como as melhorias trazidas por meio do contato com o brinquedo e com o brincar nesta proposta de acolhimento às manifestações infantis. Mesmo em uma época pós-moderna, com brinquedos de alta tecnologia, é através de o livre brincar que se obtém maior divertimento do grupo com as crianças, trazendo a todos a capacidade de serem sujeitos ativos durante as atividades. Por meio do lúdico a criança hospitalizada consegue distrair-se e alegrar-se. É no momento do brincar que as crianças adquirem energias adicionais para abstrair a dor e o sofrimento inerentes ao ambiente em que estão inseridas. Contribuições para a enfermagem: as atividades realizadas pelos acadêmicos de enfermagem enfatizam a importância do lúdico durante a internação hospitalar de um paciente pediátrico. A inserção de profissionais da Pediatria na equipe coordenadora do projeto, particularmente de enfermeiras das unidades pediátricas, garante uma maior segurança no que tange ao acompanhamento dos acadêmicos para que se sintam respaldados na escolha das atividades e brincadeiras a serem ofertadas às crianças. Igualmente, oportuniza a compreensão de que o brincar favorece o projeto terapêutico da criança e minimiza os efeitos causados pela internação hospitalar. Referencias: 1 Hockenberry MJ. Wong Fundamentos de Enfermagem. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, 2 Morsch DS, Aragão PM. A criança sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: Deslandes SF (Org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e praticas. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

14661

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BARBARA DE ANDRADE ALVES

LONGITUDINALIDADE E GRAU DE AFILIAÇÃO: AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DA CRIANÇA

Pegoraro, LGO; Alves, BA; Souza, SNDH; Menezes, GD;

Introdução: Atenção Primária de Saúde é considerada como o primeiro nível de atenção, é definido como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde, dentre os seus atributos temos a longitudinalidade que é considerada característica central Atenção Primária de Saúde, definida pela existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo[3]. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde[3]. Tendo as crianças como objeto de estudo desta pesquisa, como objetivo avaliar o grau de afiliação e o princípio da longitudinalidade na APS. Materiais e métodos: Caracteriza-se como uma pesquisa avaliativa, quantitativa, multicêntrica, desenvolvida concomitante em dois municípios da região sul e um da região nordeste. Realizada por meio do instrumento de Avaliação da Atenção Primária denominado PCATool (Primary Care Assessment Tool) versão criança. Participaram da pesquisa 609 cuidadores legais de crianças com idade de zero a 11 anos, 9 meses e 29 dias, em 39 UBS de referência para os participantes do município de Londrina-PR. A coleta de dados foi de agosto de 2012 a janeiro de 2013. Os critérios de exclusão foram familiares de crianças procedentes da área rural e/ou que utilizam esporadicamente a unidade para finalidades específicas, por exemplo, imunização. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética CAAE nº01295412.2.1001.0107 CEP/UEL nº 061/2012 em 15/05/20112. Para todos os sujeitos participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com posterior solicitação da assinatura. Resultados: Neste estudo, o perfil dos participantes constituiu-se de: a mãe como cuidadora principal, 78,8%, seguido pelos avôs, com 13,9%. Sobre os números de filhos por família, 39,7% possuem filho único, 34,3% possui dois filhos e 26% menos de três filhos. Na situação ocupacional paterna o trabalho formal 41,4% predominou e o informal 22,5%, na ocupação materna verifica-se o predomínio das mães que trabalham no lar com 35,8%, seguido por aquelas que trabalham formal 29,2%. Observa-se que 73,1% possuem um rendimento mensal de 2 a 4 salários mínimos, 18,2% vivem com apenas 1 salário mínimo. Dependem desta renda com 86% 3 a 5 pessoas. Na avaliação do grau de afiliação, atributo no qual envolve o conhecimento e ligação entre o usuário do serviço de saúde e os profissionais que prestam os atendimentos nesse serviço, os resultados da frequência absoluta na identificação do serviço de saúde mostram com 64,6% que existe um bom grau de afiliação desta população em relação a UBS, porém 85,2% dos usuários responderam não ter um profissional de referência para a saúde da criança. Na avaliação do atributo da longitudinalidade, essencial na atenção primária, utilizou-se os escores preconizados por que preconiza que escores médios iguais ou acima de 6,6 podem ser considerados "altos escores", ou seja, o mínimo para a Unidade de Saúde ter a presença do atributo em seu serviço de acordo com a avaliação da família das crianças nele atendidas[3]. O escore geral do atributo "Longitudinalidade" atribuído pelos participantes da pesquisa foi de 6,091. Escores abaixo do valor de 6,6 foram obtidos nas seguintes questões: "Você poderia telefonar para falar com o profissional no serviço que melhor conhece a criança", "O profissional conhece a criança somente como um problema de saúde", "você mudaria para outro serviço de saúde se fosse fácil", "o profissional sabe quais são os problemas mais importantes para família da criança", "conhece o emprego dos familiares da criança" e "se o profissional saberia se você tivesse dificuldade em obter ou pagar por medicamentos". Um dos itens da pesquisa registrou o melhor escore atribuído pelos participantes foi: "o profissional responde suas perguntas

de maneira que você entenda" com escore de 9,050. O resultado sobre "o profissional conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com problema de saúde" obteve score de 4,73, abaixo do considerado ideal. Quanto à questão: "você mudaria para outro serviço de saúde se isso fosse fácil de fazer", demonstrou um descontentamento com o serviço pelo usuário, mostrado no escore de 4,417. Apesar de no atributo grau de afiliação ter mostrado um bom escore em relação à UBS fica evidente o impacto que a falta de vínculo entre usuário e profissional pode justificar esse descontentamento, além de dificultar a prevenção, reabilitação e tratamento dos problemas de saúde desta família.Conclusões:É fundamental repensar as práticas nos serviços de saúde nas UBS, considerar os atributos APS como foco na melhoria na qualidade do atendimento e oferta de serviço a nossa população. O Grau de afiliação e a Longitudinalidade são atributos considerados fundamentais para esse processo de mudança na prática de saúde, mas em particular a Longitudinalidade tem esta dimensão importante. Fortalecer uma relação duradoura entre profissional e usuário, tornando possível acompanhá-lo nos diferentes ciclos de vida, conhecendo sua individualidade, o que viabiliza a elaboração de intervenções mais eficazes, chegando à resolutividade dos problemas com maior rapidez e diminuindo o descontentamento pelo usuário. Contribuições e implicações: A partir desta pesquisa é possível o profissional de saúde conhecer a assistência prestada pela equipe multiprofissional, onde o profissional de saúde deve ser um investigador no significado das suas ações e das relações estabelecida com os usuários para assim favorecer os atributos da Atenção Primária de Saúde. Descritores: Atenção Primária/ Saúde da Criança/ Longitudinalidade Referências 1-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas e estratégicas. Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2005 2-Santos MA; Henrique VC; Silva VC. A compreensão das mães a cerca da consulta de puericultura numa Unidade Saúde da Família. Rev.Rede de Cuidados em Saúde, Rio de Janeiro, 2012. 3-Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 4-Starfield B. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool - Brasil. Versão Final e validada. 2010 5-Stancato K; Zilli PT. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. Rev Administração em Saúde_ Vol. 12, nº47 - Abr-Jun, 2010.

14167

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BARBARA DE ANDRADE ALVES

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE LONDRINA - PARANÁ

Alves, BA; Tacla, MTGM; Rossetto, EG; Toso, BRGO; Collet, N;

INTRODUÇÃO A Atenção Primária em Saúde (APS) é o nível do sistema de saúde que oferece a entrada no serviço para todas as necessidades e problemas. Esse sistema fornece atenção sobre a pessoa para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros, sem necessariamente direcionar para a doença.1, O Sistema Único de Saúde (SUS), voltado para a APS não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas, ele está em constante construção para atingir suas metas de melhoria do cuidado a saúde, como: diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico.1,2A criança em seu contexto familiar e comunitário está sujeita a variações em seu processo saúde-doença, sendo as principais causas de adoecimento os problemas respiratórios e gastrointestinais, as anemias, a desidratação e as parasitoses. Quando a APS se encontra enfraquecida acarreta consequências que podemos observar no processo de saúde e doença da população. Estudo realizado em Cascavel, PR, mostrou que 49,6% das crianças hospitalizadas tiveram como causa da internação as doenças respiratórias, consideradas de hospitalização evitável e sensíveis a efetividade da atenção básica. Em âmbito nacional, mais de 50% das hospitalizações ocorrem pelo mesmo motivo.3 É nesse contexto que se indaga quanto à qualidade da atenção à saúde da criança prestada na APS, aos avanços e dificuldades na operacionalização de práticas e ações, bem como o efeito ou impacto das estratégias para o grupo infantil. Tendo em vista este cenário e a necessidade de fundamentação da atenção primária em evidências que orientem a organização do sistema de saúde infantil, o presente estudo teve como objetivo avaliar a efetividade da APS em crianças por meio do instrumento Pcatool-Brasil versão criança, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Londrina-PR. Este instrumento mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS. MÉTODO: Tratou-se de uma pesquisa de avaliação dos modelos de atenção em saúde dos serviços de Atenção Primária à Saúde, no cuidado à saúde da criança no município de Londrina-PR utilizando uma investigação com abordagem quantitativa. O município possui 53 UBS, sendo 14 na zona rural e 39 na zona urbana. Todas possuem equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), atingindo uma cobertura de 70% do município. Este estudo foi desenvolvido em todas as UBS localizadas na área urbana. A população do estudo foi composta de familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças menores de doze anos. O cálculo amostral foi realizado a partir do número de atendimentos realizados nas UBS a crianças menores de 12 anos nos seis meses anteriores à etapa de coleta de dados da pesquisa - Julho a Dezembro de 2011. A partir desses dados, foi estimado o tamanho da amostra para a aplicação do questionário socioeconômico e o instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool) - Brasil versão criança nas UBS elencadas, por amostragem probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional por tipo de região e número de crianças por região. Adotou-se uma margem de erro de 3%, com intervalo de confiança de 95%, para obtenção da amostra. O cuidador foi convidado a participar da pesquisa quando o mesmo procurou o atendimento da criança na UBS, sendo neste local aplicado o instrumento com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina - CEP/UEL, Parecer número: 061/2012 e CAAE: 01295412.2.1001.0107. RESULTADOS: Neste

estudo das 609 entrevistas realizadas, as mães foram consideradas como as principais cuidadoras das crianças com 79,15%. Sobre os números de filhos por família, 39,7% possuem filho único seguido das 34,3% que possuem dois filhos. Em questão de escolaridade 54,9% possuíam acima e 10 anos de estudo. Na avaliação do grau de afiliação, 85,2% expressaram vínculo de referência com a UBS, 14,9 com o médico e em menor número com o enfermeiro. Dos atributos que obtiveram escore maior de 6,6 (valor de referência positiva)4, foram o Acesso de Primeiro Contato - Utilização (9,359), Coordenação - Integração de Cuidados (7,393), Coordenação - Sistema de Informações (7,620), Integralidade - Serviços Prestados (6,927). Não possuíram escores satisfatórios os atributos, Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade - Serviços Disponíveis, Orientação Familiar e Orientação Comunitária. A média dos escores dos atributos foi no valor de 6,6. CONCLUSÃO: No município em questão, verificou-se que apesar da média dos atributos estar dentro do valor de referência para uma avaliação positiva da APS, este ficou no limite e apenas 4 atributos atingiram o valor desejado. Com isso percebe-se a necessidade de rever as ações vinculadas à assistência à criança a fim de alcançar consonância entre a presença e extensão dos atributos da APS para uma melhor assistência da saúde infantil. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A partir dos resultados podem-se guiar as estratégias de planejamento e execução de ações no âmbito da APS para as crianças menores de 12 anos. Além disso, pode oferecer subsídios para os formuladores de políticas públicas em saúde quanto à efetividade do modelo de gestão dos serviços de saúde no cuidado à criança, contribuindo com o planejamento, organização, monitoramento e avaliação destes com vistas à proposição de políticas públicas. Por fim, desenvolver e promover o intercâmbio de informações sistematizadas por meio de publicações específicas, visando subsidiar a tomada de decisão no campo da avaliação das tecnologias em saúde e/ou da efetividade dos modelos de gestão dos diferentes serviços de atenção à saúde da criança. Descritores: Avaliação de serviços de saúde; Atenção primaria à saúde; Saúde da Criança. Referências: 1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 2. Lara FR. Etal. Percepção dos 20 anos de implantação do SUS na ótica de enfermeiros atuantes em saúde pública. J Nurs. UFPE online., Recife, 7(8):5207-13, Aug., 2013 3. Toso BRGO. Resolutividade do cuidado à saúde de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis a atenção básica. 2011. 373f. Tese [Doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. 4. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.

14549

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BÁRBARA PICCININ PACHECO

PRÁTICAS LÚDICAS NO CUIDADO EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Pacheco, BPP; Santos, DRS; Silva, MMS; Cioccari, MC; Nunes, SN;

INTRODUÇÃO: Durante a internação hospitalar, o paciente sai da sua rotina habitual e passa a conviver com outra completamente diferente da que está acostumado. Ficando mais frágil e limitado devido ao seu estado clínico. Desta forma torna-se mais difícil quando se trata de um paciente pediátrico, pois permanecem afastados de seu ambiente familiar, seus amigos, do seu cotidiano. Ainda mais quando são submetidos a métodos dolorosos e desconfortáveis, que em alguns casos podem afetar seu estado psicológico e emocional, causando desconforto, desconfiança, medo e até por algumas vezes dificultando seu tratamento. Como uma arte, a Enfermagem consiste em cuidar dos seres humanos sadios e doentes, cujas ações têm por base princípios científicos e administrativos; como ciência, a Enfermagem é fundamentada no estudo e na compreensão das leis da vida. A arte e a ciência da Enfermagem revelam suas ações que são entendidas como cuidar-educar-pesquisar, e quando interligadas, compõem as dimensões da atuação dos enfermeiros (1). O vínculo do enfermeiro com o paciente é, sem dúvida, essencial para manter uma boa relação com o paciente. Com essa ligação, o paciente se sente mais seguro e confortável com as intervenções de enfermagem que serão realizadas no decorrer de seu tratamento. Por meio da brincadeira a criança recria regras, deixa a imaginação e os sentimentos livres, e, como resultado, é capaz de expressar experiências desagradáveis, atingindo um senso de controle sobre os eventos ocorridos e aprimorando sua autoestima (2). O lúdico também auxilia na revelação de sentimentos e pensamentos através de comportamentos expressos (2). A criança se torna mais receptiva e facilitando com isso a atuação do profissional de saúde em seu atendimento. A utilização de recursos lúdicos no contexto hospitalar tem-se mostrado um catalisador no processo de recuperar a capacidade de adaptação da criança, diante de transformações que ocorrem a partir de sua admissão na instituição. Serve como fator de proteção, aumentando assim a resiliência da criança. O brincar é efetivo na redução de tensão, raiva, frustração, conflito e ansiedade (3). A ludicidade pode ser uma prática que auxilia na melhora ainda mais rápida para o paciente. Já que este deixa de atentar somente para os procedimentos a serem realizados com ele, e passa a direcionar sua atenção às brincadeiras que tem assim como as medicações e procedimentos horários para acontecerem. OBJETIVO: Verificar na produção científica nacional como as práticas lúdicas auxiliam no cuidado em enfermagem pediátrica. METODOLOGIA: O estudo foi construído como forma de revisão bibliográfica de literatura na produção científica nacional sob uma abordagem qualitativa. Os dados foram buscados nas bases SciELO e LILACS. Os critérios de inclusão para seleção foram corresponder à temática proposta, disponíveis em formato completo. Foram excluídos trabalhos disponíveis somente no formato de resumo, fora do período determinado e que não respondiam ao tema. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Algumas instituições de saúde possuem um espaço com variados brinquedos e atividades, onde as crianças possam se entreter. Especificamente sobre brinquedotecas, a Lei nº 11.104, de 21/03/2005, tornou obrigatória a sua instalação nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação (2). Esses espaços ajudam no desenvolvimento do tratamento, fazendo com que o paciente pediátrico se sinta mais acolhido e confortável na unidade. Apesar desses esforços, ainda se encontram equipes despreparadas e desmotivadas que centram o atendimento na relação queixa-conduta (2). Por este motivo é indispensável que as unidades de internação possuam profissionais preparados para interagir de forma lúdica com os pacientes, demonstrando em brincadeiras o tratamento que estes estão recebendo. A carência de recursos é um dos fatores que mais influência no

desenvolvimento da ludicidade nas unidades. No entanto, algumas experiências comprovam que ações criativas, com foco mais na conscientização da equipe profissional do que nos recursos financeiros, são capazes de produzir resultados recompensadores, não só para os pacientes, mas também para os profissionais de saúde (4). Assim, os pacientes saberão o que está acontecendo, se sentirão mais seguros para tirar suas dúvidas, e acima de tudo, vão se desligar por alguns momentos de suas experiências atuais, que são os tratamentos com medicamentos que lhes causam mal-estar, dor, angústia, medo e sofrimento. Um ambiente com falta de estrutura e brinquedos limita muito a criança, isso caberá à Enfermagem tornar as atividades lúdicas prazerosas, pois mesmo com poucos recursos é possível desenvolver atividades atrativas e interativas da equipe com os pacientes. As atividades lúdicas quando partilhadas com outros pacientes pediátricos, tornam-se mais interessantes, pois o convívio com outras crianças faz com que estas se sintam mais à vontade. Saber Que existem outras crianças que assim como elas estão passando por um período difícil às aproxima, tornando-as mais participativas e tornando o desenvolvimento das atividades bem mais produtivo. Aplicando a humanização no processo de cuidar, é possível vislumbrar a possibilidade de formar profissionais que desenvolvam o cuidado aos pacientes, não só com procedimentos técnicos, mas tendo como foco as necessidades do cliente, observando a maior interação e participação deste no seu processo de recuperação e cura, um cuidado humano e solidário (5). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Deste modo o presente estudo, tornou possível perceber a importância da ludicidade no cuidado de enfermagem ao paciente infantil. Já que desta forma proporciona a criança o breve afastamento do ambiente hospitalar, tendo em vista sua permanência nestas salas recreativas, mesmo que por breves instantes as afasta da sua rotina atual, mostrando um ambiente mais próximo do que ela esta acostumada, de lazer, diversão e alegria. É essencial que a família se torne presente neste momento, para que a criança não se sinta desprotegida e as instigue a participar das atividades como um momento de relaxamento tanto pra criança quanto para os pais. É importante que a equipe de Enfermagem perceba a grande relevância deste tipo de atividade no processo de cura destes pacientes. Estas atividades geram um vínculo que se estabelece entre a criança e o profissional, fazendo com que a criança permita com maior tranquilidade a realização de novos procedimentos, e que seu processo de melhora e cura seja grandemente favorecido. REFERÊNCIAS: 1- Silva AL. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995; p.41-60. 2- Carvalho A. M., Begnis J. G. (2006). BRINCAR EM UNIDADES DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO: APLICAÇÕES E PERSPECTIVAS. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p. 109-117, jan./abr. 2006. 3- Soares, M. R. Z. & Zamberlan, M. A. T. (2003). Brincar no hospital. Em M. A. T. Zamberlan (Org.), Psicologia e prevenção: modelos de intervenção na infância e na adolescência (pp.193-207). Londrina: EDUEL. 4- Soares MRZ, Zamberlan MAT. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. Est Psicol 2001maio/ago;18(2): 64-9. 5- Brito TRP, Resck ZMR, Moreira DS, Marques SM (2009). AS PRÁTICAS LÚDICAS NO COTIDIANO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 out-dez; 13 (4): 802-08

14473

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BARBARA RAGASSE PEREIRA GOMES

MENINGOCOCCEMIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOB A ÓTICA DA INTERDISCIPLINARIDADE

Ragasse, BRPG; Ribeiro, RSR; Castro, BSMC; Magaldi, ISM; Silva, NLS; Rossi, LPR;

INTRODUÇÃO: A Meningococcemia, também chamada doença meningocócica, é causada pelo agente etiológico Neisseria meningitidis, uma bactéria gram negativa e pouco virulenta. Ela coloniza a orofaringe e cerca de 10 dias depois, causa a infecção. É considerada um problema de saúde pública, sendo encontrada em todas as partes do mundo e endêmica principalmente na África. Representa de 10% a 40% dos casos de meningite. Possui alta letalidade e ainda é uma das maiores causa de morte, até os dias de hoje, devido a sua dificuldade de tratamento . Esta tem um comportamento sazonal específico, com as maiores taxas de incidência, quando a temperatura é mais baixa e menor a umidade relativa do ar. O meningococo é transmitido de pessoa a pessoa pelo contato com secreções respiratórias ou por inalação de gotículas Pode se manifestar desde formas de meningite assintomática, até a meningococcemia fulminante. O diagnóstico é estabelecido pela identificação do agente etiológico no sangue, liquor, lesões hemorrágicas da pele ou outros locais infectados. O tratamento é com antibióticos, como Penicilina G, ampicilina e as cefalosporinas de terceira geração Entre os sinais e sintomas mais frequentes estão: febre de início súbito, prostração, rush que inicialmente pode ser maculopapular evoluindo para petequial, purpúrico que não desaparece com a digito pressão, cefaleia, vômitos, alteração dos níveis de consciência e sinais de irritação meníngea. Outras formas de evoluções mais rápidas e geralmente fulminantes apresentam choque e coagulação intravascular disseminada . Tem-se como principal manifestação clínica, o acometimento do sistema nervoso central, variando desde sinais meníngeos até sinais focais. O objetivo desde estudo é refletir a importância da atuação interdisciplinar diante de um diagnóstico de meningococcemia. MÉTODO: Trata-se de um relato de experiência de seis residentes (fonoaldióloga, enferemeira, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicóloga e assistente social) do primeiro ano de residência de um Hospital Materno-Infantil localizado no município do Rio de Janeiro. Após depararmos com um caso de menincococcemia em um paciente de 2 anos refletimos e discutimos sobre a necessidade de uma abordagem interdisciplinar visando introduzir o projeto terapêutico singular. Acompanhamos o paciente no período de 1 a 30 de setembro, até o encaminhamento para outra unidade de saúde. RESULTADOS:Diante de um diagnóstico de meningococcemia em um lactente de 2 anos sentimos a necessidade de refletir o cuidado sob o foco da interdisciplinaridade e da integralidade. Percebe-se a necessidade do desenvolvimento de um projeto terapêutico singular, a fim de favorecer o cuidar numa perspectiva ampliada de atenção em saúde. Dessa forma, quando se busca um cuidado integral é primordial evitar os "reducionismos", evitar o cuidar estritamente focalizado ao diagnóstico, e buscar constantemente uma conduta dialógica entre diversas profissões. A atuação dos profissionais de saúde deve ter uma prática junto à criança e à família durante a hospitalização, pois a hospitalização na infância é considerada um evento potencialmente traumático. Apesar de cada família ser um subsistema singular dentro de um amplo sistema social de relações, muitos aspectos em comum são encontrados. Dentre estes aspectos, vemos que quando uma criança adoece pode haver uma alteração na dinâmica familiar. Isto porque, muitas vezes, as condições impostas pelo tratamento demandam um tempo considerável de hospitalização, quer para a realização de procedimentos e intervenções, quer com relação às idas constantes aos hospitais e ambulatórios . Para que as vivências decorrentes da hospitalização possam ser enfrentadas e transformadas é preciso que a criança e sua família estejam em um ambiente acolhedor, com uma equipe de profissionais que forneça apoio. O brincar é uma das formas de expressão da criança, o qual

ela expressa seu pensamento, uma vez que a linguagem verbal ainda não está suficientemente desenvolvida para esse fim. Outro meio utilizado para minimizar os impactos sofridos pela criança e sua família são a inserção dos cuidados de uma equipe multiprofissional contendo pedagogia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia com a finalidade de promover a saúde e tratar todos os aspectos de acordo com a demanda do paciente. Chamamos atenção para o fato de que uma atuação interdisciplinar, favorecida pela atenção e compartilhamento de conhecimentos e informações sobre este processo de adoecimento entre a equipe multidisciplinar terá muito mais possibilidades de desvelar, atender, propor e encaminhar soluções para o caso.Assim a equipe deve considerar as condições sócio familiares, econômicas e culturais da família para estabelecer um projeto terapêutico comum e considerando todos os aspectos citados acima.O nutricionista pode contar com o auxílio de outros profissionais, como o fonoaudiólogo, que através de suas intervenções pode, aos poucos, estimular a aceitação e a introdução de diferentes alimentos na dieta. CONCLUSÃO: O processo de saúde-doenca vai além da doença de base, a meningococemia, envolvendo muitos fatores distintos e muitas dimensões do individuo em questão, não podendo ser estudada de forma reducionista e/ou valorizando-se a causalidade única. Desta forma, a interdisciplinaridade se propõe a ampliar a visão do mundo, de nós mesmos e da realidade, no propósito de superar a visão disciplinar e visualizar a criança além da patologia. REFERÊNCIAS: Castilhos KF, Santos LO, Silva AR, Ohlweiler L, Rotta NT. Achados neurológicos em crianças internadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre por meningococcemia: estudo de 34 casos. Revista AMRIGS, Porto Alegre, v. 47, n.1, p: 54-56, jan.-mar. 2003. Cotrim J, Carvalho J, Sá A, Pereira A, Cândioto C, Dias F. Doze Anos de experiência na doença meningocócica no Serviço de Pediatria de Vila Real - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Nascer e crescer revista do Hospital de Crianças Maria Pia, v. 10, n. 3, 2011. Nunes ED. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel da ciências sociais. In: Canesqui AM. Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo. 1995. P. 95-113. Takatori M, Oshiro M, Otashima C. O Hospital e a Assistência em Terapia Ocupacional com a População Infantil. In: CARLO, M.M.R.P.; LUZO, M. C. M. Terapia Ocupacional - Reabilitação Física e Contextos Hospitalares. São Paulo: Roca, 2004. p.256-277. Pinheiro R, Matos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p.

14013

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BEATRIZ CASTANHEIRA FACIO

RECURSOS FARMACOLÓGICOS E NÃO FARMACOLÓGICOS NO ALÍVIO DA DOR INFANTIL: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Facio, BC; Reis, TB; Barros, DM;

Introdução: A dor é definida como "uma desagradável e subjetiva experiência sensorial e emocional, a qual pode estar associada a uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos ou descrita em termos de tal lesão"1. Dessa forma, a influência cultural deve ser considerada no processo de identificação da dor de cada sujeito, devido à sua dimensão social2. No caso das crianças, os recursos para o alívio da dor tendem a ser ineficazes, visto que o manejo perpassa por diversos obstáculos, dentre os quais se destaca a dificuldade de identificação, mensuração e controle, devido à inaptidão da criança em expressá-la verbalmente2. Outro obstáculo são as crenças e experiências anteriores, atitudes e incompreensão do que é dor por parte da equipe de enfermagem3, fatos que resultam em submedicação desse grupo etário se comparado a adultos em situações semelhantes, muitas vezes atrelado ao recebimento doses subterapêuticas4. Para alcançar melhores resultados no tratamento da dor propõe-se com a associação de métodos farmacológicos e não farmacológicos, reavaliação constante e prescrição de medicamentos em horários fixos sempre que possível, evitando o uso de "se necessário"4.Nesta faixa etária, pode-se ainda contar com a participação ativa do infante, que necessita ser encorajado a identificar sua dor, utilizando recursos para minimiza-la, e com a presença e participação de seus familiares, visto que isso lhe traz segurança, diminuindo sentimentos negativos como medo e ansiedade2. Frente a essa realidade objetivou-se desvelar as percepções da equipe de enfermagem quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico para o alívio da dor infantil. Metodologia: Estudo descritivo quantitativo realizado com os profissionais de enfermagem atuantes na unidade pediátrica (UP) e unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) de um hospital universitário público, em Londrina-Paraná. A coleta de dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2009 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, parecer n° 135/09, CAAE 2034.0.000.268-09. Para obtenção dos dados utilizou-se um questionário individual autoaplicável. Cada profissional, nos respectivos turnos de trabalho, preencheu 24 questões do tipo Verdadeiro (V) ou Falso (F) relacionadas à avaliação da dor, conceitos sobre a dor e tratamento farmacológico e não farmacológico da dor. No presente estudo será apresentado os resultados sobre os conceitos da equipe de enfermagem sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico da dor em crianças. Do total de 56 funcionários, quase a totalidade 49 (87,5%) preencheu o questionário. No período da coleta seis profissionais encontravam-se de licença e uma recusou participar da pesquisa. Os dados foram analisados em números e porcentagens, posteriormente agrupados em duas categorias profissionais: 1-enfermeiros e 2-técnicos/auxiliares/atendentes de enfermagem. Ressalta-se que a categoria 2 foi agrupada por apresentar valores aproximados. Também se agrupou a UP e UTIP como unidade infantil, porém, em alguns momentos os resultados foram apresentados separadamente por constatar diferenças nas respostas sobre a dor na criança, levando em consideração a complexidade da atuação das unidades. Resultados: Com relação ao tratamento farmacológico da dor na criança, pode-se observar a permanência de mitos relativos a medicamentos como a morfina, uma vez que 16,7% das enfermeiras e 74,4% das técnicas/auxiliares/atendentes de enfermagem apontaram-na como potencializador da depressão respiratória, além de 67,4% das técnicas/auxiliares/atendentes de enfermagem e 33,3% das enfermeiras terem assinalado que ela causa também dependência psíquica. Por outro lado, há os acertos, uma vez que tanto para as técnicas/auxiliares/atendentes de enfermagem (69,8%) quanto para as enfermeiras (83,3%) é

melhor utilizar analgésicos quando a prescrição médica dispõe de horários fixos, tendo a maioria delas assinalado como falsa a alternativa que versava sobre a inefetividade da analgesia em crianças com doenças crônicas. Quanto ao tratamento não-farmacológico, averigua-se que 81,4% das técnicas/auxiliares/atendentes de enfermagem e 100,0% das enfermeiras assinalaram como falso a alternativa referente à necessidade de curar a doença e não a dor da criança, acerto que se repete ao se observar que a maioria das profissionais consideraram falso que as crianças devem ser orientadas a sentir dor para aumentar a tolerância e que quando a criança suportar a dor é conveniente não tratá-la enquanto se investiga a causa Contudo, foi assinalado como verdadeiro pela maioria das profissionais a questão sobre o uso de placebo associado ao alívio da dor referida pela criança indicando que há simulação de dor. Por fim, a alternativa de que a utilização de técnicas de distração para o alívio da dor somente é eficaz quando há tensão emocional foi considerada verdadeira por 67,4% das auxiliares/técnicas/atendentes de enfermagem e por 16,7% enfermeiras. Conclusão: O manejo da dor é um desafio para a equipe de enfermagem que, apesar das iniciativas de educação continuada referentes ao assunto e de todo o crescente referencial teórico disponível tem demonstrado na prática a permanência de crenças em relação ao uso dos opióides, à não veracidade da dor da criança e à pouca resolutividade do tratamento não farmacológico da dor. Acredita-se ser necessário mais investimento na difusão do tema, realizando novos estudos, implementando treinamentos e realizando mudanças nas instituições de ensino e trabalho, de forma a incluir o ensino sobre a dor e seu manejo. Contribuições para a enfermagem: Acredita-se que compreender de que forma os profissionais de saúde envolvidos na assistência de crianças internadas em unidades pediátricas reconhecem e tratam a dor infantil pode colaborar para a redução dessa experiência durante a internação em unidades pediátricas de menor ou maior complexidade, garantindo uma melhor atenção à criança. Descritores: Dor; Criança Hospitalizada; Enfermagem Pediátrica. Referências: 1. International Association For The Study of Pain (IASP). Pain [Internet]. Seattle, International Association For The Study of Pain, 1994. [updated 2012 May 12 2012; cited 2012 Jun 15]. International Association For The Study of Pain IASP Working together for pain relief; [4]. Available from: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain. 2. Kazanowski MK, Lacceti MS. Dor na criança. In: Kazanowski MK, Lacceti MS. Dor: Abordagem clínica, fundamentos, tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.149-166. 3. Nogueira MF, Lima JP, Henriques MERM, Freire RMH, Söhsten Trigueiro JVS, Torquato IMB. Pain: identifying methods of evaluation and describing the nursing care. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012. [cited 2012 Sept 25];6(7):1556-65. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2787/pdf_1326 4. Tacla MTGM, Lima RAG. Aspectos culturais do cuidado à criança com dor: vivência de enfermeiras pediatras. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2012. [cited 2012 May 15]; 11(suplem.):71-77. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17054

14007

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BEATRIZ CASTANHEIRA FACIO

CÂNCER INFANTIL: DOS PRIMEIROS SINTOMAS AO DIAGNÓSTICO

Facio, BC; Reis, TB; Vidotto, PC; Ferrari, RAP;

Introdução: O câncer infanto-juvenil, faixa etária constituída por indivíduos de zero a 19 anos, corresponde de 2,0% a 3,0% de todos os tumores malignos. Esta doença de difícil definição diagnóstica ocasionada, entre outras razões, pela apresentação de sinais e sintomas comuns a doenças nesta fase tem como estimativa para 2013 no Brasil, à exceção dos tumores da pele não melanoma, o aparecimento de 11.530 novos casos de câncer, de um total previsto de 384.340 casos1. Entre os tipos de câncer pediátrico, a leucemia é o mais comum, sendo Leucemia Linfoide Aguda (LLA) a de maior ocorrência no mundo2. Nessa fase, os tumores em geral não estão relacionados aos fatores carcinogênicos e se apresentam de forma mais agressiva em comparação aos casos envolvendo adultos3. A detecção precoce dos sinais e sintomas possibilita um tratamento oportuno e aumenta a perspectiva de vida desse grupo etário2, porém o acerto nesse processo pode ser adiado por influência de fatores relativos à própria criança a seus pais e ao serviço de saúde4. No que concerne aos serviços de saúde, aponta-se a fragilidade de recursos e crescente demanda, associados à falta de resolutividade e acessibilidade dos serviços4. Frente ao exposto, objetivou-se desvelar a vivência materna frente ao diagnóstico de câncer do seu filho. Metodologia: Investigação qualitativa extraída do projeto de pesquisa intitulado "Percepções da família de crianças com câncer sobre a comunicação do diagnóstico", Residência em Enfermagem em Saúde da Criança, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina-PR. A população do estudo emergiu de consultas agendadas no período de setembro a novembro de 2011, sendo realizadas entrevistas gravadas com 18 mães de crianças com diagnóstico de câncer atendidas no Ambulatório de Quimioterapia (AQ) de um hospital universitário público, em Londrina-PR, utilizando-se a seguinte pergunta norteadora: "Conte-me como o profissional de saúde transmitiu a notícia sobre a doença do seu filho e descreva suas percepções naquele momento". Utilizou-se como referencial teórico a experiência de doença e narrativa e para a análise dos dados, a análise de conteúdo, na modalidade análise temática. Na apresentação dos discursos foram realizadas correções gramaticais e retiradas expressões e vícios de linguagem que não traziam sentido ao texto. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos sob o parecer n.º134/2011, CAAE n.° 0085.0.268.000-11. Para preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa optou-se pela utilização de codinomes, de forma que o nome da criança foi substituído por o de uma flor, antecedido das palavras "mãe de". Resultados: O aparecimento dos primeiros sinais, associados a alterações físicas e comportamentais nas crianças, desencadeou o itinerário percorrido pela família para obtenção da confirmação diagnóstica e início do tratamento após a busca por serviços de saúde a fim de identificar a causa dos sintomas. Nos discursos a seguir, algumas mães referiram que tanto elas quanto outros familiares perceberam algo diferente nas crianças e que estas não apresentavam sinais e sintomas comuns. Muitas vezes a família não tinha suspeitas sobre o que poderia estar acontecendo. Ela tinha seis meses na época, quando descobriu que ela tinha, ela já tava com 9cm já, era no abdome, já tava grande.[...] Mas a gente via que ela tava assim branquinha. De vez em quando dava umas febres nela, que daí levava ela no médico, mas ah, normal, falava que era virose. [...] daí foi que deu, ela fez a primeira cirurgia (mãe de Dahlia). A Margarida tinha uma dor óssea absurda, que não podia tomar banho que doía, que não podia sair no vento que doía [...] ela tá toda roxa, inchaço em junta, dedo, perna, pé (mãe de Margarida). A primeira busca foi por serviços de atenção primária, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e unidades de atendimento 24 horas ou

ambulatoriais, sendo que o diagnóstico precoce ocorreu apenas em um caso, de forma que a maioria das famílias iniciaram uma desgastante peregrinação por até nove serviços. Em alguns casos houve a procura por serviços particulares devido à desconfiança e falta de solução no setor público. Eu levei no médico, no postinho, o doutor examinou e só de ver os sintomas, "isso são sintomas de câncer, visível" (mãe de Alecrim). [...] levamos ela no médico, lá em Apucarana e ele falou:"essa menina tem que internar". Ela nunca tinha ficado internada, daí naquele dia ela ficou. Ele pediu os exames e falou "amanhã nós vamos fazer os exames de novo." Aí ela fez e deu e ele me chamou e falou que ela tinha que vir pra Londrina (mãe de Violeta). [...] aí ela achava que era um tumor mesmo, a médica lá no PAM. Daí eu não acreditei por ser no PAM (Pronto Atendimento Médico) [risos] (mãe de Hortênsia). Nos relatos a seguir nota-se o adiamento do tratamento do câncer devido a diagnósticos errôneos. Algumas mães foram culpabilizadas e cobradas pela demora e pelo agravamento da situação do filho. [...] Dor do lado do umbigo. Pensei que era hérnia, mas não era, era tumor, que o médico falava que podia ser verme (mãe de Rosa). [...]Daí chegando lá na Clínica da Criança a médica falou: "mas, aí mãe, isso aqui se acontecesse alguma coisa a responsabilidade era sua, a responsabilidade é toda sua, tem que levar, tem que internar". [...](mãe de Hortênsia). Conclusão: O trajeto percorrido pela família até a confirmação diagnóstica do câncer infantil foi variável, dependendo de fatores entre os quais se destaca as condições/recursos dos serviços e capacidade diagnóstica da equipe de saúde. O momento do diagnóstico, permeado por um turbilhão de sentimentos, caracterizou-se por intenso sofrimento e trouxe consequências para a criança, a mãe e toda a família. Identificou-se a necessidade de suporte a essas mães e familiares, por meio de uma relação terapêutica que envolva uma equipe multiprofissional a fim de empoderá-las enfrentamento do câncer na criança. Destaca-se que melhorias nas políticas de saúde são imprescindíveis para favorecer o diagnóstico e tratamento precoce do câncer, reduzindo o sofrimento dos sujeitos envolvidos. Contribuições para a enfermagem: Acredita-se que a compreensão de tal realidade potencializa a prática do cuidar integral individual e coletivo, além de favorecer a execução de uma assistência mais humanizada. A identificação das fragilidades e potencialidades dos serviços de saúde é indispensável para o profissional enfermeiro, uma vez que atua de forma direta e indireta na assistência, participando também de tarefas administrativas. Descritores: Neoplasias; Criança; Família. Referências: 1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil; [aprox.1 tela]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=2 2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. 220p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_crianca_adolescente_brasil.pdf 3. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde. Instituto Ronald Mc Donald [Internet]. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 114p. Disponível em: http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/livro_ronald_internet.pdf 4. Cavicchioli AC, Menossi MJ, Lima RAG. Cancer in children: the diagnostic itinerary. Rev Latino-am. Enfermagem [periódico na internet]. 2007; 15(5):1025-32. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/v15n5a21.pdf

13912

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BEATRIZ ROSANA GONÇALVES DE OLIVEIRA TOSO

INTEGRALIDADE DO CUIDADO A CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM CASCAVEL-PR

Toso, BRGO; Sotti, CW; Brisch, SV; Ross, C; Viera, CS; Obregón, PL;

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária em Saúde (APS) pode ser caracterizada por meio de seus atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e atributos derivados: centralização familiar e orientação comunitária e competência cultural(1). A integralidade, objeto deste estudo, consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas que causam as doenças; implica em oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia dos diversos tipos de serviços. A atenção integral à criança na APS busca atender a essas necessidades, sejam elas sociais, psicológicas, físicas e que atendam todas as fases do crescimento e desenvolvimento buscando não perder oportunidades de prevenção, promoção, assistência e principalmente da continuação do cuidado. OBJETIVO: Avaliar o princípio da integralidade da atenção primária em saúde no cuidado a criança em unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família do município de Cascavel, PR. METODOLOGIA: Pesquisa quantitativa de avaliação dos modelos de atenção em saúde realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e Unidades de Saúde da Família (USF) urbanas do município de Cascavel, PR, por meio do instrumento de Avaliação da Atenção Primária denominado PCATool (Primary Care Assessment Tool) Brasil, versão criança. A amostra foi do tipo probabilística casual simples estratificada dentre os usuários que estiveram presentes na unidade no período de outubro de 2012 a fevereiro de 2013, num total de 548 sujeitos. Os dados foram analisados quantitativamente e tabulados sob a forma de estatística simples de distribuição de frequências absolutas e relativas, médias e medianas, sendo organizados em tabelas e gráficos para posterior comparação com a literatura disponível acerca da temática em questão. Para todos os sujeitos participantes da pesquisa foi apresentado e solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Unioeste. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O atributo integralidade foi avaliado verificando-se a existência de serviços e orientações disponíveis e prestados a população usuária dos serviços de saúde, a saber: imunização, participação em programas sociais, planejamento familiar, suplementação nutricional, prevenção e/ou tratamento do uso de drogas, ações de saúde mental, sutura de pequenos cortes, teste anti-HIV, identificação de problemas visuais, orientações para crescimento e desenvolvimento saudável, prevenção de acidentes, segurança no lar, mudanças do crescimento e modos de lidar com problemas de comportamento. Quanto aos serviços disponíveis, no que diz respeito às vacinas, 90,6% responderam "certo que sim" para a disponibilidade da imunização. Acerca do planejamento familiar 70,6% responderam "certo que sim" para este serviço. Quanto ao item aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV, demonstrou-se que 58% sempre e muitas vezes encontraram o serviço disponível. Sobre as orientações para manter a criança saudável os dados revelaram que 73,1% afirmaram sempre receber estas orientações. Quanto a orientações sobre segurança no lar, demonstrou-se que 58,1% sempre e muitas vezes encontraram o serviço disponível. O item mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperados para cada idade, mostrou que 64,6% sempre e muitas vezes recebem orientações. Em relação ao item maneiras para manter sua criança segura, identificou-se que 54,6% sempre ou muitas vezes tiveram acesso ao serviço. Aqueles itens acima de 66% podem ser considerados satisfatórios, de acordo com a metodologia e instrumento utilizados. Assim, segurança no lar e segurança da criança são itens cuja avaliação foi negativa e que precisam ser

melhorados nos serviços, enquanto que os demais apresentaram resultados satisfatórios. Em estudo realizado(2), ambos os modelos de atenção (ESF e outros serviços) apresentaram valores de escores satisfatórios (>6,6) para o atributo da integralidade (ações de promoção e prevenção). Em relação ao item participação em programas sociais, observou-se que 45,8% tem a disponibilidade deste serviço. Quanto ao acesso a programas de suplementação nutricional 44,3% afirmaram que encontram este serviço disponível. Sobre aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas 36,4% responderam que sempre e muitas vezes utilizam o serviço. Em relação ao item aconselhamento para problemas de saúde mental os que sempre ou muitas vezes tiveram este acesso somaram 22,5%. Sobre a avaliação do item sutura de corte que necessite de pontos 28% afirmam que sempre é realizado. Sobre a identificação de problemas visuais 25,3% afirmaram sempre e muitas vezes terem acesso. A avaliação do item maneiras de lidar com os problemas de comportamento da criança revelou que 48% responderam "certo que sim" e "provável que sim" para o serviço. Ou seja, em relação a essas dimensões do atributo integralidade, nenhum item atingiu pontuação para ser considerado efetivo. Corroborando com estes resultados, estudo(3) elencou cinco dimensões, a saber, acesso, coordenação, orientação comunitária, enfoque familiar e elenco de serviços, e obteve como resultados, limites entre 35% e 50% nas médias, valores que podemos chamar de insuficientes. Dados semelhantes aos que encontramos, pois estes quesitos analisados apresentavam valores abaixo de 50%. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Alguns dos aspectos do atributo integralidade foram considerados satisfatórios pelos usuários, como a disponibilidade de vacinas, planejamento familiar, enquanto outros precisam ser melhor desenvolvidos como programa de suplementação nutricional, tratamento do uso de drogas e problemas de saúde mental. Desta forma, avaliar a atenção e a forma de organização da APS na saúde da criança é apontar caminhos para as mudanças necessárias e capazes de promover melhorias das ações e das práticas oferecidas a este grupo. É preciso superar a prática do modelo de assistência hegemônico que continua influenciando a atuação dos profissionais e gestores e imobilizando a população na busca de autonomia e participação. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Acredita-se que esta produção colabore na construção de conhecimentos e de políticas de saúde que melhorem o cuidado da criança e auxiliem na mudança das práticas dos enfermeiros na APS, assumindo seu papel de protagonistas do cuidado no processo de trabalho em saúde. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1 Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 2 Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2001; 11(3):323-334. 3 Ibañes, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2006; 11(03):683-703. Descritores: Atenção Primária em Saúde. Cuidado da Criança. Enfermagem.

14090

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BIANCA ARAUJO AITA

LUDOTERAPIA NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA

Aita, BA; Conrado, A; Seixas, LM; Brill, NGL; Geheln, MH;

INTRODUÇÃO No cotidiano familiar ha uma constante preocupação com a criança, no que diz respeito ao seu desenvolvimento, quando há necessidades de uma internação essas preocupações aumentam significativamente. Neste contexto a criança fica afastada de seu ambiente de convívio familiar, o que afeta seu estado emocional, tornando sua internação mais conturbada. O brincar é uma necessidade básica e direito de toda criança, e a equipe multiprofissional deve ter como um de seus princípios de bom relacionamento com o cliente. Dentre as varias técnicas de cuidado a criança ludoterapia é indicada para minimizar os traumas, a ludoterapia é uma técnica psicoterápica de abordagem infantil que se baseia no fato de que brincar é um meio natural de autoexpressão da criança. O uso do brinquedo como instrumento terapêutico possibilita ao profissional a compreensão das necessidades e sentimentos, medos, angústias, defesas e narcisismo da criança, na medida em que esta assimila novas situações de aprendizagem sobre si e sobre o contexto hospitalar, esclarecendo conceito entendidos por ela de forma pouco aclarada e, por vezes, estereotipada1. Um instrumento que também pode ser utilizado nessas situações é a brinquedoteca, uma sala terapêutica onde a criança possa brincar e interagir com outras crianças que também passem por esse processo de internação hospitalar. A participação de um familiar nesta sala lúdica promove também o aumento de vinculo e autoconfiança entre criança e família, proporcionando um bem estar a este enfermo. A criança hospitalizada apresenta singularidades e fragilidades em um momento tenso devido o fato de sua saúde estar debilitada. Em vista a essa situação surge à lei nº 11.104, de março de 2005, que normatiza a instalação de Brinquedotecas em hospitais, cuja proposta é de criação de uma sala lúdica, que minimize o sofrimento da criança, expondo atividades lúdicas e pedagógicas2. A utilização de uma roupa lúdica, jalecos com personagens infantis, pela equipe diminuía a distancia do profissional e da criança, tornando o primeiro contato menos impactante do que se este profissional estivesse vestido todo de branco como de costume. A utilização de áudio e vídeo que mostram os desenhos animados passando por este processo de internação podem também deixar a criança mais confiante em sair ileso de seu tempo de internação. OBJETIVO Descrever a importância da ludoterapia com crianças que necessitam de uma intervenção hospitalar, contribuindo para a reflexão sobre a atuação do enfermeiro de uma unidade pediátrica no atendimento. METODOLOGIA Trata-se de um estudo descritivo qualitativo, por meio de uma revisão bibliográfica com base em artigos científicos. Foram encontrados 20 artigos na BVS, sendo incluídos os da língua portuguesa. O estudo foi elaboração no primeiro semestre de 2013, por acadêmicas de enfermagem do 6° semestre. RESULTADOS E DISCUSSÃO Para os autores o lúdico enquanto ludoterapia por meio do brinquedo na hospitalização promove o desenvolvimento saudável da criança e torna sua internação menos traumática. O lúdico no processo de hospitalização se apresenta como um facilitador para o contado com a criança enferma, diante da doença de seus procedimentos dolorosos. Dentre as diversas forma de ser lúdico o brincar é um instrumento de essencial ajuda ao contato do profissional com a criança. Isso deve ser tão valorizado como qualquer outro conhecimento científico ministrado nestes cursos, já que o consideramos como essencial para o desenvolvimento e bem-estar das crianças3. No que se refere ao contexto hospitalar, o brincar tem sido reconhecido pela sua função terapêutica, que atua na modificação do ambiente, do comportamento e, principalmente, da estrutura psicológica da criança, no transcurso de seu tratamento4. Há estudos que mostram a importância de um vinculo, e com a criança nada melhor do que brincar para obter confiança e criação de vinculo. CONCLUSÃO A criança hospitalizada entende o ambiente

como hostil, diferente do ambiente familiar, necessitando dessa forma um cuidado mais elaborado da equipe para aproximar e criar vinculo obtendo melhores resultados no seu tratamento. O brincar em uma unidade pediátrica deve ser a forma de aproximação com a criança pelo enfermeiro e equipe desta unidade, a ludoterapia é uma modalidade eficaz no que diz respeito a este benefício terapêutico, pois propicia a criança hospitalizada, uma possibilidade de se comunicar, expressar seus sentimentos e desejos que a enfermidade os negou. O lúdico contribui para minimizar traumas da doença e hospitalização, permitindo melhor desenvolvimento e crescimento saudável, como também fornecendo subsídios para profissionais da saúde no atendimento infantil, tendo em vista essas atribuição torna-se fundamental o ser lúdico em unidades infantis. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM O enfermeiro tem que estar atendo as necessidades emocionais da criança hospitalizada, tendo o lúdico como parte da sistematização da assistência em enfermagem. A necessidade do desenvolvimento da prática do brincar deve permear os cursos de graduação e pós-graduação lato e estrito senso, bem como os de nível técnico, possibilitando aos estudantes a capacitação necessária para o reconhecimento desta prática na assistência às crianças e desenvolvimento de habilidades para o seu uso. Compete ao enfermeiro buscar formas de cuidado que vai além dos livros de procedimentos e da competência técnica, incorporando atividades que facilitam a efetividade deste processo, inerente à profissão, tornando seu cuidado mais humanizado e acolhedor com o enfermo, a enfermagem tem possibilidade de inovar e criar formas de fugir do método tecnicista que ainda permeia muitos estabelecimentos de saúde, criando as formas e passando seu conhecimento para toda sua equipe.DESCRITORES: Ludoterapia, Criança, Hospitalização. REFERENCIAS: 1.Azevedo DM, Santos JJS, Justino MAR, Miranda FAN, Simpson CA, O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde, Cienc Cuid Saude, 2007, Jul/Set;6(3): 335-341 2.Brasil. LEI Nº 11.104, DE 21 DE MARÇO DE 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. 2005. 3.Shimo KKA, Leite CMT, O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros, Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas / Unicamp; 2007, Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a25.pdf 4. Carvalho AM, Begnis GJ, brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas, Maringá: Psicologia em Estudo; 2006, v.11,n.1,p.109-117,Disponivel em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a13 5.Pivetta A, Argenta C, Zanatta AE, Utilização do lúdico como coadjuvante do cuidado prestado pela enfermagem na pediatria, Frederico Westphalen (RS): Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões; 2009.

14179

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BIANCA ARAUJO AITA

A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE MORTE E MORRER DA CRIANÇA

Aita, BA; Kettermann, KO; Barcelos, LM; Oliveira, MP; Bittercourt, MO; Rangel, RF;

INTRODUÇÃO: A morte, a própria palavra desperta o medo no coração das pessoas, ainda mais quando esta ligada a uma criança no processo de hospitalização. Sabe-se que à sociedade tem a palavra morte como um tabu, mesmo sabendo que este é a única certeza na vida, percebem essa como um fenômeno agressivo e não como fator biológico. O processo de morte é um acontecimento que, muitas vezes, acompanha a rotina de trabalho da equipe de enfermagem, sendo uma situação delicada e que gera diferentes sentimentos nos profissionais que vivenciam esse acontecimento, mesmo tendo em vista que a morte é um descanso para o enfermo que sofre ate o seu ultimo dia. Torna-se ainda mais frágil quando acontece em unidades de internação pediátrica. Em muitos casos os profissionais sentem-se impotentes e derrotados, pois a enfermagem visa cuidar e recuperar o paciente. Lidar com a morte é uma questão difícil, em especial para as famílias, cuja pessoa, que tem a vida em risco, é uma criança, isso porque a morte é considerada um evento natural em uma idade mais avançada1. Dessa forma, a morte de uma criança é uma situação que desperta muitos sentimentos pela família, pois o natural seria que os pais morressem antes das crianças, na perspectiva do ciclo da vida2. O luto das famílias não começa somente após a morte da criança, tem início junto às etapas diárias que a criança passa após a internação. Destaca-se que a fé e as crenças é um aliado fundamental para as famílias e equipe vinculada ao paciente, que tem na espiritualidade uma forma de ter força e esperança para continuar vivendo. OBJETIVO: O presente trabalho tem como objetivo investigar na literatura existente a produção cientifica acerca do sentimento dos profissionais de enfermagem e sua equipe multiprofissional frente ao processo de morte e morrer de crianças hospitalizadas. METODOLOGIA: A metodologia usada trata-se de uma revisão bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no primeiro semestre de 2013. As palavras-chave utilizadas para a busca foram criança, morte/morrer e enfermagem. Utilizou-se como critérios de inclusão artigos completos e em língua portuguesa. Obteve-se uma amostra dentre os critérios usados de 14 artigos científicos. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Entende-se que os profissionais de enfermagem e sua equipe de saúde atribuem as manifestações de perda com a existência do vínculo afetivo. Todo o processo de hospitalização, principalmente de crianças, gera na família sentimentos como medo e angústia e esses são acompanhados pela equipe de enfermagem que, muitas vezes, se coloca no lugar dos familiares compreendendo a dor vivenciada. Sabe-se que além dos cuidados com a criança deve se haver um cuidado com as famílias, que em caso de perda terá que projetar o futuro sem a criança. Vale ressaltar, que não existe necessidade de desempenhar o papel de mãe propriamente dito para que o processo de sensibilização aconteça. Embora algumas enfermeiras ainda não tenham vivenciado a maternidade, elas se projetam no futuro, imaginando-se no desenvolvimento desse papel, ou ainda, reportam-se ao passado, ao imaginarem suas próprias mães perdendo seus filhos3. A morte, tratada com indiferença, é consequência de um mecanismo de defesa dos enfermeiros para não sofrerem, pois, além da falta de preparo para lidarem com a morte, muitos destes profissionais ainda enfrentam longas jornadas de trabalho, enfermarias superlotadas e sucateadas, o que agrava ainda mais o estresse ao qual estão submetidos4. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Compreende-se a necessidade de discussão desta temática, pois essa na formação acadêmica não é abordada de maneira contínua e didática. Entende-se que os profissionais de enfermagem têm limitado conhecimento para trabalhar com a terminalidade/morte, com formação voltada a ações técnicas e práticas e com pouco embasamento sobre as necessidades reais do paciente e da família

que estão no processo de morte e morrer. Quando se encontram no campo prático e se defrontam essa realidade, principalmente da criança, procuram realizar as tarefas da melhor maneira possível, mas têm dificuldades para apoiar e confortar a família5. Levando em consideração que para educar sobre a morte e o morrer, não basta criar novas disciplinas ou incorporar conteúdos sobre o tema. É preciso refletir sobre o sentido da vida e do cuidar, empenhando-se ao máximo em prol do bem estar do outro. CONCLUSÃO: Considera-se o processo de morte/morrer de uma criança causa grande impacto na vida profissional da equipe de enfermagem e é um desafio a ser enfrentado no cotidiano de trabalho, principalmente em unidades de tratamento intensivo. Assim, entende-se que é necessário estimular reflexões, discussões e conhecimentos sobre o assunto, desde a academia, visando que os profissionais enfrentem melhor esse momento. Tendo em mente que a física moderna nos ensinou que nenhuma substância realmente desaparece, apenas muda de forma, o corpo humano também se enquadra neste ensinamento, depois da morte o corpo material passa a ser um corpo espiritual. A vitalidade espiritual no homem, a alma, nunca desaparece com a morte, ela simplesmente muda de uma forma para outra. Isso pode ser difícil de entender a princípio, pois somos dependentes da matéria, mas temos que ter em mente sempre que a o amor e as boas lembranças do ser querido que partiu deste plano espiritual ficara sempre em nossos corações. REFERENCIAS: 1.Bousso RS, Angelo M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI pediátrica. Rev Esc Enfermagem, USP, 2001; 35(2):172-9. 2. Bousso RS, Angelo M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI pediátrica. Rev Esc Enfermagem, USP, 2001; 35(2):172-9. 3. PolesI K, BoussoII RS, Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.14, no.2 ,Ribeirão Preto, Mar./Apr. 2006 4.Santos JL, Bueno SMV Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica, Rev Esc Enferm, USP, 2011; 45(1):272-6. 5.CostaI JC, LimaII RAG, Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.13, no.2, Ribeirão Preto, Mar./Apr, 2005.

14364

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BIANCA ARAUJO MARANDINI NUNES

PROMOVENDO SAÚDE NA ESCOLA: ATUAÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

Nunes, BAMN; Cardoso, AGC; Llano, TBL; Tavares, JNT;

PROMOVENDO SAÚDE NA ESCOLA: ATUAÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM Amanda Gayer Cardoso1 Bianca Araujo Marandini Nunes1 Jéssica das Neves Tavares1 Thavane Brum de Llano1 Adriana Dora da Fonseca2 INTRODUÇÃO: A promoção de saúde na escola contribui para a formação integral de estudantes por meio de ações de prevenção de doenças e de atenção à saúde, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens1. O período escolar é fundamental para se trabalhar saúde na perspectiva de sua promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção2. Higiene deriva da palavra grega "Hygiéia", deusa reconhecida como a protetora da saúde e do bem estar orgânico3. Higiene tem sido um conceito valorizado pela Enfermagem ao longo do tempo. "O nascimento da Enfermagem Moderna é associado à figura de Florence Nightingale (1820-1910), que parece ter sido influenciada, entre outros aspectos, pelas discussões científicas sobre a água e o seu importante papel na salubridade dos ambientes"4:479. Já no século XIX Florence Nightingale promovia a limpeza do ambiente com uma combinação de água morna e sabão, o objetivo de tal prática não era somente manter o ambiente limpo e agradável, mas proporcionar alívio e conforto, o que colocaria o individuo em condições adequadas para o seu reestabelecimento físico ou manutenção de sua saúde. OBJETIVO: Relatar a experiência vivenciada por acadêmicas de Enfermagem no atendimento de escolares no município de Rio Grande. METODOLOGIA: Relato de experiência de ação de extensão desenvolvida por acadêmicas de enfermagem, uma dentista e de sua assistente. Foram realizadas ações de higiene, principalmente no que se refere à prevenção de doenças e promoção de saúde de crianças e adolescentes realizada com crianças e adolescentes, do primeiro ao quinto ano do Ensino Fundamental, regularmente matriculadas na Escola Fundamental Ottília Huch, a qual faz parte do Centro Educacional Fraternidade, localizado no Bairro Getúlio Vargas, no município do Rio Grande/RS. Foram abordados temas sobre a importância dos hábitos de higiene na vida de crianças e adolescentes, com ênfase especial para o banho diário, o cuidado com as unhas e a vestimenta, bem como sobre saúde oral. Ainda, foram enfatizadas medidas de prevenção da Gripe A (H1N1), da cárie, da pediculose e da verminose. As atividades foram desenvolvidas por meio de oficinas com a utilização de dinâmicas educativas, em que se usou material didático lúdico para despertar a atenção dos participantes. RESULTADOS: A atividade foi realizada no primeiro semestre de 2013, com 60 crianças, cuja faixa etária variou entre seis e treze anos. As crianças e adolescentes foram divididas em duas turmas. Em cada turma a duração foi de aproximadamente uma hora. Iniciou-se com um diálogo sobre a importância dos hábitos de higiene, visando, inicialmente, conhecer a realidade cotidiana vivenciada por elas. Após, por meio de exposição dialogada foram abordados os seguintes temas: lavagem correta das mãos, higiene bucal e importância do banho diário. Foram usados os seguintes materiais didáticos: "bocão e escovão", fio dental, luvas e têmperas, jogos didáticos. Foi entregue folder sobre a correta lavagem das mãos e a prevenção do H1N1, e foi realizada distribuição de escovas de dentes, fornecidas pela Secretaria de Município da Saúde. Notou-se a importância da realização de atividades que promovam a saúde de crianças e adolescentes na escola, local privilegiado para este tipo de ação de educação em saúde. No entanto, na primeira turma os estudantes eram do primeiro e segundo ano e foi mais difícil manter a disciplina, pois todos queriam participar ao mesmo tempo, contando suas vivências diárias em casa e na escola. Já na segunda turma, os estudantes eram do terceiro ao quinto ano, participaram ativamente

mostrando interesse e procurando sanear suas dúvidas. CONCLUSÃO: Esta foi a primeira ação de extensão deste grupo de acadêmicas, mas pretende-se ampliar para outras escolas públicas do município. Considerou-se positivo os resultados obtidos até o momento, pois as crianças mostraram-se receptivas, curiosas e participativas. Salienta-se que as dinâmicas lúdicas utilizadas foram responsáveis pelo interesse demonstrado, pois nada melhor para crianças do que "aprender brincando". Ainda, a direção da escola e as professoras elogiaram a iniciativa e foram gratas pelo trabalho desenvolvido. A parceria com a Secretaria Municipal da Saúde foi outro ponto positivo, pois proporcionou a participação da dentista e de sua assistente, bem como a distribuição das escovas de dente que muitos não tinham. O trabalho foi extremamente gratificante para nós acadêmicas de Enfermagem permitindo o compartilhamento de conhecimentos, o conhecimento de uma realidade que para nós era totalmente desconhecida, bem como proporcionando uma complementação em nosso processo de aprendizagem, pois esta iniciativa foi a responsável por nos fazer perceber a importância das ações de extensão realizadas na academia. Percebeu-se ainda, uma estreita relação entre os dois conceitos: higiene corporal e cuidado de enfermagem, entendendo a higiene corporal como uma atribuição do profissional Enfermeiro a qual visa ao bem-estar de sua clientela5. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A enfermagem exerce um papel importante na educação em saúde, onde visa à promoção e a prevenção, para uma melhora na qualidade de vida da sua comunidade. É função do enfermeiro na educação promovida na escola à orientação, a educação e a sensibilização para ações que garantam uma melhora na capacidade das crianças e dos adolescentes no cuidado de sua própria saúde, garantindo assim a elas a prevenção de agravos e um bem-estar físico e psicológico. REFERÊNCIAS: 1. Brasil. Ministério da Educação. Programa Saúde da Escola. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=16796&Itemid=1128 Acesso em: 28 jun. 2013. 2.Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/ Acesso em: 28 jun. 2013. 3. Kloetzel K. Temas de saúde: higiene física e do ambiente. São Paulo: EPU; 1980. 4. Oliveira EA, Garcia TR, Sá,LD. Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003 set/out;56(5): 479-483. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000500002&script=sci_ abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 jul. 2013479. 5. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. DECs: Enfermagem. Saúde Escolar. Prevenção. Eixo Temático II: Cuidado à Saúde da Criança. 1 Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. biancamarandini@hotmail.com 2 Adriana Dora da Fonseca: Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade/GEPEGS.

14656

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BIANCA SANTOS DOMINGUES

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA APLICAÇÃO DO PROJETO SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS EM UM BAIRRO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Domingues, BS; Aires, NT; Matos, GC; Avila, SC;

DESCRITORES: educação em saúde, promoção da saúde, atenção primária a saúde. INTRODUÇÃO: A Enfermagem é uma área do conhecimento que abrange atividades como o cuidar, o gerenciar e o educar, entre outras, assim, o horizonte da enfermagem não se restringe somente a sujeitos em situação de doença [1]. Dentre as diversas formas de atuação do enfermeiro na sociedade moderna, a prática educativa vem despontando como principal estratégia à promoção da saúde[1]. O projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) tem como base de suas ações a relação entre saúde e educação, na perspectiva de transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem o adolescente e o jovem à infecção pelo HIV/aids a outras doenças de transmissão sexual e à gravidez não planejada, situações de violência, reconhecendo-se sujeito integral como foco das diversas políticas públicas[2]. Para isso o SPE tem por objetivos: promoção da atenção integral à saúde; Integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo a Estratégia de Saúde da Família e da Educação Básica; Constituição de territórios de responsabilidade entre escolas estaduais e municipais e equipes de saúde da família. Além disso, a possibilidade de inserir as diretrizes e estratégias do SPE no projeto político-pedagógico das escolas e incluir as unidades básicas de saúde (UBS) como referência para o acolhimento das demandas em saúde da população jovem, permitirá o salto qualitativo das atividades de promoção da saúde e prevenção das DST/aids. Dessa forma, adolescentes e jovens poderão vivenciar processos individuais e coletivos de apropriação de conhecimento, na perspectiva da construção da autonomia e de seu projeto de vida, bem como do cuidar de si e do outro[2]. OBJETIVO: relatar as atividades realizadas por uma equipe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em uma escola de um bairro da cidade de Pelotas-RS, através do SPE, refletindo sobre suas potencialidades e fragilidades na busca pelo aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência de alunas de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas(FEN_UFPel/RS), juntamente com a equipe de uma UBS, inseridas em ações realizadas em uma escola de ensino fundamental, localizada na área de abrangência da UBS. As atividades seguem roteiro conforme preconizado pelo SPE. Foram realizados quatro encontros com duas turmas da escola, previamente acordados em reuniões com a coordenadora da escola e os alunos, os temas abordados foram de escolha dos alunos, identificados por meio de um questionário, identificando como temas de interesse o abuso sexual e a violência. Para a realização dos encontros foram utilizados materiais lúdicos, audiovisuais e dinâmicas de grupo. RESULTADOS: Durante a realização das atividades propostas uma das maiores dificuldades encontradas foi a escolha do tipo de abordagem, visto que, com o alto índice de repetência encontram-se na mesma sala de aula alunos de dez a quinze anos de idade, assim, buscamos uma abordagem clara e respeitando os limites de compreensão dos mais novos e deixando espaço aberto para o esclarecimento de dúvidas individualmente se necessário. Ainda dentro das fragilidades podemos citar a ausência dos professores durante as atividades, que parecem não considerar que as questões de saúde são de responsabilidade unicamente dos profissionais de saúde. A maior potencialidade encontrada no projeto foi a possibilidade de discutir a violência com indivíduos que convivem diariamente com este agravante, tornando a atividade enriquecedora para todos os envolvidos. Destaca-se que a educação em saúde deve provocar conflitos nos indivíduos, criando oportunidade da pessoa pensar e repensar a sua

cultura, e ele próprio transformar a sua realidade[3]. Ainda podemos destacar como potencialidade o fortalecimento do vínculo dos alunos com os profissionais da UBS e acadêmicas, o estreitamento dos laços gera a confiança necessária para que os indivíduos sintam-se seguros para procurar a unidade básica de saúde também em casos de exposição a situações de violência de diferentes tipos, também buscar informações as quais não recebem na escola, como orientação sexual, e nesta conjuntura identifiquem a unidade de saúde como de referência não apenas pelo território de abrangência, mas também pela confiabilidade dos profissionais. CONCLUSÃO: O desenvolvimento deste projeto proporcionou aos profissionais e acadêmicas envolvidas a oportunidade de identificar os níveis de suas ações no processo educativo, aceitando a necessidade de, por momentos, se desvincular da sua prática assistencial, e assumindo o papel de educador, justamente pela ação recíproca da reflexão das pessoas, entendendo que não somos os detentores do saber e sim um cooperador e partícipe deste processo transformador. Estando dispostos a abrir espaço para novos conceitos emergentes de seu publico alvo e utiliza-los como fatores de otimização do cuidado prestado, entendendo que o conceito de saúde não é estático e sim derivado dos fatores presentes no ambiente de convívio dos indivíduos e das suas heranças culturais. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM: A educação em saúde, pela sua proposta, deve ser percebida como uma importante vertente à prevenção, e que na prática deve estar preocupada com a melhoria das condições de vida e de saúde das populações, possibilitando a elas o conhecimento necessário para que possam agir como transformadoras do ambiente na busca pela saúde. A educação em saúde dispõe à enfermagem a oportunidade de driblar a limitação de recursos do Sistema Único de Saúde, assim como as limitações inerentes ao contexto social vulnerável das populações, com soluções criativas que auxiliam a população modificar hábitos e aumentar sua autonomia nas questões de saúde, fazendo com que os indivíduos desempenhem um papel ativo na manutenção da sua saúde, da sua família e por fim da sua comunidade. REFERENCIAS 1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas : guia para a formação de profissionais de saúde e de educação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 160 p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 2. SOUZA LM, WEGNER W, GORINI MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 mar/abr;15(2) 3. OLIVEIRA HM, GONÇALVES MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. Rev Bras Enferm. 2004 nov/dez;57(6):761-3.

14394

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRUNA DE OLIVEIRA BINICÁ

CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE ANEMIA FALCIFORME INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL DO NORTE DO ESPÍRITO SANTO.

Binica, BOB; Tota, RST; Nascimento, LCNN;

Introdução: A anemia falciforme é uma doença de caráter hereditário, mais prevalente em afro-descendentes. A doença falciforme é um problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, o número estimado de indivíduos com traço falciforme é de 7.200.000, com prevalência na população geral entre 2 e 8%. Segundo estimativas do Programa Nacional de Triagem Neonatal, do Ministério da Saúde (MS), a cada ano nascem no Brasil cerca de 3.500 crianças portadoras de doença falciforme. Vinte por cento delas não vão atingir 5 anos de idade, por complicações diretamente relacionadas à doença falciforme. A porcentagem de mortalidade entre crianças menores de 5 anos com anemia falciforme é de cerca de 25 a 30%, e a maioria das mortes neste grupo é secundária a infecções fatais, seqüestro esplênico ou crises aplásticas. Na anemia falciforme as hemácias apresentam formato de foice, decorrente de mutação gênica, por isso o nome falciforme. Essas hemácias são mais rígidas tendo dificuldade pra passar em pequenos vasos gerando varias complicações na vida do portador da doença. O diagnóstico precoce da doença através da triagem neonatal, juntamente com o tratamento e assistência adequada podem contribuir para a diminuição da taxa de morbimortalidade dessas crianças e aumentando a sobrevida e melhoria da qualidade de vida dos portadores da anemia falciforme. Objetivos: Caracterizar crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme internados em um hospital geral do norte do Espírito Santo; Caracterizar as crianças e adolescentes de acordo com o sexo, idade, procedência e raça; Caracterizar a internação de acordo com o tempo, diagnóstico e complicações, e número de internações, condição de saída, referência e contra-referência. Metodologia: O estudo foi do tipo quantitativo e os sujeitos pesquisados foram 17 crianças e adolescentes portadoras de anemia falciforme internados em um hospital geral do norte do ES. Inicialmente foi feita coleta de dados diretamente dos prontuários dos pacientes, coletando informações relacionadas com o sexo, idade, procedência, raça, tempo de internação, diagnóstico, complicações, número de internações dos pacientes e registro de referência e contra-referência. Os dados foram tabulados e apresentados em forma de gráficos e tabelas. Resultados: Os resultados demonstraram que prevaleceu o sexo masculino em 76% das internações. A faixa etária predominante foi a escolar, que vai de 6 a 11 anos, com 41%. Em 47% das internações a procedência dos pacientes era da própria cidade onde está localizado o hospital geral. A raça que predominou na pesquisa foi a parda, em 82% dos pacientes. Cerca de 42% das internações duraram de 1 a 10 dias. 33% das complicações nas internações ocorreram por quadros infecciosos diversos, seguidos pela pneumonia com 26% e crise álgica com 19%. Nota-se que a infecção é uma complicação frequente entre os portadores de anemia falciforme. tratando-se de infecção na doença falciforme, medidas de prevenção e tratamento específico podem ser adotados. Assim, há a necessidade de um tempo maior de internação para a instituição de medidas preventivas e tratamento específico. Tais medidas e tratamento incluem a antibioticoterapia, que frequentemente tornam-se terapias longas, durando sete, dez ou mais dias. Além disso, a evolução clínica da doença caracteriza-se muitas vezes por episódios de dor em virtude da oclusão dos pequenos vasos sanguíneos pelas hemácias falciformes, podendo haver, assim, a necessidade de um tempo maior de internação. As crises dolorosas são responsáveis pela maioria dos casos de atendimentos de emergência e hospitalização, assim como pela má qualidade de vida dos pacientes acometidos. Estas crises dolorosas são responsáveis por 60% dos motivos de internação dos pacientes portadores de anemia falciforme. A maior parte das crianças e

adolescentes estudados, portadores de anemia falciforme foi internado 2 ou mais vezes. Apenas 29% deles estava hospitalizado pela primeira vez. Como se pode verificar, a anemia falciforme é uma doença que frequentemente se agrava, gerando a necessidade de sucessivas internações. Todos os internados tiveram alta melhorada; nos prontuários não foram encontrados registros de que os estudados tivessem sido referenciados ao hospital em estudo, da mesma forma que não foi encontrado nenhum registro de contra-referencia após a obtenção da alta. A realização desse estudo foi fundamental para contribuir com a escassez de dados na região, e com a melhoria da assistência por parte dos profissionais e nos três níveis de atenção. Conclusão: Verificou-se, neste estudo, que a população de crianças e adolescentes internados com diagnóstico de anemia falciforme no hospital geral do norte Espírito Santo no período de 2009/2010, era composta em sua maioria por crianças e adolescentes pardos e do sexo masculino. Chama a atenção o fato de ser a idade escolar predominante entre os internados. De modo geral, os lactentes e pré-escolares são mais suscetíveis a complicações graves como sequestro esplênico e processos infecciosos além da dor, por exemplo, o que eleva a frequência e o tempo de internação. O motivo de internação que mais apareceu na pesquisa foi a dor. Este resultado está de acordo com os achados em outros estudos que trazem a dor como a principal complicação e, consequentemente, a primeira causa de internação entre os portadores, seguida quadro infeccioso. Ao se conhecer as características das crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme espera-se que este estudo possa subsidiar uma assistência adequada à população estudada, nos três níveis de atenção à saúde. Contribuições para enfermagem: Ao final deste estudo, pode-se perceber a importância de conhecer o perfil dos pacientes internados com anemia falciforme para que haja maior qualidade no atendimento a esses pacientes. Sabe-se que, a enfermagem bem como os outros profissionais da equipe de saúde deve estar atenta a realizar ações que minimizem o desconforto da dor que é uma das complicações da anemia falciforme. A patologia e os fatores desencadeantes das crises devem ser compreendidos pelo enfermeiro e sua equipe de forma que produzam efeito positivo, sendo esse conhecimento essencial para subsidiar uma assistência de enfermagem com qualidade, que atenda a suas peculiaridades. O enfermeiro deve ter o maior conhecimento possível sobre o paciente a ser assistido e seu problema de saúde. É preciso saber como agir nas diversas situações, como por exemplo, nas crises de dor, ou nas infecções, complicações mais prevalentes nestes casos. Portanto, a realização deste estudo foi fundamental para conhecer as características predominantes de crianças e adolescentes com anemia falciforme do norte do estado, e conseqüentemente identificar-se a taxa de internação pela doença, além de contribuir com a escassez de dados na região, e a partir disto propor a melhoria da assistência através de ações adequadas a esta população específica e capacitação dos profissionais de saúde. Referencias: 1. ANVISA Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes. [Online].; 2001 [citado em 2011 07 15. Disponivel em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anvisa/diagnostico.pdf. 2. BRASIL Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). [Online].; 2009 [citado em 2011 07 16. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=27777&janela=1. 3. BRASIL da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de anemia falciforme para agentes comunitários de saúde. [Online].; 2006 [cited 2010 05 05. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/06_0050_acs.pdf

14236

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRUNA DE OLIVEIRA FERNANDES

SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO: IDENTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA HOSPITALIZAÇÃO

Fernandes, BOF; Baptista, FSB; Rocha, MSR; Pereira, RTP; Wiliam, WW;

SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO: IDENTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA HOSPITALIZAÇÃO Introdução: A segurança do paciente é uma preocupação mundial nos dias de hoje, inclusive quando se refere à criança hospitalizada(1). A criança oncológica está exposta a diversos fatores, os quais podem desencadear eventos adversos durante a assistência à saúde, como exposição a agentes infecciosos, falhas no processo medicamento, prolongação da internação hospitalar, entre outros(1-2). Objetivos: Identificar os eventos adversos mais frequentes na assistência de enfermagem a criança com câncer e descrever as estratégias de prevenção para estes eventos. Metodologia: estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo realizado com 12 integrantes da equipe multiprofissional de unidade de internação pediátrica oncológica. O número de participantes será validado pelo critério de saturação de dados. As informações serão obtidas por entrevista semiestruturada. O processo de análise será temática(3). O projeto atenderá as normas bioéticas e será apreciado por Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Espera-se a identificação dos eventos adversos mais ocorridos durante a hospitalização, procurando a partir deles desenvolver estratégias de prevenção e instrumentalização da equipe para uma cultura de segurança do paciente. Conclusão: Os eventos adversos são muito comuns e frequentes, com peculiaridades relacionadas ao tratamento quimioterápico no contexto da oncologia pediátrica. Contribuições à Enfermagem: No cuidado a criança hospitalizada com câncer, as falhas também podem ser evidentes e necessitam ser mensuradas e discutidas pela equipe de saúde, cabendo ao enfermeiro a pactuação de uma cultura de segurança do paciente. Referências: 1. Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(3): 427-434. 2. Malagutti W. Oncologia pediátrica: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2011. 3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. Descritores: Segurança do paciente; Erros médicos; Criança hospitalizada.

14599

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRUNA LAIS ALCARÁ DE MORAIS

DIVERSIFICANDO AS AÇÕES COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UTILIZANDO A SALA DE ESPERA COMO FERRAMENTA

Silva, ALNVS; Freitas, AFF; Morais, BLAM; Almeida, WAA; Dias, RRD;

INTRODUÇÃO: Assim como demais cidadãos, crianças e adolescentes possuem direitos que asseguram sua proteção e desenvolvimento digno. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)1 em seu Art. 15º "estabelece a criança e ao adolescente o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição Federal e nas leis. Além de garantir o desenvolvimento digno e responsável", o ECA ainda estabelece o direito à vida e à saúde disposto em seu Art. 7º, onde "a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio harmonioso, em condições dignas de existência"1. Apesar de todo esse aparato legal, as crianças e adolescentes brasileiros ainda são considerados a parcela mais vulnerável da população, muitas delas se defrontam com problemas decorrentes da pobreza e dificuldades de acesso a serviços públicos de qualidade tanto nas áreas de educação, saúde, quanto de esporte, lazer e profissionalização. Novas estratégias em saúde cada vez mais próximas da comunidade têm contribuído para melhorias na qualidade de vida e condições de saúde da população atendida, sendo que a elaboração de ações de caráter educativo com crianças e adolescentes são de grande valia para os serviços de promoção da saúde, servindo de aparato para o auxílio no processo de formação deste indivíduo 2,3. No âmbito da saúde, as ações de educação em saúde estão interligadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de saúde e qualidade de vida 4. O termo educação em saúde pode ser definido como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, sendo também um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado 5. A elaboração de atividades educativas direcionadas para a promoção da saúde de crianças e adolescentes é mais uma das metas visadas pelos serviços de saúde, mais especificamente pelas unidades de saúde, as Estratégias de Saúde da Família (ESF) que dentre outros objetivos, tem como missão dar continuidade às ações básicas de saúde com um de seus enfoques para a qualidade de vida de crianças e adolescentes4. OBJETIVOS: O presente estudo buscou desenvolver ações interdisciplinares de caráter educativo na atenção à saúde das crianças e à saúde dos adolescentes. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo na modalidade relato de experiência, elaborado a partir da vivência dos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul durante estágio em uma unidade de ESF de um município do interior de Mato Grosso do Sul. Foram realizadas ações educativas na sala de espera da ESF durante um período de quatro meses, tendo como público alvo crianças e adolescentes que aguardavam atendimento. As ações foram desenvolvidas por meio de atividades lúdicas que visavam à educação/ promoção e prevenção em saúde. Os meios utilizados para desenvolver as atividades foram: álbuns seriados, dramatizações, exposição de vídeos, paródias e dinâmicas. Para o desenvolvimento deste trabalho realizamos a revisão da literatura, desse modo o levantamento bibliográfico nos permitiu ordenar e entender empiricamente a dinâmica presente na promoção de atividades educativas junto à crianças e adolescentes. RESULTADOS: Os temas abordavam a importância do desenvolvimento de hábitos saudáveis: higiene bucal e corporal; alimentação saudável; puberdade: mudanças do corpo e da mente; sexualidade; métodos contraceptivos; doenças sexualmente transmissíveis; gravidez na adolescência: risco e consequências. As ações foram realizadas por acadêmicos de enfermagem com participação ativa das crianças e adolescentes atendidos

na ESF juntamente com seus responsáveis. O entusiasmo e curiosidade identificados nas crianças e adolescentes envolvidos foram notáveis. Verificando-se, portanto, grande carência informativa destes futuros cidadãos em orientações relacionados ao seu processo de desenvolvimento físico, mental e social, que acarretam em empecilhos para a estimulação pessoal de cuidados com o corpo e valorização de sua saúde. CONCLUSÃO: A elaboração de ações de caráter informativo/educativo é de grande valor para o ensino de crianças e adolescentes, tornando-os corresponsáveis no seu processo desenvolvimento e cuidado. O uso de Educação em Saúde, como meio para a aquisição de troca de informações entre equipes e comunidade é um dos instrumentos utilizados pela ESF para o alcance de metas estabelecidas pelo SUS. Entretanto a educação em saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade 4. Neste cenário a sala de espera mostrou-se como um espaço ideal, para desenvolver ações de educação em saúde, otimizando o tempo para transmitir conhecimentos/cuidados. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Desempenhar cuidados voltados à saúde de crianças e adolescentes é uma das formas de suprir com necessidades no campo da saúde e de contribuir para o seu processo de formação. Além de colaborar para o desenvolvimento saudável, a elaboração de atividades educativas permite a multiplicação e repasse de conhecimentos, para o educador e educando, e contribuem para o aperfeiçoamento da aprendizagem profissional, pois auxiliam nas trocas interpessoais que ocorrem por meio do contato com diferentes indivíduos em diferentes situações de vida a partir do desenvolvimento de ações educativas. Colaborando para a formação crítica, social e humana dos discentes do curso de enfermagem possibilitando a inserção desses futuros profissionais cuidadores nos cenários das práticas de trabalho, garantindo aos mesmos, diversidade no processo de ensino-aprendizagem, com habilidades para elaboração de propostas que contribuem para a criação de medidas preventivas e que reforcem com as responsabilidades do compromisso social. Descritores: Educação em Saúde; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente. REFERÊNCIAS 1- Brasil. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. Estatuto da criança e do adolescente. 7.ed. Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2010. 2- Rodrigues AD, Dallanora CR, Rosa J, Germani ARM. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. Vivências, 2009 Maio; 7 (5): 101-6. 3- Souza TT, Pimenta AM. Características das ações de educação em saúde para adolescentes. R. Enferm. Cent. O. Min. 2013 jan/abr; 3 (1): 587-596. 4- Oliveira, C B, Frechiani JM, Silva FM, Maciel ELN. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. Ciência & Saúde Coletiva, 2009; 14 (2): 635-644. 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

14329

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRUNA LIMA DA SILVEIRA

EDUCAR E CUIDAR NA CRECHE E PRÉ-ESCOLA: UM ESPAÇO PARA A ENFERMAGEM.

Silveira, BL; Souza, HP; Fernandes, AJC; Medeiros, MAS; Lima, PC; Lisboa, CB;

Introdução: A creche foi criada para suprir a necessidade da mulher em ingressar no mercado de trabalho. Seu objetivo era apenas o de guarda, proteção e alimentação da criança enquanto contribuição à família no que diz respeito ao cuidado com seu filho1,2. Com o decorrer do tempo, houve ampliação deste conceito tendo o enfoque meramente assistencialista sido modificado. Assim, ações educacionais e de saúde tornam-se importantes ferramentas para o desenvolvimento da criança nestes ambientes3. Hoje, a creche e pré-escola têm como objetivos educar, cuidar e brincar através de uma assistência integral, na qual a criança tem possibilidade de desenvolver capacidades e habilidades para a construção de uma identidade social e de hábitos de vida saudáveis1,2,3. O acesso às creches deixa de ser apenas um direito da mãe trabalhadora e passa a incorporar um direito da criança e família à educação. Direito este corroborado pela Constituição Federal de 1988, Estatuto da Criança e do Adolescente e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação1,4. Entende-se educação infantil como a primeira etapa da educação básica, tendo como pilar o desenvolvimento integral da criança em seus aspectos físico, psicossocial e intelectual, complementando a ação da família neste processo2,3. Então, temos a creche e pré-escola como ambiente saudável propício ao desenvolvimento da criança3. Para tanto, torna-se indispensável a presença do enfermeiro que, junto à equipe multiprofissional, poderá acompanhar a saúde da criança, intervir diante de agravos e patologias encontradas, assim como desenvolver ações de promoção e proteção à saúde, tornando-se sujeito relevante para a melhoria contínua do cuidado prestado3,4. A participação do enfermeiro no ambiente escolar e no processo de desenvolvimento infantil, desde seu princípio, estimula o afloramento de uma visão preventiva diante do processo saúde-doença de sujeitos ainda em formação, contribuindo para a construção de uma vida adulta saudável. Sua atuação possibilita ainda o despertar do conhecimento e cuidado de todos os profissionais atuantes nesse processo, refletindo em uma melhor assistência prestada por estes e melhor qualidade de vida diante da mudança gradativa de comportamentos e hábitos3. Objetivos: Descrever a experiência da inserção do enfermeiro em uma instituição de educação infantil. Metodologia: Estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado no período inicial da vivência do enfermeiro no Núcleo de Desenvolvimento Infantil - NDI, instituição de educação infantil (creche e pré-escola) vinculada à Universidade Federal de Alagoas - UFAL, no período de maio a agosto de 2013. Resultados: O NDI é uma instituição de educação infantil que atua no acompanhamento de crianças de 02 a 05 anos de idade, acolhendo os filhos de servidores e estudantes da UFAL e de pais que residem em regiões circunvizinhas. Assim, após exposição formal da necessidade de um enfermeiro na instituição, houve a inserção deste junto à equipe de enfermagem (02 auxiliares de enfermagem) atuante no local. O ambiente da creche e pré-escola, em específico o NDI, constitui cenário enriquecedor para a prática de enfermagem, contribuindo de maneira importante para o aprimoramento contínuo do enfermeiro envolvido nesse contexto. A presença do enfermeiro foi referenciada pelos diversos profissionais como contribuição importante para o serviço. Inicialmente, foi necessário um período de observação, dialogo e leitura para levantamento do diagnóstico situacional através do reconhecimento do espaço, estrutura e dos diferentes sujeitos ali inseridos, assim como o registro das necessidades prioritárias encontradas. A faixa etária observada é mais susceptível a doenças e agravos, porém é também nesse momento que a criança apreende com maior facilidade conceitos e saberes. Dessa forma, a atuação do enfermeiro neste ambiente deve ser de caráter eminentemente preventivo e promocional. As ações ofertadas visam desenvolver

conhecimento, capacidade e habilidade para o autocuidado e a prevenção de comportamentos de risco durante todo processo educativo, provocando uma reflexão sobre o modo de viver dos sujeitos envolvidos em busca de qualidade de vida. O enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional e em parceria com estes, desempenha ações de saúde já desenvolvidas na instituição como avaliação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; coleta de informações de saúde quando do ingresso da criança; ações assistenciais e algumas ações de vigilância à saúde. Além disso, foi iniciado processo de inclusão de outras ações importantes para manutenção da saúde das crianças e prevenção de doenças e agravos como: 1) acompanhamento das condições de saúde das crianças de acordo com as necessidades expostas pelos professores, pais e pela própria criança; 2) acompanhamento da situação vacinal dos infantes; 3) adequações no ambiente para minimização de acidentes e agravos; 4) estímulo aos profissionais envolvidos na educação e cuidado das crianças através de atividades de atualização em saúde, de acordo com a demanda do público-alvo; 5) Reformulação do instrumento para coleta da história de saúde da criança e inclusão do exame clínico no momento do acolhimento desta. Após melhor adaptação do profissional ao processo de trabalho, ocorrerá inclusão de novas estratégias e ações, ainda em fase de planejamento, como ampliação de ações de vigilância à saúde; inclusão da enfermagem na rotina pedagógica das crianças; realização de ações educativas que envolvam crianças e família; organização dos registros relacionados à saúde entre outras. Conclusão: O acompanhamento pelo enfermeiro é de grande relevância já que favorece a construção de hábitos saudáveis e o melhor direcionamento de ações diante das necessidades de saúde da criança. Educá-las de forma consciente e saudável garante um presente com qualidade, lançando-se ao futuro as consequências deste acompanhamento. Contribuições e implicações para Enfermagem: O ambiente da creche e pré-escola constitui cenário enriquecedor para a prática de enfermagem através de estratégias e ações de promoção e proteção à saúde na busca da construção de hábitos saudáveis e, assim, melhor qualidade de vida de crianças e famílias. Descritores: Saúde da Criança; Educação Infantil; Cuidados de enfermagem. Referências: 1. Motta JA et al. O cuidado à criança na creche: integração entre saúde e educação. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro (RJ) 2012 dez; 20(esp.2):771-6. 2. Gomes VLO, Silva AL, Ern E. O cuidado de crianças em creches: um espaço para a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2003 ago; 24(2):177-88. 3. Oliveira M, Santos PP, Silva WG, Costa IR. A necessidade da inserção de enfermeiros nas creches: um aspecto para investigação de enfermagem. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Barbacena (MG): Faculdade de Ciências da Saúde de Barbacena/Universidade Presidente Antônio Carlos; 2012. 4. Viana ACR, Santos TMS, Sandos HFL, Moraes KF, Brasileiro ME. A importância da atuação do enfermeiro na assistência a crianças em creches municipais de Goiânia. Revista Eletrônica de Enfermagem 2009 ago/dez; 1(3): 1 - 17.

14071

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRUNA MADRUGA PIRES

ESQUEMA VACINAL DA CRIANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM GRUPOS DE GESTANTES E PUÉRPERAS

Madrugapires, BMP;

ESQUEMA VACINAL DA CRIANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM GRUPOS DE GESTANTES E PUÉRPERAS PIRES, Bruna Madruga[1]; OLIVEIRA, Thais[2]; BERGMANN, Martina Michaelis2; MATOS, Greice Carvalho[3]; AIRES, Natália Timm3; SOARES, Marilu Correa4 [1]Acadêmica do 5º Semestre de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- UFPel, bolsista pelo Programa de Bolsa de Extensão e Cultura (PROBEC) do projeto"Prevenção e promoção da saúde em grupos de gestantes e puérperas. Brunamadrugapires@hotmail.com 2 Acadêmicas do 5º semestre de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Voluntárias do projeto "Prevenção e promoção da saúde em Grupos de Gestantes e Puérperas". 3Acadêmicas do 9º Semestre de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- UFPel,bolsistas pelo Programa de Bolsa de Extensão e Cultura (PROBEC) do projeto"Prevenção e promoção da saúde em grupos de gestantes e puérperas. 4Enfermeira Obstetra, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública-EERP -USP -Profª Adjunta III da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Coordenadora do Projeto de Extensão "Prevenção e promoção da saúde em grupos de gestantes e puérperas". Membro do Núcleo de Estudos em Práticas de Saúde e Enfermagem - NEPEn. Introdução A vacinação é a maneira mais eficaz de prevenir doenças, sendo que nos últimos anos o Brasil vem evoluindo nessa área, especialmente com a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973, que facilitou o acesso da população às vacinas. O cidadão deve estar atento às campanhas e ao calendário de vacinação tanto para criança, adolescente, adulto e idoso, sendo as vacinas disponibilizadas gratuitamente nos postos da rede pública1. Historicamente a imunização em crianças vem alcançando êxito em diversos países, por meio de altas coberturas vacinais e avanços no controle e erradicação de doenças2. A vacinação oferece imunização, protegendo a criança contra doenças infecto contagiosas1. A mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes de bebês no primeiro ano de vida. O período neonatal é um momento de grande vulnerabilidade na vida do recém-nascido, pois, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais de proteção social e de saúde3. É fundamental neste período a imunização do bebê logo ao nascer4. A imunização na infância requer cooperação com os pais, habilidade de comunicação e relacionamento para o esclarecimento das dúvidas e preocupações sendo que, para o êxito da adesão ao esquema vacinal é fundamental o acolhimento, interação facilitadora e ações educativas efetivas2. Objetivo O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de abordagem da temática sobre a vacinação da criança em um grupo de gestantes e puérperas. Metodologia Trata-se de um relato de experiência de alunas de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) que participam do projeto de extensão "Prevenção e Promoção da Saúde em Grupos de Gestantes e Puérperas". O projeto é desenvolvido por docentes e discentes da Faculdade de Enfermagem da UFPel, além da enfermeira e agentes comunitárias de duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), localizadas na periferia da cidade de Pelotas/RS. As ações extensionistas ocorrem por meio de encontros mensais em cada uma das UBSs envolvidas e visam a troca de experiências entre discentes,docentes, gestantes e puérperas de diferentes faixas etárias, idades gestacionais, condições socioeconômicas e culturais, o que enriquece os encontros. Os assuntos são escolhidos previamente pelas gestantes e discutidos em rodas de conversa sendo apresentados pelas

acadêmicas que utilizam materiais audiovisuais e folders informativos. Resultados Durante um dos encontros do grupo de gestantes e puérperas da Unidade Básica de Saúde, abordamos sobre o esquema vacinal do neonato até a adolescência. Como a imunização de bebês e crianças depende da iniciativa de seus adultos cuidadores e muitos ficam ansiosos quanto à segurança das vacinas e receosos de submeter o filho a procedimentos dolorosos, procuramos esclarecer as gestantes quanto à importância do esquema vacinal completo em cada mês e ano de vida, trazendo um pouco da história da vacinação, qual sua finalidade e importância a fim de esclarecer que a vacinação não faz mal a criança. Abordamos também o risco associado à vacinação incompleta não só para as crianças, individualmente, mas para as epidemias2. Esclarecemos as dúvidas relacionadas à imunização, reações adversas das vacinas e atuação da enfermagem frente à criança e à família para uma assistência de qualidade. A roda de conversa propiciou verbalização por parte das participantes, como por exemplo, se as vacinas são feitas com vírus que causam doenças, quais as reações adversas mais comuns na criança após a vacinação, o que fazer no local de aplicação da vacina. As gestantes falaram de suas experiências em relação à vacinação de outros filhos, havendo uma troca de informações entre as participantes, e todas as gestantes que já tinham filhos referiram ter os vacinado corretamente, pois acreditavam ser o melhor para eles. Conclusão A orientação realizada não só a mãe, mas também ao pai sobre à importância de imunizar a criança é fundamental para um esquema de vacinação completo, partindo do ponto de vista que as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas ao recém nascido e a mãe influenciam a condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta. O papel do profissional de saúde é muito importante, desde o acompanhamento no pré-natal sendo os grupos de gestantes um espaço promissor para estas orientações, pois neste cenário possibilita ao profissional de saúde informar,orientar e estimular a troca de saberes e práticas quanto à vacinação das crianças e adultos. Avalia-se positivamente a temática abordada neste grupo, pois a troca de experiências e informações entre alunas e as participantes contribuiu para o conhecimento de ambas as partes, além de possibilitar as orientações e esclarecimento das duvidas das participantes. Contribuições / implicações para a Enfermagem O enfermeiro tem como uma de suas principais ações a orientação da população. O trabalho com grupos específicos é um espaço profícuo para o desenvolvimento de ações educativas. Neste sentido, foi importante vivenciar a experiência ao longo da graduação de participação no grupo de gestantes e puérperas destacando-se a temática de imunização da criança que nos oportunizou observar e colocar em pratica diversas orientações específicas e consolidar nossa formação de futuros enfermeiros. Descritores: imunização; criança; doença. Referências 1. Brasil. Ministério da Saúde. Vacinação. 2013. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/programas-e-campanhas/campanhas-de-vacinacao-2 2. Figueiredo GLA, Pina JC, Tonete VLP, Lima RAG, Mello DF. Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2011 [acesso em jul 30]; 19(3):598-605. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_20.pdf 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2011. 190p. 4. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendário de vacinação da criança. São Paulo; 2013. [acesso em 12 ago]. Disponível em: http://www.sbim.org.br/wp-content/uploads/2013/06/crianca_calendarios-sbim_2013-2014_130621.pdf

14395

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAMILA CRISTINA FERREIRA CALEFFI

O PROCESSO TERAPÊUTICO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Caleffi, CCF; Cunha, LSD; Stadnicki, CNS; Zeferino, MT;

INTRODUÇÃO: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no contexto da Reforma Psiquiátrica, surgem como dispositivos de atendimento diário, destinados a acolher pacientes com transtorno mental, estimulando sua integração social e familiar e sua autonomia(1). No campo da saúde mental da criança e do adolescente, são criados os Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi), tendo como objetivo final a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos usuários tratados de acordo com seus projetos terapêuticos individuais(2). O projeto terapêutico é compreendido como um conjunto de objetivos e ações estabelecidos e executados por equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do usuário, desde a admissão até a alta(3). Assim, o nosso trabalho se desenvolveu no sentido de captar a essência deste projeto para analisar como ele é implementado, com o objetivo de promover o processo terapêutico adequado a reinserção social do usuário em suas atribuições da vida cotidiana. Sendo que, o processo terapêutico pode ser entendido como o desenrolar dos acontecimentos da vida do usuário. A complexidade do fenômeno terapêutico se dá por conta de muitos fatores, dentre eles podemos citar: a história de cada paciente, sua demanda pelo atendimento, a relação estabelecida com o terapeuta(4). OBJETIVO: Compreender como se desenvolve o processo terapêutico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi) do Sul do Brasil. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa dos dados. Utilizou-se informações retiradas dos prontuários de todas as crianças e adolescentes que receberam alta terapêutica desde a inauguração do serviço (2004) até junho de 2011 e entrevista semiestruturada com sete profissionais de nível superior atuantes neste CAPSi. Foi realizada uma busca em 1100 prontuários, identificando 110 com alta terapêutica, destes foram escolhidos aleatoriamente 3 por ano de 2004 a 2011, exceto 2004 que contou com 2 e 2011 que não teve alta, totalizando 20 prontuários para a coleta de dados. Os sujeitos do estudo descreveram como é definido o terapeuta de referência, como ocorre o atendimento multiprofissional, como se define o desenho do projeto terapêutico, a existência e importância do contrato terapêutico, como é definida a alta e qual a sua compreensão de processo terapêutico. RESULTADOS: A partir dos dados coletados obtivemos cinco categorias como resultados: terapeuta de referência, atendimento multiprofissional, projeto terapêutico individual, contrato terapêutico e processo de alta no CAPSi. O terapeuta de referência (TR) é visto como o profissional que vai acompanhar o usuário e sua família durante todo o tempo de permanência no serviço, tendo o vínculo terapeuta-usuário como o principal instrumento dessa relação. Apesar disso não fica evidente nos prontuários quem é o TR de cada criança e/ou adolescente. O atendimento multiprofissional é considerado de extrema importância pelos entrevistados, uma vez que permitem vários olhares sobre um mesmo caso, contribuindo assim para o alcance de um resultado mais proveitoso. Nos prontuários fica evidenciado que cada um dos usuários é atendimento na maioria das vezes por mais de um profissional. O projeto terapêutico é entendido como um conjunto de objetivos e ações que devem ser elaborados de acordo com as necessidades e desejos de cada usuário desde o primeiro contato com este, e que deve ser constantemente avaliado e redefinido, ressaltando-se a importância do mesmo ser construído juntamente com o usuário e sua família, promovendo assim a autonomia da criança e/ou adolescente. Mesmo os profissionais trazendo a importância desse projeto terapêutico, fica evidente a falta de registro do mesmo, uma vez que foi difícil identifica-lo nos prontuários consultados. O contrato terapêutico é compreendido

como um meio de estabelecer compromisso e definir objetivos, direitos, deveres e responsabilidades. Apesar de compreenderem a importância desse contrato, fica evidenciado tanto pela entrevista quanto nos prontuários a sua realização apenas de forma verbal. De acordo com os profissionais a alta dos usuários faz parte do seu projeto terapêutico, sendo influenciada diretamente pela resolução do seu quadro inicial e deve ser trabalhada desde o primeiro atendimento. Na seleção dos prontuários para a pesquisa percebemos a falta de um claro registro do motivo da alta, seja por abandono, por outras intercorrências clínicas ou cirúrgicas e por conclusão do tratamento (alta terapêutica). Por meio dessas cinco categorias podemos compreender como os profissionais do CAPSi entendem o processo terapêutico, sendo que o mesmo é visto como todo o período de vivência das crianças/adolescentes enquanto são atendidos no serviço. Além disso, verificamos que o mesmo inclui todos os acontecimentos da vida da criança/adolescente, desde as causas que o levaram a este serviço, até os encaminhamentos realizados após o término do tratamento, incluindo todas as atividades em que são inseridos, conforme seu projeto terapêutico individual, devendo ser estendido a toda rede de apoio do usuário, principalmente sua família. CONCLUSÃO: Verificamos que o processo terapêutico pode ser entendido como todo o caminhar da criança/adolescente durante seu tratamento no CAPSi, compreendendo desde a escolha do terapeuta de referência, a observação das necessidades do usuário e sua família, a discussão do caso na reuniões de equipe, o desenho do projeto terapêutico individual, a realização de um contrato terapêutico, a observação de melhora do quadro inicial, até a decisão por alta terapêutica. Além disso, compreendemos que esse processo deve ocorrer de maneira dinâmica, sofrendo modificações ao longo do tempo, tendo em vista que se trabalha com sofrimento mental, algo que não pode ser visto como simples e homogêneo. Pois é complexo e multifacetado, principalmente em se tratando de crianças e adolescentes, que podem ser considerados mais frágeis e sensíveis as situações do seu cotidiano. Nesse sentido identificamos que apesar de estes profissionais possuírem conhecimento sobre o processo terapêutico, isso não fica adequadamente registrado nos prontuários. REFERÊNCIAS: 1.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 2.COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Revista Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: Acesso em: 25 maio 2011. 3.KANTORSKI, L., BIELEMANN, V., CLASEN, B., SILVEIRA PADILHA, M., BUENO, M., HECK, R.. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Revista Cogitare Enfermagem.15, dez. 2010. Disponível em: Acesso em: 23maio 2011. 4.FERREIRA, Vinícius Renato Thomé. Produção brasileira em bases de dados sobre o processo terapêutico na terapia familiar e de casal. Revista PSICO, Porto Alegre, PUCRS, 2005, v. 36, n.1.

14303

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAMILA TOZAKI RODRIGUES

MASSAGEM EM BEBÊS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Rodrigues, CTR; Souza, AFAS; Kawakita, RFK; Santos, IMS; Santos, SCS; Nunes, CBN;

Introdução: A criança nasce com um sistema bioenergético plástico que permite assimilar tudo o que o ambiente imprime ao seu organismo. A massagem oferece benefícios e vantagens em relação ao aspecto neuropsicomotor e cria um meio facilitador para aumentar o vínculo pais e filhos. Assim sendo, a massagem se torna uma técnica favorável ao desenvolvimento infantil. Objetivo: Desenvolver uma atividade de educação em saúde que proporcione as mães uma vivência da massagem em bebês para a melhoria da qualidade de vida e da interação entre pais e filhos por meio do toque. Metodologia: A atividade realizada para este relato fez parte do projeto de extensão universitária e contou com a participação de 3 mães, sendo que 2 estavam acompanhadas por seus bebês e uma gestante, 7 alunos do 2° semestre do curso de graduação em enfermagem e a preceptora. Resultados: A maioria das mães que participaram da atividade já tinham vários filhos. No entanto, nenhuma havia aplicado a técnica de massagem em seus outros bebês, por isso não percebiam a importância deste ato. Conclusão: Constatamos que a técnica de massagem de bebê é de extrema importância não só para o fortalecimento do vínculo pais e filhos, mas também para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, além de ser uma prática prazerosa e de relaxamento tanto para quem massageia, quanto para a criança. Contribuições para a Enfermagem: O presente trabalho, além de divulgar uma das atribuições do enfermeiro no cuidado à criança e à família, possibilitou a valorização das atividades do enfermeiro na comunidade. Descritores: Saúde da criança. Enfermagem pediátrica. Massagem

13851

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAMILLA DA SILVA DIAS

O DISPOSITIVO VENOSO CENTRAL DE UMA CLIENTELA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dias, CSD; Maciel, ROM; Nogueira, MFHN;

Em um conceito histórico e cultural observou-se que o primeiro cateter intravenoso foi desenvolvido em 1945. Somente em 1973, o primeiro dispositivo para acesso venoso central, denominado Broviac1. Objetivos: discutir as características dos dispositivos venosos centrais utilizados pelas crianças atendidas no Ambulatório de Cateteres, a partir dos seguintes indicadores: tipos de cateter mais utilizados, critérios de escolha e complicações relacionadas durante a sua utilização. Estudo descritivo, retrospectivo do tipo transversal, realizado no Ambulatório Pediátrico de Cateteres de um Hospital Universitário do Município do Rio de Janeiro, amostra de conveniência, os dados foram armazenados em banco de dados e a análise, realizada estatisticamente através do cálculo de freqüência absoluta e percentual. Resultados: foi possível caracterizar o dispositivo venoso central utilizado através dos dados obtidos, total de 57 cateteres implantados em 20 crianças. O tipo de cateter mais utilizado foi o Cateter Venoso Central Semi Implantado, 33 cateteres (57,9%). O tempo de permanência variou de 0 à 15 dias, tal dado é preocupante, porque são cateteres considerados de longa permanência. Nos 57 registros, não foram encontrados o tipo de material. E ainda, as complicações mais freqüentes foram: a necessidade de tração do dispositivo ao término do procedimento e as infecções sistêmicas. Concluiu se a necessidade de elaborar protocolos para o manuseio desses dispositivos, para assegurar a implementação de um cuidado de enfermagem específico e de qualidade, para a resolução dos problemas relacionados ao uso pela clientela pediátrica. Além do desenvolvimento de programas de educação permanentes para atualizar a equipe de enfermagem frente às necessidades da clientela. Referências: 1 Phillips; LD. Manual de Terapia Intravenosa. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. Descritores: Cateterismo venoso central; Enfermagem pediátrica.

14415

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CARINE ALVES GOMES

PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS QUE ATUAM/ATUARAM EM UNIDADE PEDIÁTRICA: REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL

Gomes, CAG; Nicola, GDON; Rangel, RFR; Freitas, HMBF; Backes, DSB;

INTRODUÇÃO A assistência prestada à criança envolve diferentes fatores, biológico, social e familiar, frente a isso, entende-se que a equipe de enfermagem deve ter uma visão ampliada e interdisciplinar, com a finalidade de promover uma assistência de qualidade e não restringir a saúde da criança apenas à ausência de doença. A internação hospitalar da criança é permeada por intensas modificações devido à mudança de rotinas, sendo assim torna-se necessário que os profissionais de saúde que estão envolvidos no processo de cuidar encontrem maneiras de amenizar o sofrimento da mesma. Pois, ora a criança percebe a hospitalização como um momento de cura, e ora como um momento de aflição e incertezas devido à nova etapa que está vivenciando1. Sabe-se que é no familiar que a criança busca apoio e proteção, pois o seu cuidado contempla o componente afetivo tão necessário neste momento. Acredita-se que a presença do familiar junto à criança a auxilia a aceitar melhor a condição de internação, diminui a angústia do abandono que a criança possa vir a sentir em relação a outros membros da família, que não se encontram com ela neste contexto e favorece a formação do vínculo com os integrantes da equipe de saúde2. Assim, a equipe de enfermagem atua para inovar o atendimento à criança, esses estão assumindo novas responsabilidades, dando ênfase ao aperfeiçoamento de técnicas, normas e rotinas humanizadas com o objetivo de atingir o bem estar da criança e sua reabilitação, a fim de reduzir o tempo de internação hospitalar2. Nesse contexto, uma das estratégias utilizadas pelos profissionais é a ludicidade, pois ajuda a amenizar e diminuir os traumas relacionados à hospitalização. Assim, surge a Lei nº 11.104, de março de 2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedoteca nas unidades pediátricas3. Essa é constituída por atividades lúdicas que visam valorizar o brincar1. Neste delineamento, objetivou-se relatar a experiência profissional de enfermeiras que atuam/atuaram em Unidade de Internação Pediátrica. Descritores: cuidado da criança, assistentes de pediatria, humanização da assistência, enfermagem. METODOLOGIA Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no mês de agosto por enfermeiras que atuam/atuaram em unidade pediátrica. Para tanto realizou-se uma busca de artigos em periódicos nacionais para embasar a discussão proposta em bancos de dados eletrônicos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scielo referentes ao cuidado a hospitalização infantil, além de livros. dissertações e teses. Este relato norteia-se nos princípios da ética profissional, uma vez que não expõe as participantes que foram foco do estudo, atendo-se à descrição/narrativa do processo desenvolvido. Assim, atende as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE CUIDAR EM PEDIATRIA Dentre tantas seleções realizadas pelas enfermeiras, teve-se a oportunidade de fazer parte de um hospital de médio porte na cidade de Santa Maria-RS, como grande desafio recebeu-se a proposta de coordenar uma unidade pediátrica. O primeiro dia de atuação já foi marcante, era uma mistura de sentimentos como dúvida, incerteza, ansiedade e alegria. Porém, com muitas ideias para melhorar a realidade constatada. No primeiro mês, foram encontrados muitos obstáculos, conquistar a equipe e ser referencia para os mesmos, adquirir conhecimento das rotinas da unidade e dos demais locais do hospital. Após, adquiriu-se a destreza e habilidade técnica, segurança na punção venosa, confiança em lidar com as angústias dos familiares e das crianças que estão passando por algum procedimento traumático. Vários plantões foram finalizados com lágrimas no rosto, e questionando o porquê de ter escolhido uma unidade pediátrica para atuar, a

aflição me consumia diariamente. A incerteza surge da incompletude do ser humano, que confronta-se de todos os lados com as incertezas e desordens, as quais possibilitam uma nova ordem. É fundamental que este aprenda a enfrentar a incerteza e a desordem, uma vez que se vive em uma época de mudanças, porém, em um processo em que tudo está ligado e interligado4. Aos poucos a rede de apoio foi sendo ampliada, o contato com professoras e acadêmicos motivou a caminhada nesta nova fase profissional. Uma professora renomada, após perceber a aflição e ansiedade, questionou: "você está gostando de trabalhar com crianças?" Naquele momento, acreditou-se que tivesse feito a escolha certa. Buscou-se a atualização profissional de cursos, leituras, produção de artigos, participação de grupos de estudo. Com o passar do tempo percebeu-se que trabalhar com criança é uma alegria imensa, pois o afeto conquistado pelos profissionais é muito gratificante. Nesta caminhada o cuidado lúdico é amplamente utilizado, pois traz muitos benefícios no processo terapêutico de cura da criança. Minimiza o medo por meio da música, do brinquedo e de um espaço colorido e adequado significa humanizar a assistência, e não obstante percebe-se que tal cuidado é capaz de aproximar o profissional e o cuidador, além de facilitar o trabalho em equipe. CONCLUSÃO Este relato possibilitou visualizar a atuação de enfermeiras em unidade pediátrica, suas vivências nas diversas realidades que encontram durante o dia-a-dia profissional, suas aflições e incertezas. A vivência da prática assistencial possibilita desenvolver capacidades e ações crítica e reflexiva na práxis do cuidado frente às dificuldades e desafios. Analisando que a criança necessita de uma maior atenção e cuidado, e que o trauma em qualquer faixa etária interfere na qualidade de vida e em seu plano de desenvolvimento assinala-se que a inserção das atividades lúdicas no processo de cuidar pode contribuir diminuindo os efeitos estressores da hospitalização e transformar a assistência prestada humanizada. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM Assim, a trajetória profissional e o contado com acadêmicos proporcionou muito aprendizado, transmitir entusiasmo em atuar em unidade pediátrica, bem como perder o medo ao prestar assistência a uma criança, e acima de tudo aprender a observar os gestos e ações dos pequenos. A experiência pediátrica além de nos fazer repensar sobre os cuidados prestados, propõe também um autoconhecimento para nós profissionais enfermeiras, adquirindo através da prática, mais conhecimento e segurança, com isso nos sentimos capazes de inovar com estratégias com o objetivos de um atendimento com excelência. É possível afirmar que trabalhar com crianças traz felicidade, satisfação e realização profissional como enfermeiras. REFERÊNCIAS 1 Melo LL, Valle ERM. A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. RevEscEnferm USP 2010; 44(2): 517-25. 2 Gomes GC, Pintane AC, Strasburg AC, Erdmann AL. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):64-9. 3 Brasil. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedoteca nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. LEI Nº 11.104, DE 21 DE MARÇO DE 2005. 4 Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2a ed. São Paulo: UNESCO, 2011. 102p.

14492

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CARLA LIZANDRA DE LIMA FERREIRA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇAS COM CÂNCER FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS: A RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL E OS FAMILIARES

Ferreira, CLL; Reis, TLR; Freitas, HMB; Quadros, JS; Grasel, JT; Costenaro, RGS;

INTRODUÇÃO: Na infância, o câncer é considerado uma doença rara se comparado ao câncer na população adulta. No entanto, em alguns países em desenvolvimento, em que a população de crianças chega a 50%, a proporção do câncer infantil representa de 3% a 10% do total de neoplasias. No Brasil, estimativas do Instituto Nacional de Câncer a partir dos registros de base populacional brasileiro apontam, para o ano de 2012, uma incidência de câncer pediátrico de 0,5% a 3% de todos os casos de neoplasias da população mundial, o que representa 11.530 casos novos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos. Nesse contexto, justifica-se a atual importância do câncer na formulação de políticas e ações de saúde da criança e do adolescente. Destaca-se a Política para o Controle do Câncer, que afirma a importância do diagnóstico precoce, evidenciando a necessidade da organização da rede de serviços, em seus diferentes níveis de assistência, de modo a garantir o acesso também precoce ao tratamento adequado, sobremaneira, o melhor prognostico da criança e do adolescente com câncer, diminuindo a mortalidade por essa doença1. No tratamento da criança com câncer, a família deve ser vista como base, no entanto, geralmente, sente-se incapacitada e impotente diante do diagnóstico do câncer infantil. As frequentes hospitalizações possibilitam um convívio e, consequentemente, um relacionamento mais próximo do profissional de enfermagem com a criança e a sua família, compartilhando experiências boas e ruins do dia a dia, bem como emoções e sentimentos. Essa assistência integral à saúde da criança somada ao longo período de tratamento e acompanhamento resulta no vínculo entre o profissional, o paciente e sua família2. Diante do diagnóstico de câncer sem possibilidades terapêuticas, o enfermeiro torna-se referência para o apoio à criança e sua família para enfrentar a fase terminal e consequentemente a morte3. OBJETIVO: Conhecer relações estabelecidas pelos profissionais de saúde com os familiares de crianças com câncer em cuidados paliativos. METODOLOGIA: Estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de análise do banco de dados de um subprojeto de uma pesquisa matricial, constituído de 15 entrevistas com profissionais de enfermagem que desenvolvem ações de cuidado às crianças com doença oncológica avançada, cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Tal pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria/RS, Brasil sob o nº 0284.0.243.000-10. O tratamento e interpretação dos resultados permitiu colocar em destaque as informações obtidas em análise individual e geral das entrevistas, relacionando-as a produção teórica encontrada na literatura. RESULTADOS: No momento em que a criança é diagnosticada como fora de possibilidades terapêuticas, o emocional da família é abalado. O sofrimento dos familiares mobiliza um sentimento de profundo pesar nos profissionais da equipe de enfermagem. No cuidado cotidiano o profissional tenta amenizar o sofrimento e a dor, promove conforto para a criança e para a família por meio de palavras de conforto, de gestos de carinho ou, até mesmo, somente fazendo companhia. No cuidado em oncologia pediátrica, a criança e a família são indissociáveis, sendo que o cuidado de um implica do cuidado do outro4. Sendo assim, o adoecimento da criança pode ocasionar uma desestruturação na família. Buscando a melhora do estado emocional da família e, por conseguinte, da criança, a equipe de enfermagem utiliza-se de estratégias como a escuta das angústias, das incertezas e dos medos da família, bem como do diálogo. Nos momentos de dor e sofrimento, em que as palavras podem ser insuficientes para o consolo, a presença e companhia, mesmo silenciosas, do profissional

consolam e confortam a família. Diante da morte iminente da criança, o profissional de enfermagem, passa a vivenciar o sofrimento pela perda da criança e pela dor da família. Neste momento ele se envolve, se mantém junto, abraça e oferece apoio e consolo à família. Ao perceber a proximidade da morte da criança, a família recorre mais intensamente aos profissionais que a cercam, e é neste momento que ela precisa de ajuda, compreensão e apoio5. Ao compartilhar o processo de morte, o enfermeiro investe todos seus esforços para ajudar a família, participando do sofrimento vivenciado por ela. Com o desejo de querer ajudar, entender esse sofrimento e, também, demonstrar seus próprios sentimentos aos familiares. CONCLUSÃO: O cuidar da criança com doença oncológica gera um misto de emoções e sofrimento no profissional de enfermagem, inerente ao envolvimento deste profissional com a criança e sua família. Durante a assistência à criança em situação de morte iminente, o profissional de enfermagem sofre, pois se sente impotente e inconformado e, também, despreparado emocionalmente. Percebe-se que os resultados deste estudo enfatizam a importância de difundir a discussão acerca deste tema, pois se acredita que ao falar sobre a morte, encontramos meios para lidar melhor com ela. Ressalta-se, também, a contribuição para assistência prestada à criança, fazendo com que o enfermeiro reflita a importância do cuidado paliativo, as relações que estabelecem durante o cuidar e os reflexos que estas causam na assistência à criança. Além disso, contribuir para o desenvolvimento do enfermeiro que atua nas áreas de saúde/criança/oncologia, principalmente pela complexidade deste cuidado especializado e, na maioria das vezes, permeado de sofrimento diante dos limites terapêuticos e da morte da criança. Descritores: Enfermagem; Saúde da Criança; Neoplasias. EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança. 1 Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 118 p., 2011. 2 Silva FAC, et al . Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. Esc. Anna Nery [online]. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, June 2009. Disponível em: . 3 Avanci BS, et al. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. Esc. Anna Nery [online], Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, dec. 2009. Disponível em: . 4 Diefenbach G, Motta M. O cuidar em enfermagem: Família e criança com dor oncológica. Cogitare Enfermagem [online]. 2012; 17(3):458-63. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/24752/19035. 5 Moro CR, Almeida IS, Rodrigues BMRD, Ribeiro IB. Desvelando o processo de morrer na adolescência: a ótica da equipe de Enfermagem. Rev. Rene [online]. Fortaleza, 2010; 11(1): 48-57. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a05v11n1.htm

14499

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAROLINE MAIER PREDEBON

CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: CONTRIBUIÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Predebon, CM; Sanseverino, SLA; Durant, DM; Ferreira, AM; Ribeiro, NRR;

INTRODUÇÃO: Nas diversas situações clínicas, os acessos venosos são utilizados para administração de terapias parenterais. Dentre os vários dispositivos venosos para terapias de longa duração, destaca-se o Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP), que permite infusões mais seguras e preserva a rede venosa periférica. Nesse contexto, a Resolução 258/2001 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece a implantação do CCIP como competência do enfermeiro, desde que capacitados para tanto 1. A Resolução do COFEN nº259 de 2009, atribui o Processo de Enfermagem (PE) como ação privativa do enfermeiro em todos espaços de saúde 2. Acredita-se em vantagem desse método na indicação, manutenção e manuseio do CCIP, com vistas à redução de complicações e eventos adversos à criança hospitalizada, imprimindo segurança a esse procedimento. OBJETIVO: Descrever a experiência de enfermeiros num Hospital Universitário na utilização do PE na assistência ao paciente em uso do CCIP. MÉTODO: Relato de experiência. RESULTADOS: O PE, metodologia de trabalho do enfermeiro, facilita e qualifica a assistência ao paciente, e está vinculado a todas as ações de enfermagem na instituição em estudo. Esse método é utilizado desde o levantamento da história do paciente e necessidades/possibilidades de passagem do CCIP até os cuidados prestados ao paciente cateterizado. Nesse sentido, a coleta de informações obtidas pela entrevista ao paciente/família e a avaliação realizada possibilitará ao enfermeiro avaliar: medicamentos a serem utilizados, tempo de tratamento, idade, condições clínicas, limitações físicas/cognitiva e escolha da rede venosa. A partir desse conjunto de informações, são levantados fatores de risco, diagnósticos de enfermagem (DE), resultados e intervenções que embasarão o plano de cuidados adequado ao paciente que utiliza CCIP. Os fatores de risco levantados segundo NANDA-I (2013-2014) são: Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos e/ou exposição ambiental aumentada a patógenos; Defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado, estase ou mudança do pH de fluídos orgânicos); Trauma e procedimentos invasivos; Destruição de tecidos e resposta inflamatória; Capacidade prejudicada para visualizar o local da inserção e duração do tempo de inserção; Fixação inadequada do cateter; Largura e tipo de cateter e Natureza da solução (exemplo: concentração, irritante químico, temperatura, pH) 3. Os fatores de risco citados anteriormente embasarão a escolha dos seguintes DE: Risco de Infecção e Risco de Trauma Vascular, descritos na classificação da NANDA-I (2013-2014). Frente aos DE levantados, estabelece-se os resultados esperados de enfermagem da Nursing Outcomes Classification (NOC) a essa clientela: Estado Infeccioso, Estado circulatório e Resposta a medicação 4. Com o intuito de manter bons níveis dos resultados expostos anteriormente, definem-se as seguintes intervenções da Nursing Interventions Classification (NIC): Cuidados com Cateter Central de Inserção Periférica, Controle de Infecção, Proteção contra Infecção e Administração de Medicamentos: Endovenosa e Punção Venosa 5. Frente a esses elementos, o enfermeiro organiza o plano de cuidados ao paciente, que serão descritos a seguir: Identificar o uso pretendido para determinar o tipo de cateter e lúmen; Explicar ao paciente/família o propósito do cateter, seus benefícios e riscos; Observar a história clínica e alérgica do paciente; Obter consentimento para o procedimento de inserção; Selecionar a veia em melhores condições; Preparar o local para a inserção; Medir a distância da inserção do cateter ao ponto correspondente a posição da sua porção distal; Solicitar ao paciente que não se movimente durante a venopunção; Oferecer apoio emocional; Solicitar aos

pais que segurem e confortem o filho, quando necessário; Posicionar o paciente adequadamente à inserção; Limpar a região com solução adequada, com base no protocolo da instituição Inserir o cateter usando técnicas assépticas, conforme as instruções do fabricante e o protocolo da instituição; Puncionar o braço oposto em caso de pacientes com fístulas ou desvios arteriovenosos, quando apropriado; Inserir a agulha conforme as instruções do fabricante; Determinar a colocação correta, observando o sangue na câmara de esguicho ou no equipo; Prender a agulha com segurança no local, usando fita adesiva; Aplicar um pequeno curativo transparente sobre o local da inserção; Identificar o curativo do local de inserção EV e Conectar o extensor e aspirar, observando o retorno do sangue; Lavar com um jato de solução salina; Verificar a colocação da extremidade do cateter por meio de Raios X; Evitar o uso do membro utilizado para verificação da pressão sanguínea e para punção, se adequado; Monitorar complicações imediatas, como sangramentos, danos aos nervos ou ao tendão, descompressão cardíaca, dificuldade respiratória ou embolia pelo cateter; Monitorar possíveis sinais de flebite; Realizar troca do curativo, conforme o protocolo da instituição; Desobstruir o cateter conforme o protocolo da instituição, quando necessário; Remover o cateter conforme instruções do fabricante e protocolo da instituição; Realizar registros decorrentes dos procedimentos, bem como documentar a razão da remoção e a condição da extremidade do cateter; Comunicar sinais de infecção; Manter as precauções padronizadas pelo controle de infecção da instituição; Ensinar a lavagem das mãos aos funcionários e ao paciente; Encorajar o aumento da mobilidade e do exercício, quando adequado; Verificar incompatibilidades com o medicamento endovenoso; Preparar a concentração apropriada de medicamento endovenoso, cuja apresentação é em ampola ou frasco; Monitorar o paciente para determinar a resposta à medicação; Monitorar o sistema endovenoso, mantendo estéril, selecionando a conexão de entrada do equipo endovenoso mais próximo do paciente, bem como manter outras precauções padronizadas. CONCLUSÃO: Este trabalho visou descrever a estratégia do PE em um hospital público na utilização e manutenção do CCIP. Destacou a importância da metodologia utilizada no uso e manutenção do CCIP, pois se trata de ferramenta de trabalho da enfermagem, que nas suas diferentes etapas aborda aspectos importantes na avaliação, levantamento de fatores de risco ao paciente embasando a escolha do DE mais acurado, que dará origem ao plano de cuidados individualizado ao paciente. Também se ressalta a importância da busca de resultados esperados, que embasam a reavaliação do processo de cuidado ao paciente que utiliza o CCIP. Implicações para a prática de enfermagem: Observa-se cada vez mais, na prática clínica, a utilização do CCIP. Dentre as vantagens de sua utilização estão a longa permanência do cateter, redução no risco de infecção e a passagem ser realizada pelo enfermeiro capacitado, o que muitas vezes favorece a agilidade do processo. Também se destaca que a utilização consolidada do PE contribui no processo de cuidado ao paciente com CCIP, desde a decisão em conjunta das vantagens desse procedimento, levantamento de possibilidades e riscos ao procedimento, bem como na utilização de plano de cuidados individualizado ao paciente, em busca de metas de sucesso no tratamento. Descritores: Processos de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Cateter Venoso Central. Referências 1. COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Reconhece a implantação do PICC como competência do enfermeiro. Resolução nº 258, de 12 de julho de 2001. 2. Leite de Barros ALB, Lopes JL. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. Enferm em Foco. 2010; 1(2):63-65. 3. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem: Definições e Classificações 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013. 4. Moorhead S, Johnson, Meridean M. Classificação dos resultados de enfermagem. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 5. Dochterman JM, Buhechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

14413

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAROLINE SIMÕES

CARACTERIZAÇÃO DE REINTERNAÇÃO DE LACTENTES EM UM HOSPITAL GERAL DO ESPÍRITO SANTO, NO PERÍODO DE 2006 A 2009.

Krause, MK; Nascimento, LDCNN; Simões, CS;

As internações hospitalares são procedimentos traumáticos para as crianças, além do alto custo para a família e sociedade. Tanto a internação quanto a reinternação podem trazer à criança sofrimentos físicos e emocionais causando grandes desordens no seu psiquismo, influenciando negativamente nas suas condições biopsicossociais, aumentando sua morbidade e o grau de sofrimento. Este estudo teve como objetivo caracterizar a reinternação pediátrica, com relação ao sexo, diagnóstico, tempo de permanência, procedência e condições de saída, na faixa etária de 0 a 2 anos, em um hospital geral do norte do estado do espírito Santo. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório. A população foi composta por todas crianças que reinternaram na instituição, no período de estudo. Os aspectos éticos foram respeitados. Ao término do estudo, os objetivos foram alcançados. Dentre os resultados mais relevantes pode-se citar que prevaleceu o tempo de internação de 1 a 3 dias, os diagnósticos mais freqüentes foram distúrbios digestivos seguidos por distúrbios respiratórios. A faixa etária que mais reinternou foi de 3 a 6 anos e o sexo feminino foi prevalente. Os resultados mostraram ainda a falta de referência e contra-referência na instituição, o que pode contribuir para o aumento da incidência de reinternação. 1. ARMANI AP, BATISTTI RV. Reinternação pediátrica: frequencia e caracteristicas. Itajaí, 2002. Monografia (Graduação em enfermagem). 2. BENGUIGUI Y. Distúrbios do aparelho respiratório. 1999.. 3. BRASIL. Assistencia à criança com infecção aguda: módulo I. [Online].; 2007 [citado em 01 09 2008. 4. CORTES IR, JUNIOR FFC. Pediatria Moderna: estudo comparativo entre o uso inalatório de salbutamol e fenoterol no tratamento da asma aguda em crianças. 1998.. 5. ELSEN I, PATRÍCIO ZM. Assistencia à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem. 2000.

13859

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAROLINE SIMÕES

O PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS, DE ZERO A DOZE ANOS INCOMPLETOS, INSTITUCIONALIZADAS EM UM ABRIGO SITUADO NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA, ESPÍRITO SANTO, QUANTO AOS DETERMINANTES DE CONDIÇÕES DE SAÚDE.

Simões, CS; Schwanz, DMS; Nascimento, LDCNN; Ataíde, LJA;

No Brasil muitas crianças são privadas do cuidado de seus familiares e vivem em acolhimento institucional por certo período de tempo. O acolhimento institucional funciona como uma medida de proteção social legítima, quando oferece assistência à criança que se encontra sem os meios necessários à sobrevivência (moradia, alimentação, atenção à saúde e educação), ou mesmo diante da incapacidade dos pais e/ou responsáveis para cumprir com as obrigações de guarda e sustento dos filhos. O Estatuto da Criança e Adolescente dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente; no Brasil o acolhimento tem sido prevista por este estatuto e pode ser oferecido em diferentes modalidades como: Abrigo Institucional para pequenos grupos, Casa Lar e Casa de Passagem. Devido uma alta incidência de doenças entre as crianças institucionalizadas em consequência de higiene inadequada, má nutrição, aglomeração de crianças decidiu se caracterizar o perfil clínico - epidemiológico das crianças de zero a doze anos incompleto, institucionalizadas em um abrigo situado no município de Vila Velha, Espírito Santo. No abrigo residem 27 crianças entre 0 a 12 anos completos, sendo 10 meninas e 15 meninos. Trata-se de um estudo de natureza exploratória, com abordagem quantitativa. Dentre as variáveis que foram analisadas na pesquisa, encontram-se a idade, sexo, município de procedência Bibliografia 1. NECA. Sistema de informações sobre a criança e adolescente em abrigos. [Online].; 2005 [cited 2011 10 02. Available from: www.neca.org.br/siabrigos/abrigos.pdf. 2. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8.069/90. 13 jul. 1990.. 3. CAVALCANTE LIC, MAGALHÃES CMC, PONTES FAR. Abrigo para crianças de 0 a 6 anos: Um olhar sobre as diferentes concepções e suas interfaces. Revista mal-estar e Subjetividade. 2007; 8. 4. LEITE RCBea. Perfil de crianças abrigadas em casa de passagem: um enfoque na integralidade do cuidado. 2009.. 5. CANCADO RD, LOBO C, FRIEDRICH JR. Tratamento da anemia ferropriva com ferro por via oral. Rev. bras. Hematol. Hemoter. 2010; 32.

14297

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CÁTILA SCHOTT GELATTI

A QUALIDADE DE VIDA E SUA RELEVÂNCIA NO DESENVOLVIMENTO ESCOLAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Schott, CSG; Grasel, JTG; Quadros, JSQ; Freitas, HMBF; Zamberlam, CZ; Reis, TLRR;

INTRODUÇÃO: A infância é uma etapa predominantemente primordial no desenvolvimento de uma criança, sendo que na maior parte deste período encontra-se enserido na escola, assim é por este meio que ela obtem a maioria do seu conhecimento perante a sociedade. A temática ?qualidade de vida' abarca diferentes concepções, que são definidas de acordo com o contexto vivenciado1. Nesse sentido, destaca-se a importância desse assunto quando relacionado à criança, visto que as experiências desta fase são, na maioria das vezes, determinantes para a vida adulta, sendo que também é nesse período que a criança adquire certa autonomia a qual dá inicio uma concepção de futuro no qual esta criança venha a se desenvolver como uma pessoa mais prudente em suas escolhas. Assim sendo de grande importância intervenções de ações sociais para a promoção da melhoria de vida na infância, pois a criança contitui os direitos à saúde, educação e cidadania, e ainda a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola2-3, que permitiram a criação de políticas públicas voltadas à saúde e educação da população infantil. OBJETIVO: Conhecer na literatura nacional as produções científicas acerca da qualidade de vida de crianças escolares. METODOLOGIA: Para realizar estudo acerca da temática, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, com a seguinte questão de pesquisa: Quais são as produções científicas existentes acerca da qualidade de vida de crianças escolares? A pesquisa bibliográfica que compreende etapas, definição da questão (problema), os objetivos da pesquisa e os descritores; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações, definição das bases de dados, seleção dos estudos; extração das informações, organizar e sumarizar as informações e formação de um banco de dados; avaliação dos estudos incluídos na revisão, aplicação de análise estatística, inclusão e exclusão dos estudos e analise critica os estudos selecionados; interpretação dos resultados, discutindo-os apresentar propostas de recomendações e sugestões para futuras pesquisas; e por fim apresenta-se a síntese do conhecimento a revisão4. As referências encontram-se indexadas nas seguintes bases eletrônicas de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para a coleta de dados, foram utilizados os descritores: "Qualidade de vida" and "Criança pré-escolar" and "Educação Infantil", no idioma português. Os critérios de inclusão foram: trabalhos escritos na íntegra, dsponíveis em suporte eletrônico, em português, no período de 2005 a 2012, por ser artigos mais atuais. Os crítérios de exclusão: monografias, teses, dissertações, livros, capítulos de livros, resumos em eventos, artigos com resumos incompletos ou sem resumo disponível on-line. Com estes descritores, foram encontrados 124 artigos com texto completo, sendo selecionados só os relacionados com a temática. Após a leitura do material, foram selecionados 14 artigos que estavam de acordo com o objetivo proposto. O período da coleta de dados foi nos meses de fevereiro 2012 á março de 2012. RESULTADOS E DISCUSSÕES: As publicações estão centradas na área da educação seguida da psicologia e da enfermagem. Dessa forma constatou-se que os artigos apresentam questões relacionadas aos aspectos econômicos, sociais, psicológicos, familiares e culturais. Enfatizam a importância do profissional educador e da saúde orientar a criança para o seu desenvolvimento de conhecimentos e habilidades antes desconhecidas que contribuem para a adoção de estilos de vida saudáveis. Além disso, na escola a criança recebe acompanhamento nutricional, o que auxilia nos hábitos que implicam para sua saúde, atividades de educação física, que favorecem para o desenvolvimento motor e psicológico da criança. Para tanto, é importante a realização da

promoção da educação em saúde para o bem estar dos escolares, com ênfase nas relações interpessoais e no crescimento pessoal que delas resultam. Acredita-se que no espaço educativo deve-se fomentar uma análise crítica e reflexiva sobre os valores e condutas, fortalecendo para melhoria da saúde, o que influencia na qualidade de vida e no desenvolvimento humano5. É na escolar onde a criança começa a desenvolver sua autonomia e a aprender a conviver em sociedade e respeitar o próximo com sua singularidade. É um lugar oportuno aos educadores e profissionais da saúde para interagirem e discutirem com a comunidade escolar e as crianças a importância do cuidado em saúde, buscando transformar a ralidade existente para alcaçar uma qualidade de vida que favoreça ao crescimento e desenvolvimento infantil. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os estudos apontam lacunas nas produções científicas acerca da presença da familia no ambiete escolar e deficiência da interação entre a escola, a família, e os profissionais de saúde. Portanto, esses profissionais, juntamente com os familiares, devem ser capazes de contribuir para a aquisição de competências às crianças, auxiliando-os na aquisição de conhecimento para um futuro próximo, no qual possam conter uma autonomia de vida, construir um projeto de vida, fazer escolhas conscientes e responsáveis, ou seja, tornar-se um adulto com perspectiva de futuro relativamente construtora, para que possa adequar-se numa vida estável perante a sociedade. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Devido à politícas que ressaltam a importância do cuidado humanizado, compete à enfermagem, atualizar-se constantemente, em busca de melhorar a forma de cuidado e também desenvolver um modo de auxiliar no desenvolvimeto de uma infância saúdavel, espandindo o cuidado não apenas de uma forma tecnicista, mas com um cuidado integral, compreendendo o ?sujeito' de uma forma geral abragendo todas as suas dificuldades e limitações. Descritores: Qualidade de vida; Criança pré-escolar; Educação Infantil. REFERÊNCIAS 1 MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 2 BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 169º da Independência e 102º da República. . 3 BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 169º da Independência e 102º da República. 4 GIL, A. C. Como elaborar projeto de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Athas; 2002. 5 MACIEL, ELN; OLIVEIRA, CB; FRECHIANI, JM; SALES, CMM; BROTTO, LDA; ARAÚJO, MD. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. Ciênc. saúde coletiva. 2010. v.15(2): 389-396

14272

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CHEILA MARIA LINS BENTES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS QUEIMADAS ATENDIDAS NO PRONTO SOCORRO DA CRIANÇA ZONA SUL EM MANAUS ? AM

Bentes, CML; Ferreira, ES; Alves, KM;

A criança é ativa, curiosa, encontra-se em desenvolvimento, inexperiente e incapaz de identificar o perigo, apresentando maior predisposição para acidentes. A queimadura é considerada uma lesão traumática de maior incidência nessa faixa etária e, no Brasil, a segunda causa de óbito por acidentes. Estima-se que cerca de 70% de todas as mortes de crianças causadas por queimaduras, poderiam ter sido evitadas (OLIVEIRA, 2007; VALE, 2005). O fator mais preocupante descrito por Machado (2009) é a sequela deixada em vidas que simplesmente acabaram de começar ou como menciona Vale (2005) geram traumas físicos e psicológicos, em grande parte, irreversíveis, resultando com frequência em "morte social". Conceituando queimadura, Vale (2005) refere-se como toda e qualquer lesão produzida pela ação curta ou prolongada de temperaturas extremas no tecido de revestimento do corpo denominado pele, podendo atingir mucosas, músculos, vasos sanguíneos, nervos e ossos, sendo superficiais ou profundas, classificadas de acordo com a gravidade, grau de lesão e extensão da área atingida. No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, acontecem um milhão de casos a cada ano; 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização. As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no país, perdendo apenas para outras causas violentas, que incluem acidentes de transporte e homicídios (BERNZ, 2009). Constitui um importante problema de saúde pública, representando a segunda causa de morte não só nos Estados Unidos como também no Brasil, porém existem poucos dados e informações disponíveis para orientar programas de prevenção. O presente estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico das crianças queimadas atendidas no Pronto Socorro da Criança Zona Sul na Cidade de Manaus - AM nos anos de 2010 a 2012 e colaborar com informações que fomentem a elaboração de campanhas de prevenção e programas educativos. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com método dedutivo e quantitativo realizada na instituição citada, a qual é referência para atendimento à criança vítima de queimaduras no Estado do Amazonas. Para atender aos objetivos, elaborou-se um impresso para coleta de dados dos prontuários de pacientes atendidos por queimaduras nos referidos anos contendo informações tais como: nome da criança (iniciais), idade, sexo, procedência e outros. Para definição do tamanho da amostra utilizou-se as formulas estatísticas preconizadas por Barbetta (2002) com uma margem de erro (Eo) igual a 5%. Assim, foram coletadas informações de 201 prontuários selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: prontuários de crianças atendidas no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2012 vítimas de trauma por queimadura com até 12 anos completos na data do atendimento. Excluídos os prontuários de crianças atendidas na instituição por outras patologias; prontuários com letras ilegíveis e prontuários de crianças de etnia indígena atendidas por queimadura. Por se caracterizar uma pesquisa de campo exploratória, com método dedutivo e quantitativo, a técnica de pesquisa utilizada ocorreu através de documentação. A coleta de dados foi realizada através do acesso aos prontuários dos pacientes e por nem um momento houve a participação de humanos, submetendo à avaliação do Comitê de Ética, para dispensa e liberação. A coleta de dados teve seu início após autorização do CEP e do Pronto Socorro da Criança Zona Sul, setor de Educação Continuada, obedecendo ao agendamento num período previsto de dez meses. Após estudo dedutivo, os dados foram organizados em planilhas e tabelas e lançados no programa estatístico Microsoft Excel 2010. Os resultados evidenciaram que 38 a 49% das vítimas se enquadravam na faixa etária de menores de um a dois anos; o

sexo de maior prevalência foi o masculino variando de 54 a 63% dos casos; a procedência das vítimas estudadas, em sua maioria era proveniente da cidade de Manaus, as demais procediam de comunidades ou cidades que se encontram na Zona Rural do Estado ou do Município de Manacapurú, segundo lugar nos resultados da pesquisa. O domicílio com a presença do responsável foi o local onde ocorreu a maior incidência dos acidentes, sendo em 2010, 27 dos 43 casos ocorridos, em 2011, 39 dos 69 casos obtidos e em 2012, 48 dos 89 casos analisados; o cômodo da cozinha foi o ambiente físico de prevalência nos três anos. O agente agressor do tipo térmico prevaleceu em 66 a 77% dos casos e o agente causador líquido superaquecido em 36 - 45% dos casos estudados. Referente a profundidade das lesões observou-se que mais de 50% dos casos eram de queimaduras de segundo grau. A média de dias de internação hospitalar na enfermaria em 2010 foi 15,1; em 2011 - 10,2 e em 2012 -14,2, enquanto que na UTI em 2010 foi 26 dias por paciente (4 casos), em 2011 - 15,2 (4 casos) e em 2012 - 41,8 dias por vítima (5 casos). Quanto à necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos, o ano de 2010 mostrou que 26 crianças submeteram-se à intervenção cirúrgica, uma média de 3 cirúrgias por vítima; em 2011, 52 crianças, uma média de 2 procedimentos por cliente; no ano de 2012, 77 pacientes necessitaram de procedimento cirúrgico, uma média de 3 cirurgias por vítima. Não houve registro de óbito nos três anos. O grande número de crianças envolvidas em acidentes por queimaduras só vem reforçar a necessidade de prevenção para este fato. Através deste estudo observou-se que as crianças amazonenses são factíveis a acidente em todas as faixas etárias, não fugindo à realidade das demais localidades brasileiras, tendo em vista que são acidentes muitas vezes evitáveis confirmando dados literários. Os profissionais da saúde, sobretudo a equipe de enfermagem possuem um papel importantíssimo nesse cenário tanto na elaboração de estratégias preventivas quanto no cuidado individualizado e humanizado a essas vítimas inocentes. Referências Bibliográficas 1. Barbetta PA. Estatística aplicada ás ciências Sociais. 5.ed. Ed. Univ. Fed. de Santa Catarina, Florianópolis; 2002. 2. Bernz LM, Mignoni ISP, Pereima MJL, Souza JÁ, Araújo EJ, Feijó R. Análise das causas de óbitos de crianças queimadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1991 a 2008. Rev. Bras. de Queimaduras. 2009 jan-mar; 8(1): 9-13. 3. Machado THS, Lobo JA, Pimentel PCM, Serra MCVF. Estudo epidemiológico das crianças queimadas de 0-15 anos atendidas no Hospital Geral do Andaraí, durante o período de 1997 a 2007. Rev. Bras. de Queimaduras. 2009 jan-mar; 8(1): 3-9. 4. OLIVEIRA KC, Penha CM, Macedo JM. Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras. Arq. Med. ABC. 2007; 32 (2): 55-8. 5. VALE ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. Na. Bras. Dermatol. 2005; 80 (1); 9-19. Descritores: Epidemiologia, Queimaduras, Criança.

14589

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CINTIA KOERICH

CAPACITANDO O ENFERMEIRO PARA IDENTIFICAÇÃO E ATENDIMENTO DA PARADA CARDIOPULMONAR EM PEDIATRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Koerich, CK; Karan, PFK; Broering, SB; Bastos, LFB; Costa, APAC; Melo, CM;

CAPACITANDO O ENFERMEIRO PARA IDENTIFICAÇÃO E ATENDIMENTO DA PARADA CARDIOPULMONAR EM PEDIATRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA Cintia Koerich1, Patrícia Follador Karam1, Sabrina Broering1, Lilian Fabianni Bastos1, Ana Paula de Araújo Costa1, Caroline De Melo1 INTRODUÇÃO: A parada cardíaca súbita em crianças, diferentemente do adulto, é pouco comum, normalmente o que ocorre nas crianças, é a parada cardíaca decorrente da progressão da insuficiência respiratória e/ou do choque, associada à hipoxemia e acidose1. A sobrevivência à alta hospitalar na parada cardíaca intrahospitalar é maior quando comparada à parada cardíaca fora do hospital, sendo de 27% e 6% respectivamente, assim como a sobrevivência sem sequelas neurológicas. No entanto, de qualquer forma, a sobrevida à parada cardíaca é baixa e, portanto, o enfoque maior deve ser dado à prevenção, por meio do reconhecimento das situações de emergência que potencialmente podem resultar na parada cardíaca2. Neste contexto, a abordagem padronizada favorece o reconhecimento das situações de emergência, principalmente dos sinais de desconforto respiratório, insuficiência respiratória e choque, o que permite uma intervenção precoce, impedindo que estas situações progridam para insuficiência cardiopulmonar e parada cardíaca3. Assim uma abordagem sistemática das crianças gravemente enfermas é a maneira mais rápida e eficiente de conduzir estes pacientes. Atualmente, esta abordagem é feita de forma padronizada em todos os programas de treinamento de suporte de vida4. A alta qualidade da ressuscitação cardiopulmonar e a sistematização do atendimento são bases fundamentais para o sucesso do tratamento da parada cardíaca, tanto no suporte básico como no suporte avançado de vida5. OBJETIVO: Instrumentalizar os enfermeiros de uma instituição referência em pediatria para identificação precoce dos sinais e sintomas da parada cardiopulmonar (PCP) e atuação na PCP propriamente dita. METODOLOGIA: Trata-se de um relato desenvolvido a partir das vivências/experiências de um grupo de enfermeiros de um hospital referência em pediatria localizado no sul do Brasil, no período de maio a agosto de 2013, diante da necessidade de atualização/instrumentalização dos profissionais de enfermagem para a detecção precoce dos sinais e sintomas de gravidade em pediatria assim como para a intervenção da ressuscitação cardiopulmonar propriamente dita considerando o grande número de profissionais recém-contratados na instituição e as especificidades da área de atuação pediátrica. RESULTADOS: Primeiramente uma comissão composta por sete enfermeiros assistenciais da própria instituição foi composta no sentido de discutir e definir a partir de encontros semanais capacitações em PCP para enfermeiros e equipe de enfermagem da instituição. Na primeira semana os integrantes da comissão coletaram junto aos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) dúvidas, questões/sugestões a serem abordadas e trabalhadas nas capacitações. Foram comtempladas todas as unidades da instituição nos diferentes turnos de trabalho, matutino, vespertino e noturno, em três dias consecutivos, a fim de abranger 100% dos profissionais. Os principais pontos levantados pelos profissionais da enfermagem como relevantes a serem abordados nas capacitações foram: Como realizar a massagem cardíaca; Medicações mais utilizadas na PCP; Doses utilizadas; Diluição de medicação; Ação das medicações utilizadas; Como e quando iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar; Organização do atendimento na PCP; Passo a passo da PCP; Qual a função legal de cada profissional no atendimento de uma PCP; Quantos profissionais da enfermagem devem estar disponíveis no atendimento a PCP; Quais materiais devem estar disponíveis no carrinho de emergência; Quais as

medicações necessárias no carrinho de emergência; Como identificar os sinais de PCP; Quais tamanhos de lâminas e TOT; Quando utilizar oxigênio, quanto, em qual momento; Ordem massagem e ventilação; Como realizar a ventilação com bolsa máscara válvula (pressão e frequência); dentre outros. Após a coleta dos dados a comissão se reuniu para discussão e optou por convidar a integrar a comissão um profissional da equipe médica para que ficassem acordadas as atribuições deste profissional no caso do atendimento a PCP propriamente dita. Para a padronização dos procedimentos e discussões foi adotado como referencial teórico o Pediatric Advanced Life Support (PALS) da American Heart Association (AHA), sendo que dois enfermeiros integrantes da comissão realizaram o curso da AHA para aprimoramento. A comissão realizou um total de sete encontros antes da primeira capacitação, onde, com base no levantamento dos profissionais da enfermagem e posteriores discussões ficaram definidos os principais pontos a serem considerados e trabalhados nas capacitações: Focar nos sinais de alerta do PCP; Treinar o olhar do profissional na integralidade da criança; Ter ciência das causas mais frequentes de PCP em crianças: problemas respiratórios e circulatórios; Conhecer os eventos que antecedem a PCP na criança: Angústia respiratória, Insuficiência respiratória, Parada respiratória, PCP; Conhecer os sinais e sintomas que antecedem a PCP na criança: taquicardia, taquipnéia e palidez, sendo a cianose e a bradicardia alterações tardias; Reconhecer os sinais de comprometimento respiratório: retração intercostal e batimento de asa nasal; Conhecer as especificidades de algumas patologias como o Choque séptico, por exemplo, no qual deve ser fornecido O2 mesmo que a criança apresente boa saturação ou ainda nos casos de cardiopatia onde naturalmente a criança vai saturar menos de 90%, sendo o desejável sempre acima de 93%; Dar atenção à ansiedade da mãe, sendo este um fator para o agravamento do estado da criança. As capacitações foram realizadas primeiramente com todos os enfermeiros da instituição, em dois encontros, um no período matutino e outro no vespertino, em dois dias consecutivos, com duração de três horas cada. Cada encontro constituiu-se de dois momentos, onde no primeiro foram discutidos os aspectos teóricos em relação a fisiopatologia e reconhecimento dos sinais e sintomas de gravidade em pediatria e em um segundo momento de atividade prática foram apresentados os materiais utilizados em PCP a fim de serem reconhecidos e manuseados pelos profissionais, sendo realizado simulações de ressuscitação cardiopulmonar em manequim pediátrico. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir dos encontros foi possível proporcionar aos profissionais enfermeiros conhecimento teórico e prático para lidar com as possíveis intercorrências, as quais o paciente pediátrico está condicionado durante o período de internação, de maneira segura e eficaz. Sendo o enfermeiro peça fundamental no reconhecimento dos sinais e sintomas de gravidade no paciente pediátrico considerando sua permanência junto à equipe de enfermagem e paciente em período integral. Ainda pretende-se expandir a capacitação para os demais integrantes da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares) considerando o trabalho em equipe e a necessidade de conhecimento compartilhado. DESCRITORES: Enfermagem Pediátrica; Cuidados de Enfermagem; Parada Cardíaca. REFERÊNCIAS: 1. Matsuno AK. Parada cardíaca em crianças Medicina (Ribeirão Preto) 2012;45(2): 223-33. 2. Berg MD, Schexnayder SM, Chameides L, Terry M, Donoghue A, Hickey RW, et al. Pediatric basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Pediatrics 2010; 126: e1345-60. 3. American Heart Association, PALS - Pediatric Advanced Life Support - Provider Manual. 2006. 4. Matsuno AK. Reconhecimento das Situações de Emergência: Avaliação Pediátrica Medicina (Ribeirão Preto) 2012;45(2): 158-67. 5. Kleinman ME, Chameides L, Schexnayder SM, Samson RA, Hazinski MF, Atkins DL, et al. Pediatric advanced life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Pediatrics 2010; 126: e1361-99.

14229

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CLARIGLEIDE MENEZES DE LIMA

SEGURANÇA DO PACIENTE: DIFICULDADE DE DIAGNÓSTICO DE ESTENOSE SUBGLÓTICA

Lima, CM; Lisboa, CB; Leite, CM; Mascarenhas, MLVC; Lima, PC; Lívio, TA;

INTRODUÇÃO: Segurança do Paciente (SP) é a redução e a mitigação de atos não seguros no sistema de assistência à saúde, assim como a utilização das melhores praticas que conduzem a resultados ótimos para o paciente. A qualidade e segurança do cuidado ao paciente pediátrico é um fenômeno complexo e dinâmico1. A criança é particularmente suscetível a desenvolver insuficiência respiratória, pois existem diversos fatores inter-relacionados que favorecem essa evolução, que vão desde peculiaridades anatômicas a características fisiológicas e imunológicas, tais como o pequeno diâmetro das vias aéreas que produz uma maior tendência à obstrução; a função muscular intercostal e a diafragmática menos madura favorecendo à exaustão2. A estenose subglótica pode ser congênita idiopática e iatrogênica3 e seu diagnóstico é importante para que o tratamento seja escolhido o mais precoce possível. Para definir o grau de obstrução é necessário realizar o exame da via aérea sob anestesia geral (broncoscopia) para que se possa medir objetivamente o diâmetro da via aérea3. A falta desse equipamento numa unidade hospitalar torna o diagnóstico mais difícil adiando a escolha do tratamento. Na área de saúde, o erro humano pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou de múltiplos fatores associados, quer sejam inerentes ao próprio paciente de ordem institucional, financeira e de recursos estruturais, como planta física, materiais ou equipamentos, além dos fatores humanos, como a falta de conhecimentos e habilidades. O primeiro passo para o entendimento e prevenção do erro humano é conhecer a possibilidade de sua ocorrência, além dos tipos, causas e consequências1. Em pesquisa realizada sobre a associação de falhas e incidentes com o gerenciamento da assistência assinala que um em cada dez pacientes admitidos em hospitais de países desenvolvidos é vítima de pelo menos um erro não intencional, sendo que cerca de metade dessas falhas poderia ser evitada, se os profissionais tivessem extraído lições de acontecimentos anteriores. OBJETIVO: Ressaltar a segurança do paciente através do relato de experiência frente a uma criança que apresentou dificuldade diagnóstica de estenose subglótica, devido a falta de recursos tecnológicos na unidade hospitalar. METODOLOGIA: Estudo descritivo do tipo relato de experiência. Para subsidiar o relato realizamos um embasamento teórico a partir da revisão de literatura e consultas ao prontuário. RESULTADOS: Criança de 3 anos, deu entrada na Emergência do Hospital Público no dia 11.07.2013 com história de desconforto respiratório há dois dias. No momento apresentava desconforto respiratório grave, tiragem completa infraesternal, hipótese diagnóstica de crise asmática + corpo estranho. Em média cinco horas após a entrada no hospital evoluiu com piora do quadro, apresentando desconforto respiratório acrescido de tosse rouca e sudorese. Admitido na UTI Pediátrica, tentativa de intubação sem sucesso, visualizado algo endurecido entre as cordas vocais. Sendo retirado após várias tentativas com pinça de biópsia de endoscopia um corpo estranho (osso de galinha). Intubado em seguida, seguindo em ventilação mecânica na UTI. No 5º DI extubou-se sendo instalada Ventilação mecânica não invasiva (VMNI), neste mesmo dia evoluiu para cpap nasal e 6º DI para hood. Apresentou convulsão focal no 7ºDI, encontrava-se em ar ambiente, iniciado anticonvulsivante. Submeteu-se a Tomografia Computadorizada de Crânio com laudo constando exame topográfico dentro da realidade, permaneceu na UTI por sete dias. Em 8ºDI transferido para enfermaria pediátrica, eupneico, em ar ambiente, dois dias depois apresentou dispnéia, tiragem, secreção oral abundante, cianose, mãe nega alimentação na hora de piora. No 10ºDI encaminhado ao Centro cirúrgico, para intubação ou possível traqueostomia, readmitido na UTI Pediátrica, intubado, com suspeita de deslocamento de alguma partícula de corpo estranho que ocasionou nova obstrução sendo

cogitada a realização da broncoscopia, exame esse não realizado no referido hospital publico. Extubou-se no 11ºDI evoluindo em máscara de Venturi e após ar ambiente. 13ºDI transferido para enfermaria, em ar ambiente, eupneico, pouco responsivo a estímulos. 15ºDI evoluiu com tosse, dispnéia com estridor, tiragem supraesternal e subcostal sem cianose sendo readmitido na UTI e reintubado. Cobrado broncoscopia urgente, conseguido cortesia em Hospital Particular, transferido para ser submetido à broncoscopia, com resultado estenose de região subglótica de +- 70%, exposição de cartilagem em face posterior, ausência de corpo estranho, foi também realizada dilatação da subglote com ótimo, aspecto pós-dilatação não houve intercorrência. Retornando a UTI intubado, sendo extubada, instalado VMNI. 16ºDI reintubado, aguardando nova broncoscopia. No 19ºDI extubado, instalado máscara de venture. 22ºDI transferido para outro hospital, submetido à broncoscopia, com resultado de visualização de +- 60% de estenose subglótica e melhora da epitelização da cartilagem. Retorno a UTI intubado, bastante secretivo, indicado colocação de tubo de Montigomery sendo extubado dia 23ºDI instalado VMNI, evoluindo com piora do quadro respiratório sendo reintubado. No dia 26ºDI foi transferido para outro Hospital, no dia 29ºDI realizado broncoscopia, constatado que a colocação do tubo de Montgomery não se adéqua ao tamanho da criança não sendo indicado, sendo realizada nova dilatação. DISCUSSÃO: O diagnóstico de estenose subglótica depende de exame específico, como a broncoscopia. O paciente em questão apresentava no momento de atendimento na emergência desconforto respiratório por esse ter uma abrangência de causas e pela apresentação clínica inicial incompleta, mascarada por corpo estranho, um osso de galinha, a suspeita de estenose subglótica foi adiada. A dificuldade diagnóstica nesse caso tem importância devido ao tratamento ser um procedimento invasivo como dilatação e colocação de tubo de montigomery, e o paciente necessitar do tratamento para respirar expontaneamente, observa-se também vários procedimentos invasivos realizados em curto espaço de tempo. Sendo assim podemos averiguar que houve uma falha na segurança do paciente, tendo como resultado danos ao mesmo. O diagnóstico da estenose subglótica foi tardio, sendo a criança admitida por três vezes na UTI Pediátrica, em desconforto respiratório severo. A ausência de equipamento no hospital poderá comprometer de forma significativa o prognóstico de criança com estenose subglótica. O diagnóstico de crianças com estenose subglótica pode ser difícil quando não existir exame de broncoscopia em tempo hábil. Principalmente em pacientes que tem momentos de padrão respiratório dentro da normalidade. CONCLUSÃO: A segurança do paciente pediátrico deve ser estimulada pela equipe multidisciplinar levando em conta que as crianças são inábeis em perceber e relatar experiências aos profissionais de saúde e a família. Também devemos ressaltar a importância de incluir a família no cuidado a criança hospitalizada, estimulando a questionar e participar dos acontecimentos no processo saúde e doença da criança. CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: DESCRITORES: O enfermeiro tem um papel importante na segurança do paciente através da coordenação dessa assistência e reforçando o cuidado centrado na criança e sua família. Com a função qualificar e prestar uma assistência adequada à criança, podendo contribuir com a promoção de segurança. Segurança do Paciente; Enfermagem; Hospitalização REFERÊNCIA: 1. Vendramim P. Segurança do Paciente. In: Enfermagem Pediátrica. Fonseca, AS. São Paulo: Martinari; 2013. p. 263-277. 2. Piva JP, Garcia PCR, Santana JCB, Barreto SSM. Insuficiência respiratória na criança. Jornal de Pediatria, 2008; Volume 74. 2008. 3. Smith MM. Incidência de lesão de laringe por intubação em unidade de terapia intensiva pediátrica e estudo dos fatores de risco [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

14302

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CLARISSA WEISS IUCHNO

ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO

Iuchno, CWI; Magagnin, JSM; Maszlock, VPM; Rosa, EBR; Pulga, JABP; Rosa, LRP;

ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO Introdução: O presente trabalho configura-se como um relato de experiência, vivenciado por seis acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto (UFCSPA) durante um dos estágios em um hospital pediátrico. Esse estudo de caso foi elaborado a partir do interesse que essa paciente nos despertou. A mesma tinha 1 ano e 10 meses, e através da emergência foi internada na UTI deste mesmo hospital, por suspeita de Meningite[1]. Os dados de identificação da paciente são os seguintes: nome I.O.N; idade: 1 ano e 10 meses; sexo feminino; data de entrada no hospital: 12/05/2013. O diagnóstico foi confirmado, diversos procedimentos invasivos foram realizados em decorrência do desenvolvimento da hidrocefalia. Após a recuperação da mesma e a sua transferência para a unidade de internação clinica, local onde realizamos os cuidados dessa paciente no estágio, iniciou-se uma investigação sobre o início da doença. A equipe de saúde questionou a mãe da paciente sobre a situação do vacinal da sua filha e estava atualizada. Diante disso, resolveu-se investigar a história dessa criança e da família para compreender como se deu o curso da doença, visto que em um pequeno de tempo, a criança hígida e que não possuía nenhum problema de saúde, tornou-se acamada, pouco ou nada responsiva aos estímulos, passou a alimentar-se através de uma sonda e a não se comunicar. Objetivo: O estudo de caso teve como objetivo geral conhecer de fato o curso da evolução da doença, desde o aparecimento dos primeiros sinais, até o diagnóstico ser fechado. Como objetivos específicos:estabelecer quais os cuidados de enfermagem[3] que se fazem essenciais em uma situação como esta e elaborar um folder de reabilitação e informação sobre meningite e hidrocefalia[1]. Metodologia: Para a elaboração desse estudo de caso, foi feito uma busca no prontuário da paciente, tanto o impresso quanto o eletrônico e foram selecionadas, dentro dos registros de todas as categorias profissionais, as informações mais relevantes para a compreensão da situação da paciente. Posteriormente, elaborou-se um roteiro de exame físico, céfalo-caudal e completo. Esse foi realizado no dia 6 de julho de 2013, mas antes do mesmo, realizamos uma anamnese com a mãe da paciente, na qual exploramos a história da paciente e da gestação. Após a anamnese, deu-se a realização do exame físico. Ao final, elaborou-se um folder de reabilitação para paciente com meningite e hidrocefalia, devido à importância da conscientização da população sobre a prevenção e orientações sobre cuidados da criança, visando a desmistificar e oferecer informações relevantes sobre os assuntos. Resultados: A partir das informações do prontuário, da anamnese e do exame físico, foi possível perceber e entender a evolução da doença da paciente. Em relação à história de saúde, na primeira semana de Abril, a paciente consultou no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), com queixas de febre há dias, foram realizados raio-x de tórax e hemograma e contatado que a paciente estava anêmica. Na metade de Abril, apresentou inapetência, êmese e apatia; consultou novamente no PACS e foi diagnosticada com pneumonia; deu início ao tratamento com Amoxicilina. No início de Maio, estando em uso de Amoxicilina há mais de 20 dias, apresentava-se sonolenta, confusa, não deambulava, e no dia 12/05, dia em que foi levada à emergência do hospital, teve um episódio de convulsão. Na emergência, a paciente fez um raio x de tórax e uma tomografia de crânio e foi levantada a suspeita de Meningite, por vírus incubado de Tuberculose, pois a tia paterna fazia tratamento para tuberculose e convivia com a paciente diariamente. Portanto, o motivo da internação: suspeita de Meningite por Mycobacterium tuberculosis[1]. Durante a sua internação na UTI, foram realizados diversos procedimentos invasivos com a paciente, como colocação de acesso venoso central, intubação e

ventilação mecânica, derivações ventriculares externas (DVE) e derivações ventrículo-peritoneais (DVP). Foi confirmado, durante a internação na UTI, o diagnóstico de Meningite por Mycobaterium tuberculosis. Na anamnese a mãe referiu que a gravidez foi de baixo risco, não teve nenhuma intercorrência, realizou mais de 6 consultas de pré-natal. Ao exame físico a paciente estava acordada no leito, em decúbito dorsal com a cabeceira elevada, acamada e pouco responsiva a estímulos, tanto verbais, quanto auditivos. Crânio simétrico, com ferida operatória - da colocação da DVP -, com curativo na região frontal e parietal, apresentava as fontanelas fechadas. Pupilas fotorreagentes, isocóricas com midríase, conjuntivas e mucosas coradas, dentição incompleta. Ventilando em ar ambiente. Em uso de SNE. Tórax simétrico, abdômen distendido com ruídos hidroaéreos hiperativos presentes, curativo de ferida operatória na região supraumbilical (DVP). Não deambula, nem sustenta posição sentada, sensibilidade presente em MMII e MMSS, força muscular diminuída (grau 1), teste de Babinski positivo, presença de movimentos involuntários com as mãos, hipertonia em MSE, roda-denteada em MSD, não faz preensão palmar. Genitália e eliminações urinárias sem particularidades, eliminações intestinais com fezes líquidas há 3 dias. Extremidades aquecidas e bem perfundidas, enchimento capilar rápido. Após todas as etapas do processo concluídas, foram associados à paciente 5 diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados, conforme as taxonomias NANDA, NOC e NIC. Os diagnósticos foram: nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (00002) relacionada à capacidade prejudicada de ingerir os alimentos, evidenciada por incapacidade percebida de ingerir comida; diarréia (00013) relacionada a alimentação por sonda e efeitos adversos de medicações evidenciado por ruídos intestinais hiperativos; mobilidade física prejudicada (00085) relacionada a prejuízos neuromusculares, evidenciada por instabilidade postural; risco de integridade da pele prejudicada (00047) relacionada a imobilização física; atraso no crescimento e no desenvolvimento (00111) relacionada a responsividade inconsistente evidenciado por incapacidade de desempenhar atividades de autocontrole apropriadas à idade[2]. Conclusão: Ao término da construção desse estudo de caso e ao longo de todo o seu processo de elaboração, um dos aspectos que julgamos mais importantes no tratamento da paciente foi a abordagem multiprofissional, e mais que multidisciplinar, interdisciplinar, visto que a paciente demandava diversos cuidados e que para que as necessidades da mesma fossem atendidas, o envolvimento de toda a equipe - enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, psicólogos, assistente social. Essa equipe interdisciplinar deve ter como objetivo o auxílio à reintegração e manutenção dessa criança no âmbito familiar, visando a orientar os cuidadores para que os mesmos compreendam o papel como cuidador de um indivíduo que demanda cuidados especiais. Implicações para a Enfermagem: Não somente nesse contexto, mas na prática profissional diária, os enfermeiros possuem o papel de educador e, nesse caso, o cuidado prestado pelo mesmo na assistência direta ao paciente, como a realização de uma punção venosa periférica, instalação de SNE, possui a mesma importância que as orientações e o apoio oferecido à família dessa criança que terá que adequar-se às novas necessidades e condições de saúde da mesma. Descritores: Pediatric Nursing, Meningitis, Hidrocepalus, Referências: [1] Meningites. Ministério da Saúde. Informações gerais sobre a doença. Disponível em: Acessado em: 27 de junho de 2013 [2] DIAGNÓSTICOS de enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010. 452 p. Tradução de: Nursing diagnosis: definitions and classifications 2009-2011. ISBN 9788536321042. [3] BULECHEK, Gloria M.; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BUTCHER, howard K. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 901 p. Tradução de: Nursing interventions classification. ISBN 9788535234428.

14129

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CLÁUDIA APARECIDA FERNANDES CORDEIRO

ESTUDO DE CASO: POSSIBILITANDO A VISÃO HOLÍSTICA DO PACIENTE

Cordeiro, CAF; Conceição, JA; Paula, FA; Ribeiro, GC; Lima, AMJ; Firmes, MPR;

Introdução: O estudo de caso se caracteriza como uma estratégia para que o acadêmico observe de forma ampla o paciente sob seus cuidados possibilitando embasamento teórico para desempenhar as reais necessidades do paciente. O presente relato trata-se A.M.O.J, 4 anos, masculino, natural de Capitão Felizardo (zona rural de um município do interior de Minas Gerais), branco. Parto normal. Ao nascer: 53 cm e 3,800 kg. Amamentou exclusivamente até 6 meses e permaneceu com aleitamento materno até 2,5 anos. Esquema vacinal completo para a idade, orientado para pós alta vacinação de reforço. Pai tabagista, trabalhador rural. Avó materna portadora de H.A. Casa própria, água filtrada, luz elétrica, rede de esgoto por fossa. Mãe nega internações anteriores da criança e alergia a qualquer medicamento e alimento. Encaminhado da Santa Casa de Caridade de Diamantina no dia 05/08/13 após laparotomia com apendicectomia, drenagem de abcesso pélvico e tratamento cirúrgico de peritonite. Em uso de Ceftriaxone 50 mg 12/12 h correr em 20 min EV; Metronidazol 10mg/ml de 8/8 h correr em 1 hora EV; Dipirona 500 mg/ml se dor ou febre. Apresenta picos febris. SSVV: PA 125X70 mmhg, FC 130bpm, FR 30irpm T 30,3º. Peso: 17,500 kg, altura: 102 cm. Ao exame físico: apresenta crânio normocefálico, fácie atípica, normocorado, hidratado, acianótico. Couro cabeludo íntegro, ausência de lesões, depressões ou abaulamentos. Implantação do cabelo normal. Conjuntiva normocorada. Pupilas Isofotorreativas. Narinas pérvias, sem desvio de septo. Mucosa oral íntegra, hidratada. Dentes em bom estado de conservação. Glânglios não palpáveis. Tórax simétrico, ausência de lesões. MVF sem RA, BNRNF em 2T. Abdome plano, pouco distendido, RHA +, Indolor à palpação superficial e profunda. Curativo oclusivo em incisão cirúrgica medindo 12 cm, ferida limpa e seca. Presença de manchas hipocrômicas nos MMSS, região do antebraço. Mantendo AVP em MSD salinizado. Pele ressecada +/4+ em MMII. Objetivos: Evidenciar todos os diagnósticos de enfermagem, prescrições e implementações necessárias e que garanta melhor qualidade no atendimento e serviço prestado pela equipe. Metodologia: Realizada coleta de dados durante a disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente (anamnese, exame físico), diversos dados também foram obtidos através de consulta ao prontuário e discussão com a equipe responsável pela assistência direta. Resultados e discussão: Os principais diagnósticos traçados foram: Intolerância a atividade relacionado a dor, incisão cirúrgica grande (12 cm); Conforto prejudicado caracterizado por dores abdominais relacionado a posição durante o lazer e deambulação; Risco de infecção relacionado a defesas primárias inadequadas, procedimentos invasivos; Integridade da pele prejudicada relacionado ao estado metabólico prejudicado, AVP caracterizado por rompimento da superfície da pele; Nutrição Alterada menos do que as necessidades corporais relacionado a aceitação insuficiente de alimentos líquidos e pastosos; Nutrição desequilibrada relacionada a consistência dos alimentos oferecidos; Medo relacionado ao Ambiente hospitalar medo/estresse por mudança de ambiente. Após análise dos diagnósticos traçados evidenciamos a necessidade das seguintes prescrições prioritárias: Importante diminuir alimentos ricos em sódio como: caldo kinnor, sazon, enlatados e embutidos; Evitar ingestão de alimentos ricos em carboidratos e gorduras saturadas, dar preferência a alimentos naturais ricos em fibras (que favoreça o funcionamento intestinal) e carnes magras; Orientar a mãe a estimular a ingesta hídrica; Continuar corretamente o uso dos medicamentos caso seja prescrito pelo médico; Estimular a deambulação e desenvolvimento das atividades normais; Proteção contra infecção: Observar sinais flogísticos na inserção do AVP, fechar adequadamente multivias caso não esteja em soroterapia, não desconectar a soroterapia para qualquer atividade que o

paciente for fazer; Realizar cuidados com o local da incisão do AVP, supervisionar o local da inserção, quanto a limpeza e presença de sinais flogísticos, trocar o esparadrapo caso o mesmo comece a se soltar, proteger o local da incisão com papel filme. Monitorar diariamente o peso, ingesta de água e alimentos e alterações nas eliminações fisiológicas, monitorar temperatura, coloração e umidade da pele, em especial das extremidades; ensinar para a mãe a importância em manter a pele em boa higiene e nutrição; realização de movimentos diários, não permanecendo em mesma posição por longos períodos. Conclusão: A presente atividade possibilita ao acadêmico vivenciar e avaliar as necessidades de cada paciente, traçar os diagnósticos de risco e reais do paciente bem como as intervenções necessárias para minimização dos riscos e prevenção de agravos. Contribuições / implicações para a Enfermagem: Para o acadêmico em formação é muito relevante o vínculo precoce criado com o serviço, com os profissionais e principalmente com a população, oferecido pelo estágio das disciplinas curriculares. O acadêmico muitas vezes se depara com todo o serviço e não simplesmente com a pontualidade de cada disciplina, com essa nova realidade este se torna mais apto para a prática profissional, este tipo de trabalho possibilita que o acadêmico crie uma forma mais crítica para levantar as necessidades do paciente e as intervenções necessárias para melhorar a qualidade da assistência durante a sua permanência no ambiente hospitalar e posteriormente em casa. Esta atividade possui outras contribuições para a prática de enfermagem como acompanhar e discutir o caso com o enfermeiro/equipe multiprofissional, nas diversas atividades programadas, o tornando mais ágil diante da demanda espontânea, solucionando da melhor forma todos os problemas e/ou inquietações que afligem o seu paciente. O serviço ao receber o aluno demonstra que está aberto para a mudança ou mesmo quer contribuir para o futuro profissional do aluno. É sabido que a realização do estágio possibilita ao acadêmico aplicar a teoria trabalhada em sala de aula, porém o acadêmico deve aproveitar as oportunidades garantindo que sua assistência seja mais voltada para os cuidados e abordagens que muitas vezes são negligenciadas durante o exercício profissional. Enfim, o estágio das disciplinas oferece uma grande gama de conhecimentos e habilidades, todavia o estudante deve além de aproveitar as oportunidades, criar oportunidades para o desenvolvimento de Estudos de caso, para que se avalie de forma holística o paciente. Bibliografia: MOYET, Lynda Juall Carpenito. Manual de Diagnósticos de Enfermagem. 13º Ed. Artmed Porto Alegre-RS, 2011. Dochterman, Joanne McCloskey; Classificação das intervenções de enfermagem; tradução: Regina Machado; 4º ed., 2008. North American Nursing Diagnostic; Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação; 2009-2011/NANDA Internacional; tradução Regina Machado. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Traducao de Brunner e Suddarth. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

14538

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CLAUDIA MARIA FERNANDES

PUERICULTURA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ATIVIDADES PRÁTICAS VIVENCIADAS POR DICENTES NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Fernandes, CMF; Sá, PCSL; César, ACLL; Alves, RAS; Alves, AAP; Silva, AMSG;

INTRODUÇÃO: A infância é um dos períodos importantes na vida do ser humano que necessita de cuidados, logo, deve ter uma assistência integrada no sentido de manter a criança saudável garantindo seu pleno desenvolvimento1. Através da Estratégia Saúde da Família as atividades elencadas em favor da criança são realizadas de acordo com as diretrizes das ações básicas de saúde. Nesse contexto, a puericultura faz parte dessas atividades em que trabalha de forma integral a criança, a família e os fatores negativos capazes de promoverem um não crescimento e desenvolvimento saudáveis1. O enfermeiro tem um papel importante nesse processo, no qual ele acolhe através da atenção básica a criança em diferentes fases de sua vida. Objetivando garantir a qualidade deste atendimento à criança recomenda-se um calendário mínimo de consultas, assim distribuídas: até 15 dias de vida, com um mês, dois, quatro, seis, nove e doze meses, completando, assim, sete consultas no primeiro ano de vida 4, já o Ministério da Saúde, propõe a continuação das consultas, sendo no segundo ano de vida duas e a partir do terceiro ano de vida, uma consulta anual1,3. Durante as consultas o enfermeiro deverá ter a capacidade técnica de interpretar gráficos, avaliar o desenvolvimento da criança conforme os padrões do crescimento e marcos do desenvolvimento, bem como também trabalhar a linha de atenção voltada à saúde da família dessas criança1. Dentre os fatores considerados fundamentais, devem ser ressaltadas as características do nascimento, o peso, a alimentação, vacinação, a moradia, o saneamento básico, a estimulação psicomotora e as relações afetivas, que refletem as condições gerais de vida às quais a criança está submetida, logo, existem relações entre esses fatores extrínsecos e o desenvolvimento da criança3. O acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança constitui o eixo central desse atendimento. OBJETIVO: Relatar a experiência de discentes da disciplina de enfermagem em saúde da criança e do adolescente na consulta da puericultura realizada no Banco de Leite Humano (BLH), numa cidade do alto sertão paraibano. METODOLOGIA: Pesquisa descritiva, sob forma de relato de experiência. A mesma foi realizada no centro de referência ao atendimento a gestante e a criança. O espaço dispõe de uma equipe multiprofissional qualificada, que vem prestando uma assistência integral aos usuários referenciados. As consultas de puericultura no BLH normalmente são realizadas pelo enfermeiro e em casos de alguma alteração são encaminhadas ao pediatra, as mesmas são realizadas no período da manhã e quatro dias na semana. As vivencias das aulas práticas em puericultura foram nas terças-feiras, durante os meses de Julho a Setembro de 2013, as mesmas já estavam pré-agendadas com a coordenação e com os alunos da disciplina. Participaram da experiência 42 discentes matriculados, em que foram divididos em grupos de 6, sob a supervisão direta da docente da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras PB e duas monitoras da disciplina. Durante o período das atividades práticas participaram 30 crianças em faixas etárias distintas, nas quais foram atendidas conforme hora de chegada e previamente agendadas.. Para as consultas, o roteiro foi de acordo com o manual de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD)3, em que foi contemplado o registro do peso, estatura/comprimento e perímetro cefálico na caderneta da criança, a observação e avaliação dos marcos do desenvolvimento, a avaliação do esquema vacinal. Nos atendimentos as mães puderam fazer perguntas que foram respondidas conforme a literatura pertinente ao assunto. Todas as informações foram adicionadas ao prontuário da criança. RESULTADOS: Percebeu-se que durante as atividades práticas o ambiente utilizado possuía boa estrutura física, condições

favoráveis para o atendimento o mais privativo possível para puericultura, com possibilidades de observar e anotar a interação mãe e filho. Todas as crianças atendidas não apresentaram atraso no Crescimento e Desenvolvimento e estavam com o calendário vacinal atualizado. Quanto aos problemas encontrados, foi evidenciado uma criança de 6 meses de idade com Infecção das vias aéreas respiratórias superiores e outra criança de 5 meses de idade com dermatite na região da face anterior e posterior do pescoço, ambas foram avaliadas previamente e encaminhadas ao pediatra do Banco de Leite Humano. Algumas mães relataram dificuldades para iniciar o desmame, outras questionaram sobre a higiene do coto umbilical e sono do bebê. O que chamou-nos a atenção foi a presença de alguns pais na consulta como também a interação familiar entre eles, os mesmos foram informados quanto à importância da puericultura, a interação da criança com o meio social no qual pertence, orientamos que o acompanhamento fosse realizado conforme a idade da criança, já que não detectamos crianças precisando de consultas extras. Ao término da prática, foram discutidos os pontos importantes da aula. CONCLUSÕES: Frente à realidade vivenciada percebeu-se que a consulta de enfermagem na puericultura foi realizada em local organizado, acolhedor, capaz de proporcionar conforto e qualidade ao binômio mãe/filho. Observou-se que a teoria em sala de aula corroborou positivamente para as práticas realizadas, tornando-nos capazes de desenvolver nossas habilidades com segurança e competência. As consultas realizadas tiveram um papel importante para tomada de decisões frente a criança atendida, como também serviu de suporte para que pudéssemos orientar os pais quanto a importância de ações voltadas a promoção da saúde, como também orientá-los na prevenção de doenças, evitando assim os agravos inerentes ao primeiro ano de vida da criança. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Vislumbra-se que a responsabilidade do órgão formador é de desenvolver discentes capazes de serem profissionais críticos, reflexivos, comprometidos com as atividades desenvolvidas. Nesse contexto cabem as Universidades uma formação acadêmica mais articulada, mais crítica e compreensiva no processo ensino-aprendizagem. Seria viável que os campos de aulas práticas das Universidades fossem todos bem organizados e articulados de forma a garantir aos discentes uma boa prática. A vivência enquanto discente na consulta da puericultura nos tornou capazes de entender a importância da puericultura frente às inúmeras atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária em saúde. DESCRITORES: Puericultura; Saúde da Criança REFERÊNCIAS 1. SCHMITZ, E. M. A enfermagem em Pediatria e Puericultura. São Paulo: Atheneu, 2005. 2. MELSON, K A. et al., Enfermagem Materno - infantil: planos de cuidados. 3 ed. Coleção enfermagem prática. Rio de janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2002. 3.BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, 2002. p.100. 4. SANTOS, C.S.; LIMA, L.S.; JAVORSKI, M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Maternidade Infantil, v. 7, n. 4, p. 373-380, 2007.

14210

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CRISTIANA BRASIL DE ALMEIDA REBOUÇAS

ORIENTAÇÕES AOS PAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTE COM CARDIOPATIA CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Rebouças, CBA; Feitoza, SMS; Balbino, AC; Cardoso, MVLML;

INTRODUÇÃO: Os pais de crianças e adolescentes necessitam de orientações por parte dos profissionais de saúde, no intuito de melhorar a qualidade de vida dos filhos com cardiopatia congênita nos diferentes estágios da vida. OBJETIVO: Analisar as evidências científicas sobre as orientações recomendadas aos pais de crianças e adolescentes com cardiopatia congênita. METODOLOGIA: As questões de pesquisa2 elaboradas para direcionar a busca foram: Que orientações são realizadas aos pais de crianças e adolescentes com Cardiopatia Congênita (CC)? Que orientações os adolescentes com CC recebem? Foram incluídos artigos de pesquisa com texto completo, disponíveis eletronicamente nas bases de dados selecionadas, publicados em português, inglês e espanhol e com resumo disponível online. A pesquisa ocorreu na LILACS, CINHAL, PubMed, SCOPUS e na Web of Science, em maio e junho de 2013. Utilizaram-se os descritores cardiopatias congênitas (Heart defects, congenital), pais (parents), Educação em saúde (Health Education), Enfermagem (Nursing). RESULTADOS: Identificaram-se 11 artigos, conforme os critérios estabelecidos. Quanto ao nível de evidência, foram classificados no nível IV e VI. Os artigos versavam sobre a amamentação e suporte alimentar após a alta hospitalar; tratamento e importância do retorno às consultas médicas, administração de medicação; atividade física e medidas preventivas para a endocardite e sintomas de agravamento; necessidade de informação sobre gravidez e contracepção. CONCLUSÃO: A prática baseada em evidências é uma abordagem fundamental, considerando que proporciona a realização de intervenções de enfermagem baseada em pesquisas científicas além de indicar e propor pesquisas futuras mediante as lacunas identificadas nos artigos científicos desta pesquisa. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: A difusão de conhecimentos promove o empoderamento dos pais, assim é mais fácil partir para uma mobilização coletiva. Descritores: Cardiopatias congênitas; educação em saúde; enfermagem.

14434

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CRISTIANE DOS SANTOS MANOEL RESENDE DA SILVA

DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA: TRANSFORMANDO A PRÁTICA

Silva, CSMR; Chimentão, DMN; Teruya, EY;

Introdução: A ocorrência de dermatite associada à incontinência (DAI) é comum tanto entre crianças, como idosos hospitalizados, que são a população mais vulnerável. Desta forma, a ocorrência de DAI deve ser observada como um evento indesejável, que pode acarretar danos e elevar custos hospitalares, sendo mandatória a sua prevenção e sua mitigação. A gestão do cuidado preventivo com a pele dos pacientes permite a verificação da assistência prestada e é atualmente requisito de avaliação de qualidade em saúde. Objetivo: Demonstrar a melhoria da qualidade da assistência em relação ao evento adverso DAI, por meio das ações decorrentes da implantação de um protocolo preventivo para o cuidado da pele. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, que foi conduzido mediante a análise documental (prontuário do paciente e impressos de gerenciamento de DAI) e o relato da experiência no desenvolvimento e implantação do indicador de qualidade assistencial relacionado à DAI, gerenciado com o auxílio da ferramenta de qualidade PDCA (Plan, Do, Check, Act / Planejar,Fazer,Verificar,Agir) que consiste em um método interativo de gestão composto por uma seqüência de passos utilizada para controlar qualquer processo definido, no período de Janeiro de 2009 até Dezembro de 2012 em um hospital privado e filantrópico do município de São Paulo. Foram incluídos no estudo todos os pacientes internados (de zero a 18 anos incompletos) nas unidades de internação pediátrica (UIP), unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN) e unidade de tratamento intensivo pediátrico (UTIP). O indicador foi mensurado no período de 2009 por índice, que pondera o número de ocorrência dos eventos em função do tempo de exposição ao risco, com a seguinte fórmula: [(nº de eventos / nº de pacientes-dia)*1000]. A partir de 2010 a 2012 o denominador foi refinado para paciente incontinente dia, no sentido de mensurar os eventos somente dentro da população verdadeiramente em risco. Para a avaliação da série histórica de DAI, utilizou-se o diagrama de controle tipo U, construído com base nas médias e suas variações. Resultados: Etapa de Planejamento: As enfermeiras líderes das unidades infantis fizeram uma revisão de literatura em busca de evidência científica, análise da série histórica dos eventos, bem como os fatores de risco evidenciados. O total de incidência de DAI em 2009 era de 14,6 eventos por 1000 pacientes-dia, que considera todos os pacientes internados, com ou sem incontinência, que tornava o indicador menos específico. Ao final de 2009, foi identificada uma série de oportunidades de melhoria, a saber: alteração do denominador do indicador, na sistematização da assistência de enfermagem (SAE), na coleta dos dados do gerenciamento do evento durante a internação, capacitação da equipe para o cuidado, necessidade de um protocolo clínico para a prevenção e tratamento da DAI com evidência científica mais forte e melhor monitoramento do indicador de qualidade assistencial quanto à prevenção e tratamento do evento adverso. Sendo assim, modificamos tanto no que se refere à forma quanto ao seu conteúdo, o protocolo clínico anterior de prevenção e tratamento de DAI que apresentava o fluxograma e as condutas de forma descritiva, para de algoritmo baseado em evidência cientifica e aplicamos ao gerenciamento de risco na SAE. Consideramos também a utilização de melhores recursos tecnológicos disponíveis no mercado nacional, onde os componentes avaliados também foram atualizados segundo literatura recente. Construímos e divulgamos um manual de fotos do evento adverso para apoio ao enfermeiro em relação ao diagnóstico clinico diferencial. Instituímos a utilização de banco de dados eletrônico para armazenamento de informações e análise estatística do setor de epidemiologia institucional. Etapa de Implementação: Realizamos treinamentos com regularidade anual em sala de aula e "on the job" de toda a equipe de enfermagem das unidades infantis com a

apresentação de fatores de risco, medidas preventivas e de tratamento, padronizadas no protocolo clínico de enfermagem. Padronizamos o registro de informações em um instrumento para a coleta de dados e com o preenchimento para todos os pacientes incontinentes internados nas unidades infantis realizado com a participação das enfermeiras assistenciais. Inclusão do gerenciamento do evento de DAI por meio da SAE em prontuário eletrônico. Divulgamos o indicador de DAI por meio de relatório periódico mensal. Etapa de Avaliação de Resultados: Os resultados apresentados referem-se ao total da UIP, UTIN e UTIP por ano de estudo. À adesão ao uso de protocolo clinico de enfermagem para a prevenção e tratamento de DAI evoluiu positivamente chegando à adesão média de 99,3%, não atingindo 100% devido à influência da preferência dos familiares das crianças quando em uso de prevenção ou tratamento em ambiente domiciliar. Após o refinamento do denominador para pacientes incontinente-dia, que ocorreu a partir de 2010, os índices foram de 16,0 eventos por 1000 pacientes incontinentes-dia em 2010, 9,2 eventos/1000 pacientes incontinentes-dia em 2011 e em 2012 foi de 8,8 eventos/ 1000 pacientes incontinentes-dia, evidenciando o resultado de melhoria da qualidade da assistência com a atuação da gestão. Conclusão: A adoção do gerenciamento de DAI foi fundamental para melhorar a qualidade assistencial e possibilitou-nos a percepção de que a prevenção do evento adverso em questão é possível. Adicionalmente como consequência, houve o fortalecimento do grupo de enfermeiros, uma vez que trouxe evidência científica ao cuidado, aumentou o repertório clínico na tomada de decisão e consolidou as ações como intervenção de enfermagem. Vale ressaltar que o processo de melhoria é contínuo e exige atualização e inovação. Descritores: Dermatite, Incontinência fecal e Incontinência urinária. Referências Chimentão DMN, Teruya EY, Souza MT. Indicadores relacionados à dermatite perineal. In: Leão ER, Silva CPR, Alvarenga DC, Mendonça SHF, organizadoras. Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul: Yendis; 2008. p.159-68. Gray M., Optimal Management of Incontinence-Associated Dermatitis in the Elderly. Am J Clin Dermatol 2010; 11 (3): 201-210. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. J Adv Nursing 2009; 65(6):1141-54. Junkin J, Moore-Lisi G, Selekof JL. What we don't know can hurt us: pilot prevalence survey of incontinence and related perineal skin injury in acute care [abstract]. Clinical Symposium on Advances in Wound Care; 2005 Oct 23-26; Las Vegas (NV). Autores Cristiane dos Santos Manoel Resende da Silva Enfermeira Lider da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Samaritano - São Paulo,SP Especialista em Enfermagem Neonatal E-mail: cristiane.silva@samaritano.org.br Denise Maria Nascimento Chimentão Enfermeira Lider da Unidade de Internação Pediatria do Hospital Samaritano - São Paulo,SP E-mail: denise.chimentao@samaritano.org.br Eunice Yochie Teruya Enfermeira. Líder da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Samaritano - São Paulo, SP. E-mail: eunice.teruya@samaritano.org.br

14288

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CRISTIANE MARTINS DA ROCHA

CUIDADOS REALIZADOS PELA FAMÍLIA A CRIANÇA HOSPITALIZADA: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS.

Gomes, GC; Leite, FML; Xavier, DMX; Pasini, DP; Rocha, CMR; Maciel, JBSM;

Introdução: A necessidade de hospitalização da criança pode ser uma experiência desagradável tanto para ela quanto para a família, pois determina uma mudança na rotina, independente do tempo de internação, exigindo adaptações às mudanças cotidianas. A permanência da criança no ambiente hospitalar não afeta a família apenas pelo fato de existir uma doença, mas também por possuir aspectos de todo o contexto familiar implicados na situação. No hospital, é a família, em especial a mãe, quem permanece em constante interação com a criança. A família apresenta necessidade constante de especializar-se no cuidado da criança. Por ser a principal responsável pelo cuidado busca alternativas para adaptar-se a esta nova situação e organizar-se melhor para cuidar. Isto faz com que os pais necessitem lançar mão de estratégias para o enfrentamento da hospitalização da criança. A aquisição de segurança para cuidar da criança se dá através do aprendizado de habilidades técnicas para cuidar; do desenvolvimento de sensibilidade única para identificar as manifestações de melhora ou agravo do estado de saúde da criança e do compartilhamento do cuidado da criança com os profissionais da equipe de saúde. Assim, cabe ao enfermeiro a sensibilidade de atenção e percepção destas dificuldades interagindo com a criança e sua família a fim de instrumentalizar o familiar cuidador para os novos referenciais de cuidado que a criança está necessitando. A enfermagem como profissão voltada para o cuidado, além de assistir a criança durante sua internação, precisa cuidar da família que permanece integralmente junto à ela. Compreende-se que o ambiente hospitalar possui características próprias e durante a internação hospitalar a criança passa a necessitar de cuidados específicos exigindo que seu familiar cuidador, além de adaptar-se à nova situação vivida, organize-se para prestar o cuidado à criança utilizando diversas estratégias. Diante deste cenário questiona-se: quais estratégias a família utiliza para cuidar a criança no hospital? Objetivos: A partir dessa, objetivou-se conhecer as estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança no hospital. Metodologia: Pesquisa qualitativa, que teve como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TDF). Essa consiste na coleta, codificação e comparação simultânea e sistemática dos dados, possibilitando explorar o fenômeno investigado gerando teoria que explique e possibilite a compreensão de fenômenos sociais e culturais. A TFD é um método adequado para pesquisas qualitativas, na área da enfermagem, e pode gerar teorias, ao descrever e interpretar um fenômeno permitindo aprofundar o conhecimento, dentro da multidimensionalidade da experiência do ser humano, no seu cotidiano. Foi desenvolvida na unidade de pediatria de um Hospital universitário do sul do país.Essa unidade é composta de 25 leitos, todos para crianças conveniadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A população do estudo foi composta por 18 familiares cuidadores de crianças internadas, no primeiro semestre de 2010: 15 foram distribuídos em quatro grupos amostrais, dois formados por cinco familiares, um por três e outro por dois. Três familiares validaram os dados do estudo. Os critérios para a escolha foram: ser cuidador significativo da criança e prestar-lhe cuidados diretos periodicamente no hospital. O número de participantes e de grupos amostrais foi determinado pelo processo de amostragem teórica, como recomenda a TFD. Os familiares foram identificados pela letra F seguida do número da entrevista. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas. Estas foram agendadas com cada familiar, gravadas e transcritas para análise. A partir da coleta, procedeu-se à codificação aberta dos dados na qual foi realizado o exame dos dados linha a linha, recortando as unidades de análise; seguiu-se a codificação axial dos dados, com sua categorização; e finalmente, ocorreu a

codificação seletiva na qual foram determinadas as conexões entre as categorias. Em atendimento à Resolução no 196/96 o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da FURG, recebendo parecer nº 92/2009. Resultados: A análise dos dados identificou cinco categorias: Buscando informações acerca do tratamento fornecido à criança no hospital, Procurando reproduzir no hospital os cuidados domiciliares à criança; Não conseguindo reproduzir no hospital os cuidados domiciliares à criança; Organizando o ambiente do cuidado e Familiarizando-se com a tecnologia do cuidado. O querer saber o que vai ser feito com a criança revela que a família tem medo, pergunta tudo; quer saber tudo o que vai acontecer com a criança, procura tirar suas dúvidas com os profissionais da saúde, quer ser a primeira a saber. Na sua busca por reproduzir no hospital os cuidados domiciliares, a família procura tornar a enfermaria parecida com o quarto da criança, trazendo de casa suas cobertas e brinquedos; realizando atividades comuns do domicílio como cantar as mesmas músicas; adaptar sua dieta à de casa; fazendo com que os familiares venham visitar a criança, entre outras estratégias. A criança, no hospital, torna-se temerosa e apresenta alterações variadas no comportamento, exigindo da família carinho e paciência. Verificou-se que, tendo em vista a doença da criança, sua família apresenta dificuldade em impor-lhe limites no hospital. Ao organizar seu ambiente de cuidado, a família procura preservar sua identidade, exercendo sua singularidade de ser família, apesar de conviver, neste momento, com a pluralidade da enfermaria coletiva. A família interage diariamente com os membros da equipe de saúde em suas relações de cuidado. Nestas interações, as famílias conhecem uma forma diferente da sua de cuidar e, passam a realizar na criança alguns destes cuidados utilizando a tecnologia disponível no hospital com a qual precisam familiarizar-se, como manipular sondas para aspiração e alimentação; usar luvas de borracha; cuidar da criança com soro e acompanhar os profissionais, durante a realização dos procedimentos. Conclusão: Verificou-se que frente à necessidade da internação da criança, a família utiliza como estratégias buscar informações acerca do tratamento; reproduzir no hospital os cuidados domiciliares; organizar o ambiente do cuidado e familiarizar-se com a tecnologia do cuidado. Com a necessidade de se adaptar a situação vivida a família precisa aprender um novo modo de cuidar para atender as demandas específicas de cuidado da criança, necessitando do apoio dos profissionais da enfermagem. Esses precisam ouvi-la, percebendo a sua problemática, suas perspectivas; as relações que existem entre seus membros e o mundo social no qual se inserem, refletindo a respeito de suas necessidades e capacidade para cuidar. Ao implementar estratégias de cuidado à criança, a família torna-se co-partícipe do seu processo de internação, exercendo sua autonomia, sentindo-se importante e produtiva, amenizando os efeitos negativos da hospitalização para a criança. Conhecer essas estratégias é importante.Contribuições/Implicações para a enfermagem:Assim o enfermeiro pode planejar formas de instrumentalizar a família para o cuidado, tornando o ambiente hospitalar humanizado, propiciando à criança um cuidado qualificado, sensível e humano.Descritores: Criança hospitalizada; Família, Enfermagem pediátrica. Referências: Schneider CM, Medeiros LG. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. Unoesc & Ciência - ACHS. 2011;2(2):140-154. Quirino DD, Collet N. "Fácies" do trabalho de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(3):681-7. Strauss A, Corbin, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.

14590

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CRISTINA BRANDT NUNES

ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nunes, CBN; Gerk, MASG;

Introdução: estratégias de atenção à saúde têm sido implantadas e implementadas em favor da criança e do adolescente nas últimas décadas1. Entre estas ações estão o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), o Programa Nacional de Imunização (PNI), o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), o Projeto de Redução da Mortalidade na Infância, a Estratégia Saúde da Família (ESF), a proposta de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), o Programa Saúde do Escolar (PSE), a Rede Cegonha, dentre outros1-4. Na década de 1980, o Ministério da Saúde, em parceira com o Ministério da Previdência e Assistência Social, propôs a criação do PAISC (1984), que envolvia cinco ações básicas: acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame (introdução da alimentação complementar), assistência e controle das infecções respiratórias agudas e controle das doenças diarreicas2. Em relação ao adolescente, foi criado o PROSAD (1989), destinado a normatizar as ações de saúde deste grupo na faixa etária entre 10 a 19 anos de idade, uma vez que este período se constituía em índice alarmante de mortalidade por causas externas em acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, de uso de drogas lícitas e ilícitas e de gravidez. Em 1999 o Ministério de Saúde criou a área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), que passou a incluir pessoas de 10 a 24 anos de idade como foco de atenção nas políticas públicas3. No final da década de 1990, uma nova política de saúde voltada à saúde da criança começa a ser implantada, a fim de complementar os objetivos propostos para o PAISC. Com o objetivo de mobilizar novos enfoques e ferramentas para a construção de um sistema eficiente de atenção primária à saúde infantil foi elaborada a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Tem como finalidade a diminuição da gravidade e da mortalidade por doenças prevalentes nas crianças com menos de cinco anos2. O Programa Saúde do Escolar (PSE) criado em 2007, surge como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva de atenção integral (prevenção e promoção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde4. Em 2011, é criada a Rede Cegonha como estratégia para reduzir as taxas elevadas de mortalidade materno-infantil. Esta iniciativa tem como objetivo promover mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto e nascimento, à atenção integral à saúde da criança com foco nos primeiros dois anos em especial no período neonatal1. Entendemos que, cada vez mais, as ações na atenção à saúde da criança, do adolescente e da família se tornam abrangentes e complexas, com intuito de entender a situação social da comunidade em suas necessidades e, diante do vínculo estabelecido, organizar as intervenções de saúde e de áreas intersetoriais. Objetivo: relatar estratégias de atendimento a crianças, adolescentes e famílias. Metodologia: as atividades ocorreram durante o segundo semestre do ano 2012 e primeiro de 2013, numa carga horária de 187 horas e fizeram parte do Projeto de Extensão Universitária denominado A saúde da criança e do adolescente: perspectivas de cuidado. O local de sua realização se deu em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), onde se encontravam lotadas três equipes de saúde no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A equipe do projeto foi composta por três enfermeiras docentes e 20 estudantes do 3º e 5º semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; uma assistente social; três enfermeiras e a gerente. Resultados: foram desenvolvidas 42 consultas de enfermagem com crianças e adolescentes, destas 15 vieram para a primeira consulta e 27

para a consulta subsequente. Durantes as consultas foi elaborado o genograma e o ecomapa. A consulta de enfermagem é uma atividade indispensável para o acompanhamento sistematizado do crescimento e desenvolvimento e promove a manutenção da saúde da criança, a redução do índice de doenças e aumenta a probabilidade da criança crescer e se desenvolver plenamente5. Os aspectos enfatizados nas consultas foram relacionados: ao aleitamento materno; à introdução da alimentação complementar após o 6º mês de vida; ao crescimento e desenvolvimento; aos cuidados com o coto umbilical; à imunização; ao relacionamento mãe/pai/filho; à avaliação da curva de crescimento e da ficha de desenvolvimento; à estimulação do desenvolvimento; à prevenção de acidentes e da violência; à sexualidade, à prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas e à alimentação saudável. Nas atividades de educação em saúde foram abordados os seguintes temas: o enfermeiro como cuidador da criança, do adolescente e da família; a massagem do bebê; o brinquedo no desenvolvimento infantil e a alimentação saudável da criança e do adolescente. As visitas domiciliares foram realizadas a 10 crianças, adolescentes e suas famílias. Foram confeccionadas três cartilhas educativas sobre: o papel do brinquedo no desenvolvimento da criança; cuidados iniciais com o recém-nascido e a alimentação complementar. Foi elaborado um material para estimulação do desenvolvimento. Além disso, foram levantados os principais diagnósticos de enfermagem das crianças e dos adolescentes atendidos e confeccionado um arquivo para ser utilizado pelos estudantes durante as consultas de enfermagem. Conclusões: as estratégias de cuidado utilizadas promoveram o fortalecimento de laços terapêuticos entre o enfermeiro, enfermeiros docentes, estudantes, equipe de saúde e a família, bem como o empoderamento da família nos cuidados da saúde das crianças e dos adolescentes. Constamos, com a realização do trabalho, a importância de se cuidar da criança e do adolescente com uma prática envolvida em propósitos que levem em conta o contexto familiar e social e que e garanta o bem estar desta clientela. Contribuições para a enfermagem: Entendemos que tais experiências são fundamentais para as atividades de integração ensino-serviço-comunidade, para a valorização das atividades que o enfermeiro realiza e, além disso, apontam para perspectivas de estímulo à pesquisa científica na área de enfermagem pediátrica com ênfase na saúde da criança, saúde do adolescente e saúde da família. Referências 1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. 2. Prado SRLA, Escobar, EMA, Fujimori E. As diretrizes da assistência à saúde da criança - do PAISC ao AIDPI. In: Cianciarulo TI, Gualda DMR, Silva GTR, Cunha ICKO. Saúde da família na comunidade. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p. 198-214. 3. Amarante AGM, Soares C. Políticas públicas de saúde voltadas à Adolescência e à juventude no Brasil. In: Borges ALV, Fujimori E (orgs). Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole, 2009. p. 42-60. 4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde na escola. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. 5.Ribeiro CA, Ohara CVS, Saparolli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura. In: Fujimori E, Ohara CVS (orgs). Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole, 2009. p. 223-242. Palavras chave: Enfermagem Pediátrica; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente

14467

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DAIANA RAMIRO DOS SANTOS

O CÂNCER E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE EMOCIONAL DA CRIANÇA: A NECESSIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Santos, DRS; Silva, MMS; Pacheco, BPP; Coccari, MC; Nunes, SN;

INTRODUÇÃO: O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias (que afetam os glóbulos brancos), os do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático). Assim como em países desenvolvidos, no Brasil, o câncer já representa a primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, para todas as regiões. Nas últimas quatro décadas, o progresso no tratamento do câncer na infância e na adolescência foi extremamente significativo. Hoje, em torno de 70% das crianças e adolescentes acometidos de câncer podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. A maioria deles terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado(1). A confirmação do diagnóstico de câncer é visto de duas maneiras: a Primeira é a dos pais que passam, a saber, o que o filho tem, mas que veem na afirmação do diagnóstico do médico uma sentença de morte para seus filhos; a segunda é a reação da criança, que irá depender de sua idade, de seus sintomas, fatores estressores, dentre outros para uma reação colaborativa ou de difícil acesso. Por esta razão a comunicação e a abordagem da Enfermagem a estes pacientes devem ser sutil e baseada nas respostas dadas por estes. Normalmente estas crianças elegem um dos progenitores ao qual ela dispensa toda sua confiança, o profissional de Enfermagem devera agir de modo que se estabeleça um vínculo para melhor atender o paciente. Muitas são as queixas de familiares com relação a comunicação com os profissionais que estão fazendo parte do cuidado destas crianças. A comunicação com os profissionais de saúde foi uma queixa de vários cuidadores de crianças com câncer em um trabalho que visava a discutir o amparo médico. A maioria não se sentia acolhida e relatou não receber atenção e informações suficientes e claras daqueles que estavam cuidando de suas crianças(2). Como todas as áreas da Enfermagem, esta tem uma particularidade, o fato de a criança estar passando por um período de tratamento invasivo, por muitas vezes doloroso, trazendo, assim, dificuldades para os profissionais em tratar o emocional infantil durante o período de tratamento oncológico. As crianças demonstram seus sentimentos com clareza, porém cabe a Enfermagem encontrar métodos que estimulem a participação delas em seu tratamento, isto é, revelando seus sentimentos e desejos para que desta forma sejam melhores atendidas. OBJETIVO: Reconhecer métodos alternativos para atender crianças acometidas por câncer estabelecendo vínculo com os profissionais da Enfermagem. METODOLOGIA: O estudo foi construído como forma de revisão bibliográfica de literatura na produção científica nacional sob uma abordagem qualitativa. Os dados foram buscados nas bases SciELO e LILACS. Os critérios de inclusão para seleção foram corresponder à temática proposta, disponíveis em formato completo. Foram excluídos trabalhos disponíveis somente no formato de resumo, fora do período determinado e que não respondiam ao tema. DISCUSSÃO E RESULTADOS: A prevenção do câncer infantil raramente é possível, pois suas causas específicas ainda são desconhecidas cientificamente. Envolve a promoção da saúde através da educação em saúde, evitando a exposição da criança aos fatores carcinogênicos durante a infância, bem como prevenindo a ocorrência do câncer quando essa criança tornar-se jovem e/ou adulto(3). Com base em leitura de materiais encontrados com este tema, pode-se observar que o cuidado à criança com câncer, assim como qualquer outra doença, exige muita habilidade e sabedoria dos profissionais envolvidos, já que suas demonstrações de desagrado muitas vezes

interpretadas como "birra", são a maneira de revelar seu estresse, cansaço frustração, por terem sido retiradas do convívio dos seus, afastados de seus amigos, brinquedos e do conforto de seu lar. Geralmente suas dificuldades, seus medos, não são expressos normalmente com palavras, tendo em vista a idade do paciente, por isso devem ser percebidas e minimizadas através de muita atenção na assistência. O cuidado paliativo tem como finalidade oferecer melhoria da qualidade de vida às crianças fora de possibilidades de cura atuais. Desenvolve-se através de ações de suporte, informação e conforto para a criança e sua família. Essa é uma tendência atual que ainda configura-se como um desafio para os serviços de saúde(4). Por este motivo a Enfermagem deverá proporcionar a estes pacientes um ambiente calmo, confiável tanto da parte do paciente quanto dos familiares, para que seja estabelecido o vínculo e se desenvolva um melhor cuidado a estas crianças. Exemplo desta preocupação é a determinação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente que reconheceu, na resolução número 41/1995, o direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programa de educação para saúde e acompanhamento do currículo escolar durante a permanência hospitalar(5). São muitas as necessidades de pacientes de pouca idade, cabe ao profissional que se dispôs a trabalhar nesta área se despir de pré-julgamentos. Desta forma não colocando como "mimo" em excesso o cuidado que os progenitores tentam aplicar, já que como os filhos também estão sofrendo e assim agem de modo compensatório. Na tentativa de minimizar o sofrimento de seus filhos e também o seu próprio, já que é fundamental que se proporcione a estes pacientes e sua família uma relação harmoniosa e de confiança para que com isso, o foco do profissional de Enfermagem que é a criança seja atendida de modo digno e satisfatório. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir da construção deste trabalho, foi possível encontrar métodos alternativos para melhor atender as crianças acometidas por câncer, através do estabelecimento de vínculo com os profissionais da Enfermagem, pois este pode afetar de maneira significativa o processo de cura. Identificaram-se possíveis lacunas no atendimento à criança com câncer, tendo em vista as frequentes queixas dos familiares em ter noticias sobre o prognóstico de seus filhos. Frente a isto cabe ao profissional de Enfermagem oferecer além de serviço de assistência, oferecer apoio psicológico e emocional à criança e seus familiares. Da mesma forma é importante que os profissionais não banalizem as reações e sentimentos destes pacientes durante o período de tratamento, já que este pode interferir na resposta terapêutica, além de seu desenvolvimento posterior e sua vivência em sociedade. Tal apoio pode ser proporcionado por meio da formação de vínculo, confiança e compreensão dos profissionais com a família e vice versa. PALAVRAS CHAVE: Enfermagem - Criança - Câncer Referências: 1-Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA; (2002) 2-Malta JDS, Schall VT, Modena CM. Câncer pediátrico: um olhar da família/cuidadores. Pediatr Mod. 2008;44(3):114-8 3-Instituto Nacional do Câncer (Brasil) Retirado do link: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil 4 - Rodrigues IG, Zago MMF, Caliri MH. Uma análise de conceito de cuidados paliativos no Brasil. O Mundo da Saúde 2005; 29(2):147-54. 5 - Camargo B, Kurashima AY. Cuidados paliativos e oncologia pediátrica: o cuidar além do curar. São Paulo (SP): Lemar; 2007.

13907

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DAIANE BROCH

O PROJETO BEBÊ 10 MAMÃE 1000: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Broch, DB; Carrasco, DMC; Costa, JESC; Corrêa, RCVC; Dantas, TSD; Gomes, VLOG;

Introdução: Segundo o Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve priorizar o cuidado dos indivíduos e do coletivo ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação, realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade1. Acredita-se que a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), constitua um dos cenários propícios para o desenvolvimento de tais competências e habilidades, bem como para a formação de profissionais eticamente comprometidos com os problemas locais e regionais. No que se refere à formação de profissionais de saúde, está evidente que o espaço formal de aulas teóricas e teórico-práticas não é suficiente, sendo necessário construir com os acadêmicos, novos espaços de aprendizado, que lhes permitam vivenciar de forma individual e em grupos, atividades extracurriculares de aprendizado, capazes de complementar o currículo da graduação. Nesse sentido, a universidade inclui em suas diretrizes a necessidade de formar profissionais com autonomia para administrar seus conhecimentos e saberes e, para tomar decisões éticas, solidárias e justas, participando ativamente na sociedade, bem como na proposição e participação em políticas públicas voltadas às comunidades que vivem em situação de vulnerabilidade2. Para tanto, desenvolve atividades integradas de ensino, pesquisa e extensão. Uma delas é o Projeto Bebê dez, mamãe mil, criado por meio de uma parceria entre O Programa de Educação Tutorial em Enfermagem PET/Enf da Escola de Enfermagem da FURG e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande.. Sua implantação ocorreu em setembro de 2011, tendo como público alvo gestantes e binômios mãe-filho. Através dele procurou-se proporcionar uma atenção abrangente, de qualidade e humanizada, que envolvesse a população no processo de cuidado das crianças, de autocuidado materno e que mobilizasse de forma integrada a equipe da UBSF e da escola de enfermagem. Para tanto, divulgou-se na comunidade, que crianças e mães que atendessem às metas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, no que se refere ao exame citopatológico, pré-natal e puericultura, seriam premiadas com um CD contendo fotografias tiradas ao longo do ano. Logo após, as seções de fotos começaram a ocorrer na própria UBSF, em estúdios temáticos, montados pela agentes comunitárias de saúde, após os atendimentos de rotina. Além disso, organizou-se uma festa no final do ano, na qual todas as mães integrantes do projeto ganharam um diploma de MAMÃE MIL, além dos CDs contendo fotos suas e das crianças. Com isso, a frequência da comunidade na UBSF aumentou, e com ela melhoraram os dados epidemiológicos referentes à cobertura vacinal, consultas de puericultura, pré-natal e exame citopatológico, o que demonstrou sua eficiência e o compromisso social da equipe com a comunidade. O projeto continua em execução e vem trazendo resultados significativos tanto do ponto de vista acadêmico, quanto social. Atualmente novas parcerias foram estabelecidas e os binômios mãe-filho vem sendo presenteados com mini books, patrocinados por uma empresa de fotografias da cidade. Acredita-se que ao desenvolver este projeto, por meio da equilibrada articulação entre a extensão universitária, o ensino e a pesquisa, será possível inovar as metodologias de ensino para a formação do profissional enfermeiro proporcionando uma aprendizagem ativa e participativa, através de vivências que vão muito além da graduação, ao possibilitarem o aprender fazendo e a reflexão acerca dos resultados alcançados. Objetivo: Relatar a vivência de acadêmicas de enfermagem, no projeto Bebê dez, Mamãe mil, o qual visa à promoção da saúde do binômio mãe-filho, desde a gestação. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência, no qual além de apresentar a

utilização, de uma estratégia inovadora para atrair mães e crianças para atendimento de pré-natal, puericultura e saúde da mulher, procurou-se conhecer a opinião de algumas mães sobre o projeto até então desenvolvido. Essa opinião foi obtida de maneira informal em um dia de pesagem na Unidade Básica de Saúde da Família em que o projeto vem sendo desenvolvido. Resultados: Ao longo desses quase três anos de funcionamento, percebeu-se que além do aumento no número de atendimentos, as mães se mostraram mais carinhosas, atenciosas e respeitosas com seus filhos. Houve ainda melhorias nas condições de higiene corporal das crianças e autoestima materna. Quanto a opinião das mães, selecionaram-se três relatos: "Achei maravilhosa a ideia, porque assim podemos acompanhar pelas fotos o crescimento de nossos filhos". "Acho bem legal e interessante essas fotos, porque é uma lembrança que eu sempre vou ter né, que vou guardar para sempre"."Acho que elas foram muito criativas, gostei muito da ideia, tu nem imagina a alegria do meu marido vendo as fotos dela, é muito lindo". Foi possível observar a satisfação das mães em relação à atividade desenvolvida na Unidade. Através das fotos realizadas no decorrer do ano, percebe-se a importância do acompanhamento da criança, pois mesmo que o pai não consiga levar a criança à Unidade, ele tem a possibilidade de acompanhar o crescimento de seu filho. Também foi reconhecido que para algumas mães, é através do projeto que elas terão a oportunidade de guardar lembranças do seu filho. Conclusão: Nota-se que o projeto vem trazendo resultados significativos para a comunidade e fortalecendo o compromisso social, pois essa simples estratégia motivou à população na adoção de medidas promotoras da saúde, melhorando os seus indicadores. Contribuições para Enfermagem: Percebe-se que ações inovadoras como a utilização de fotos e atividades lúdicas no atendimento em saúde, facilitam o trabalho de enfermagem, uma vez que estimulam a participação da população alvo. Essas ações tornam a comunidade mais receptiva à assistência de enfermagem, enriquecendo os atendimentos de rotina e favorecendo a formação de vínculo entre usuários e profissionais. No entanto, é ainda necessário que outras estratégias sejam implementadas para que as mães reconheçam que os reais ganhos estão muito além das fotos, eles se materializam no nascimento de um bebê saudável, por terem feito o pré-natal e no harmonioso crescimento e desenvolvimento infantil, por comparecerem a todos os atendimentos de puericultura. Descritores: Saúde da família. Enfermagem. Interação mãe-criança. Referências 1) Brasil. Política Nacional de Atenção Básica a Saúde. 2006. Disponível em: http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2012-06.pdf. Acesso em: 14 de agosto de 2013 2) Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Projeto político pedagógico do curso de enfermagem. Rio Grande; p.5; 2010.

14338

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DAMARIS GOMES MARANHÃO

ALEITAMENTO E TRABALHO MATERNO

Lekwich, I; Maranhão, DG; Juliana, Y;

Este estudo oportuniza uma reflexão para os enfermeiros sobre a relação aleitamento e trabalho materno , contribuindo para a avaliação de um programa desenvolvido em creches visando o seu aprimoramento. Pesquisa descritiva, longitudinal e retrospectiva com questionário respondido por 110 mães de crianças menores de dois anos, trabalhadoras de três empresas que mantem cinco creches para atendê-las, com objetivo de mensurar a prevalência de aleitamento. A empresa I mantém uma creche (A) no município de São Paulo, a empresa II mantém duas creches nos municípios de Cajamar (B) e Itapecerica da Serra (C) e a empresa III mantém duas creches nos municípios de São Paulo (D) e Osasco (E). A adesão à pesquisa foi maior nas creches D e E da empresa III. A faixa etária materna de 31 a 40 anos foi predominante (59,0%), seguida pela de 20 a 30 anos (34,5%). Apenas uma mãe não reside com o pai da criança, 64,6% têm um filho, 34,5% dois filhos e 0,9% três filhos. A maioria completou o ensino superior (50,2%) e 38,1% o ensino médio relacionado ao cargo na empresa. O tempo de trabalho na empresa variou de um mês a 20 anos, todas trabalham 8 horas diárias com eventuais horas extras. No conjunto das creches, 51,8% exercem cargos administrativos ou gerenciais e 48,2% são operárias. Nas creches A e C todas exercem cargos administrativos ou gerenciais enquanto na creche E todas são operárias. Na creche B, 64,3% exercem cargos administrativos ou gerenciais e 35,7% é operária, situação inversa na creche D com 57,6% de operárias e 42,4% com cargos administrativos ou gerenciais. As operárias concentram a carga horária pela manhã ou à tarde e utiliza o transporte coletivo fretado pela empresa, o que pode contribuir para a continuidade do aleitamento materno, uma vez que elas carregam os filhos no colo durante o trajeto, diferente daquelas que dirigem o próprio carro. No momento da pesquisa nenhuma criança estava em aleitamento materno exclusivo, mas 62,5% estavam em aleitamento materno complementado na creche E, 48,4%, na creche D, 32,1% na creche B, 27,7% na creche A e 14,3% na creche C. As creches com maior prevalência de aleitamento têm maior índice de mães operárias, o que também coincide com maior adesão à pesquisa. Do total de crianças, 55,4% usaram chupeta, 64,5% meninos e 43,6% meninas, 60,7% filhos de mães não operárias e 39,3% dos filhos das operárias. A mediana de aleitamento materno exclusivo foi semelhante nas cinco creches, 4 meses nas creches A e D e 5 cinco meses nas creches B, C e E. Esta semelhança pode ser explicada pelas características das mães trabalhadoras de empresas de grande porte do ramo químico farmacêutico e alimentício com creches próximo ao posto de trabalho. A mediana de tempo de aleitamento total foi de 7,5 meses na creche A, 9 meses na creche B, 7 meses na creche C, 10 meses na creche D e 11,5 na creche E. Observa-se que nas creches A, B e C cuja maioria ou totalidade das mães exerce cargos gerenciais e administrativos as medianas são inferiores às creches D e E, cuja maioria ou totalidade das mães são operárias. As creches D e E são mantidas pela mesma empresa embora situadas em cidades diferentes. Não foram encontradas diferenças entre mães com diferentes números de filhos, sexo dos lactentes, idade materna e tempo na empresa. Não há diferença do cargo em relação ao tempo de aleitamento exclusivo, mas o tempo de aleitamento total das crianças das operárias é maior do que o das não operárias. O aleitamento exclusivo não foi influenciado pelo uso de chupeta, mas as crianças que não usaram chupeta mamaram por um período maior de quatro meses em relação as que usaram. Não houve diferença significante no tempo de aleitamento exclusivo correlacionado com a idade da criança inferior ou superior aos seis meses ao entrar na creche, embora o número de crianças que iniciaram na creche após os seis meses foi menor daquelas que iniciaram no quarto ou quinto mês. Diferente do

encontrado em outras pesquisas, não há diferença da prevalência de aleitamento exclusivo entre mães com maior ou menor escolaridade, mas mães com mais escolaridade e não operárias amamentaram no total por um período menor de cinco meses em comparação com as operárias. Este dado poderia ser explicado pelo valor que as não operárias atribuem à carreira e à autonomia da criança em relação ao corpo materno para se alimentar e se desenvolver. O envolvimento com a carreira, numa sociedade capitalista "compete" com a dedicação requerida pelo aleitamento. Em outra pesquisa realizada em 2007 na creche D elas explicam as dificuldades de conciliar as responsabilidades profissionais em uma grande empresa, as viagens de negócios, as pressões dos colegas de trabalho e sociais com a continuidade do aleitamento. A maioria das mães ao iniciar a adaptação do filho na creche já chega com prescrição de fórmula láctea ou sucos e papas complementar. Na pesquisa de 2007 na creche D as mães manifestaram o receio de não dar conta de conciliar sua carreira com o aleitamento exclusivo, mesmo em empresas que mantém creche, sala de amamentação e programas educativos para apoiá-las. No Brasil e no Estado de São Paulo em 2009 a prevalência de aleitamento exclusivo foi de1,8 meses e de aleitamento complementado em crianças menores de 12 meses, na cidade de São Paulo, foi de 9,7 meses, superior a mediana das creches A e C (7,0 e 7,5 meses), mas semelhante ao da creche B (9,0 meses) e D (10 meses) e inferior ao da creche E (11,5 meses), mas deve-se considerar a diferença de metodologia. Os estudos realizados em creches apresentaram prevalências inferiores. A homogeneidade dos resultados, nas cinco creches em diferentes regiões da cidade ou do Estado de São Paulo, pode ser decorrente de um programa comum de apoio ao aleitamento materno realizado pela mesma equipe que inclui enfermeiros. As limitações deste estudo são relativas a não adesão de 96 mães à pesquisa do total de 206 questionários entregues, sobretudo nas creches A, B e C. As mães alegaram falta de tempo e outras não desejavam participar. As mães que não aceitaram participar da pesquisa teriam aleitado menos do que quem participou? Descritores: Creches. Aleitamento materno. Saúde da Criança. Enfermagem pediátrica. . REFERÊNCIAS . 1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 2. Silva ESM.Aleitamento materno em creche [monografia]. São Paulo: Graduação em Enfermagem, Universidade Santo Amaro; 2007. (Anais III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal,2009 e Seminarie du Bebé, Paris, 2011).

14101

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DAMARIS GOMES MARANHÃO

SEGURANÇA DA CRIANÇA QUE TOMA MEDICAMENTO NA CRECHE

Maranhão, DG; Natal, TB; Seller, B; Juliano, Y;

Em 2001 a Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de São Paulo transferiu para a Secretaria Municipal de Educação a gestão das creches implicando na extinção dos cargos de auxiliares de enfermagem e da equipe de supervisão do Programa de Saúde constituída por enfermeiros, nutricionistas e médico pediatra. Os auxiliares, entre outras funções, eram responsáveis por ministrar medicamentos orais ou tópicos para as crianças que apresentavam condições clinicas de conviver no espaço coletivo sem descontinuar a terapêutica prescrita. As creches conveniadas foram autorizadas a manter o auxiliar desde que se responsabilizassem pela supervisão dos mesmos, algumas substituíram o auxiliar por enfermeiro ou contrataram um supervisor mas sem um programa que os orientassem. As questões norteadoras deste estudo são: como as creches compartilham com as famílias a oferta de medicamentos prescritos as crianças? Os cuidados garantem a segurança das crianças? Descrever os cuidados com a oferta de medicamentos às crianças nas creches municipais de uma subprefeitura de São Paulo. Estudo quantitativo, descritivo, transversal, por meio de um Survey aplicado aos gestores de creches publicas de uma subprefeitura de São Paulo. Nesta subprefeitura há 104 creches, 29 administradas pela Secretaria Municipal de Educação (diretas) e 75 em parceria com Organizações Sociais. Destas, 18 creches funcionam em prédios do município (indiretas) e 57 creches em prédios privados (conveniadas), e esta diversidade repercute na infraestrutura, capacidade e faixa etária atendida. A aderência a pesquisa foi de 39,4% das creches, sugerindo a hipótese de que o cuidado com a saúde das crianças não tem sido priorizado pela gerência frente a outras demandas e não valorização da pesquisa como uma ferramenta para avaliação deste cuidado com as crianças. Do total de 8132 crianças atendidas no período, 884 (10,87%) foram medicadas durante o horário em que estavam na creche. A maioria (13,02%) eram de creches conveniadas, seguido pelas indiretas (7,68%) e pelas diretas (5,72%). As creches conveniadas atendem mais crianças menores de 24 meses e estas são mais vulneráveis, adoecem mais e tomam mais medicamentos, semelhante a pesquisa de Bricks e Leone(1996) em creches da subprefeitura de Pinheiros, na qual, do total de 1.382 crianças evidenciou-se que 512 (37,0%) utilizaram um ou mais medicamentos em dois meses. Na pesquisa ora apresentada, considerou-se um período de duas semanas anteriores a coleta de dados. Confirma-se que há um percentual de crianças que adoecem e demandam cuidados específicos. Sete creches informam que há crianças que tomam medicamentos de uso continuo: anticonvulsivantes, antirefluxo, sulfato ferroso, hidrocortisona e acido acetilsalicílico. Há uma criança diabética. Não informam se estes medicamentos são oferecidos na creche ou pelos familiares. Os antibióticos, antitérmicos, antitussígenos, antialérgicos, antiinflamatórios, cremes para dermatites, antiespasmódicos, broncodilatadores, suplementos de vitaminas e sais minerais, antifúngicos, antiparasitários e homeopáticos foram os medicamentos mais frequentes, semelhante aos dados do estudo citado. Metade das creches indiretas e dezesseis creches conveniadas mantem em sua equipe o auxiliar de enfermagem e uma tem convenio com uma clinica infantil privada e com um Centro de Referência da Universidade Federal de São Paulo. As unidades variam na capacidade de atendimento mas não consideram o numero de crianças para dimensionar auxiliares de enfermagem ou enfermeiros. Enquanto uma creche tem um auxiliar para 134 crianças, em outras a proporção é de 1:595; 1:564; ; 1:455; 1:388; 1: 350; 1: 331, o que compromete a qualidade da assistência de enfermagem. No período estudado 789 crianças foram medicadas, 455 com febre e 304 encaminhadas aos serviços de saúde, com uma média de 3 a 4 crianças/dia que demandaram

cuidados com a saúde. Uma creche com 134 crianças e que não atende lactentes menores de 24 meses refere ter um enfermeiro na equipe e apenas três creches conveniadas referem supervisão dos auxiliares por enfermeiro. A inclusão do profissional de enfermagem parece não garantir praticas seguras de oferta da medicação, pois em duas creches com auxiliar de enfermagem não souberam informar quantas crianças apresentaram febre ou tomaram medicamentos nos últimos quinze dias pois não há registros. Em creche com 338 crianças, com auxiliar de enfermagem e supervisão de enfermeira, não souberam informar quantas crianças foram encaminhadas ao serviço de saúde no período. Há necessidade de orientação programática pois os profissionais ficam isolados e desatualizados(Maranhão, 1999). Foram informados 52 eventos atribuídos à família e 44 à equipe. Entre as falhas atribuídas à família a mais freqüente foi o esquecimento do medicamento na creche (27:41), seguido por esquecimento em casa (25:41), não compatibilidade com a receita (20: 41) o que interrompeu o tratamento. As normas da creche relativas aos medicamentos são relativas a prescrição, transporte e entrega do medicamento na creche. O medicamento não deve ser enviado dentro da mochila da criança, pois este poderia ser manipulado pela criança que poderia oferecê-lo às outras crianças ou o frasco de vidro quebrar-se no transporte escolar, como já ocorreu no passado. A professora não dá conta de verificar todas as mochilas e ser informada para oferecê-lo à criança além das condições inadequadas de conservação. Evidencia-se a necessidade de uma organização que considere desde leitura e conferencia da receita, aprazamento dos horários compatíveis com a administração no coletivo e com a oferta do mesmo no domicilio, conforme algumas unidades diretas comprovam fazê-lo. Na rede direta o responsável por este trabalho é o gerente ou coordenador com formação em pedagogia, que o delega para o secretario ou para um auxiliar de educação ou agente escolar, mas que não são capacitados para esta pratica. Nas creches onde há auxiliar de enfermagem o é entregue na enfermaria ou para o profissional. Outro evento frequente em todas as creches é a alteração do horário de oferta do medicamento segundo o aprazamento, o que de certa forma é esperado quando se atribui a um profissional a oferta de medicamentos para um numero elevado de crianças. A troca de medicamento foi citada por uma creche. Os testes estatísticos evidenciaram que embora haja uma diversidade de capacidade, de organização das creches para este cuidado e de composição da equipe, no que se refere a eventos relativos a oferta de medicamentos s]ao semelhantes. Esta pesquisa contribui para reflexão sobre o papel dos conselhos e sociedades de enfermagem relativos aos cuidados prestados nas creches, semelhante ao estudo de caso descrito em artigo publicado em Policy, Politics e Nursing Practice em 2005. Reiterando as sugestões de parte dos gestores é preciso rever o atual modelo, capacitar os profissionais e efetivar parcerias entre escola, família e serviços de saúde. Descritores: Creches. Enfermagem pediátrica. Cuidado a criança. . Heschel RT; Crowley A.; Cohen SS. Medication Administration in Child Care Settings: a case study. Policy, Politics and Nursing Practice. V 6 (2), may 2005. 86-98. Maranhão DG. Reflexões sobre a Participação dos profissionais de Enfermagem nas creches. Acta Paul. Enf.. 1999 mai./ago. Bricks L, Leone C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creche. Rev. Saúde Pública 1996 dez. Responsável: Damaris Gomes Maranhão Autores: Maranhão (professor doutor) Natal (residente de enfermagem)

14571

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELA FERNANDA DOS SANTOS ALVES

CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL EM CRIANÇA: DO HOSPITAL A ATENÇÃO DOMICILIAR

Alves, DFS; Bueno, GCV;

Introdução: Acessos vasculares de longa permanência são essenciais para o manejo de pacientes com doenças crônicas que requerem utilização da nutrição parenteral. Estas condições incluem crianças com síndrome do intestino curto, doenças inflamatórias intestinais e malfuncionamento gastrointestinal. Para infusão da nutrição parenteral, os dispositivos mais utilizados são os cateteres semi-implantados e os totalmente implantados. Segundo as recomendações da American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, além destes, o cateter central de inserção periférica tem sido uma opção recomendada, no entanto, são necessários cuidados apropriados diminuir os riscos de morbidade e mortalidade devido a complicações relacionadas ao dispositivo. Objetivo: Relatar o caso de uma criança de seis anos que foi submetida à implantação de uma cateter central de inserção periférica para administração da nutrição parenteral. Metodologia: Trata-se de um relato de caso de uma criança de 6 anos hospitalizada em uma unidade pediátrica de um hospital público e de ensino no interior do Estado de São Paulo entre Julho/2012 e Abril/2013. Durante os meses em que ficou hospitalizada a criança recebeu nutrição parenteral e desenvolveu-se um plano de cuidados direcionados para a alta hospitalar com administração domiciliar da nutrição parenteral. O estudo será submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Relato do caso: ESO, seis anos, sexo feminino, natural e procedente de Campinas-SP, deu entrada na unidade de internação pediátrica encaminhada de um hospital privado após ter sido hospitalizada com quadro de volvo intestinal e sepse de foco abdominal. Na instituição privada, foi submetida à jejunostomia descompressiva e resolução do volvo com posterior enterectomia subtotal, restando aproximadamente 30cm de intestino delgado. Antecedentes: filha única de pais não consanguíneos, gestação e parto sem intercorrências, dedos extranumerários, ressecção de cisto de colédoco aos dois anos, dor abdominal recorrente. A criança ficou hospitalizada durante nove meses, e foi submetida à implantação do cateter central de inserção periférica para administração da nutrição parenteral. Durante este período foram realizadas sucessivas tentativas de adequação da nutrição enteral, parenteral e alimentação via oral. Resultados: A criança foi submetida à implantação de cinco cateteres centrais de inserção periférica, monolúmen, sendo que quatro dos dispositivos foram implantados por meio de punção de microintrodução e guiados por ultrassonografia. O primeiro cateter foi implantado em 12/07/2012 em veia axilar direita. No dia 13/08/2012 o cateter encontrava-se exteriorizado e foi substituído por um novo dispositivo implantado em veia braquial esquerda. No dia 09/12/2012, a criança apresentou febre e a hemocultura indicou o crescimento de Staphylococcus epidermidis na amostra coletada pela via do cateter, desta forma, no dia 10/12/2012, foi submetida à terceira implantação do cateter central de inserção periférica em veia axilar direita. Em 08/02/2013, o quarto cateter foi implantado em veia jugular externa esquerda pela técnica de Excalibur, no entanto, a radiografia indicou que a localização do cateter não era central. Considerando a recomendação de cateter central para administração da nutrição parenteral, a acriança foi submetida à passagem de um acesso venoso central profundo de curta permanência em 09/02/2013. No dia 16/02/2013, a criança apresentou sinais sistêmicos de infecção e hemocultura positiva para Streptococcus veridians, sendo indicada a remoção do dispositivo de curta permanência. A criança permaneceu com dispositivo venoso periférico por seis dias e foi então submetida à implantação do quinto cateter central de inserção periférica em veia axilar direita. A criança recebeu alta hospitalar em maio/2013

e passou a receber a nutrição parenteral bem como os cuidados para manutenção do cateter central de inserção periférica por meio de atendimento domiciliar. Até Julho/2013 a criança não apresentou complicações associadas ao uso do cateter central de inserção periférica e continuava recebendo nutrição parenteral noturna. Conclusão: O cateter central de inserção periférica é uma alternativa para administração de nutrição parenteral tanto em ambiente hospitalar quanto domiciliar. Quatro cateteres foram implantados com auxílio da ultrassonografia e puderam ficar locados no terço inferior da veia cava superior. Um dos cateteres permaneceu em localização não central e foi removido após um dia. Dos cateteres com localização central, a duração média dos dispositivos foi 89 dias (mínimo: 32 dias e máximo: 145 dias). As principais complicações associadas ao uso do dispositivo foram local, com a exteriorização do cateter e, sistêmica com a ocorrência de infecção de corrente sanguínea evidenciada por sinais clínicos e confirmada por exame laboratorial (duração do cateter: 119 dias). A discussão do caso de forma multiprofissional e interdisciplinar possibilitou que a criança recebesse alta hospitalar com o dispositivo intravenoso e continuasse a receber os cuidados por meio de uma equipe de atendimento domiciliar municipal. Implicações para Enfermagem: A implantação do cateter central de inserção periférica, bem como sua manutenção é responsabilidade exclusiva do enfermeiro e, cada vez mais, este tipo de dispositivo tem sido utilizado para pacientes com necessidade de acesso venoso de uso prolongado. Na prática clínica, observamos que este tipo de tecnologia trás inúmeros benefícios para a criança e sua família, como por exemplo, a redução do número de punções e a possibilidade de manutenção em nível domiciliar. No entanto, a utilização do cateter central de inserção periférica não isenta a criança de complicações associadas ao uso do dispositivo. A literatura aponta que a utilização deste tipo de cateter pode resultar em complicações locais, mecânicas e sistêmicas, como infecção e sepse. Cada vez mais se tornam necessários investimentos para treinamento e capacitação dos enfermeiros que manipulam estes dispositivos, bem como das equipes responsáveis pelo cuidado da criança. Não obstante, a orientação dos pais e da família é essencial para garantir a segurança da criança que necessita de acessos venosos de longa permanência, tanto em ambiente hospitalar quanto domiciliar. Descritores: enfermagem pediátrica, cateteres, estudo de caso Referências Bibliográficas: 1. Bourgeois FC, Lamagna P, Chiang VW. Peripherally inserted central catheters. Pediatr Emerg Care. 2011; 27(6):556-563 2. Advani S, Reich NG, Sengupta A, Gosey L, Milstone AM. Central line-associated bloodstream infection in hospitalized children with peripherally inserted central venous catheters: extending risk analyses outside the intensive care unit. Clin Infect Dis. 2011;52(9):1108-1115. 3. Barrier A, Williams DJ, Connelly M, Creech CB. Frequency of peripherally inserted central catheter complications in children. Pediatr Infect Dis J. 2012; 31(5): 519-521. 4. Chwals WJ. Vascular access for home intravenous therapy in children. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2006;30:S65-9. 5. Moore DL, Bortolussi R. Home intravenous therapy: Accessibility for Canadian children and youth. Paediatrics & child health 2011; 16(2), 105.

14196

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELA ZEN

CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONSOLIDAÇÃO DO PROGRAMA DE PUERICULTURA.

Zen, DZ; Pinheiro, GEWP; Carneiro, ASC; Baudini, APB; Mainardi, DCBM;

Introdução: O município de Arvorezinha está localizado no Alto do Vale do Taquari, segundo dados do IBJE (2010) sua população é de 10.225 habitantes. No referido município é possível observar um atraso significativo com relação às políticas públicas, a Estratégia de Saúde da Família foi implementada há pouco mais de um ano e a população em geral ainda encontra-se em fase de adaptação com relação ao processo de trabalho da ESF, não compreendendo os turnos de reunião de equipe, visitas domiciliares, o que é compreensível considerando que a Atenção Primária no município sempre atendeu à livre demanda, na lógica do atendimento centrado na doença e na figura do médico. Outro entrave é a resistência de alguns profissionais no trabalho interdisciplinar e intersetorial, bastante observado na dificuldade de adesão do pediatra ao cronograma de puericultura proposto. Da mesma forma, o cuidado à saúde da criança no município não ocorria de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, sem qualquer ação sistematizada, a puericultura era realizada apenas pelo médico pediatra, com um número reduzido de fichas semanais, distribuídas no período da manhã, fazendo com que os pais tivessem que ir muito cedo pela manhã à procura de uma ficha, desestimulando a busca pelo serviço quando a criança não apresentava nenhum sinal ou sintoma. Lembrando que as ações na puericultura devem ser voltadas à prevenção e promoção à saúde, com o objetivo de garantir um desenvolvimento adequado. A atuação das equipes de saúde da família vem se ampliando a cada dia e consolidando a organização de serviços de atenção primária em território definido, na perspectiva do cuidado integral, de qualidade e corresponsabilização do usuário. Cada equipe possui uma área adstrita e presta assistência com ênfase na promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação de agravos.[1] O processo de trabalho de uma equipe de saúde precisa ser estruturado no trabalho interdisciplinar, o qual deve estabelecer um objeto comum em que o trabalho especializado de cada profissional se complemente e possa construir uma ação de interação entre os profissionais e usuários.[2] Hoje o município conta com três equipes de SF, dispostas em duas UBS, uma na região central e outra em um bairro, sendo possível a cobertura total do município. A proposta de implementação de um programa sistematizado de puericultura e responsabilização dos enfermeiros de cada ESF pelas crianças de sua área partiu do enfermeiro da ESF III, com uma intervenção realizada para a conclusão de sua pós-graduação em saúde da família. De acordo com o proposto o atendimento às crianças de até 6 anos passou a ser de responsabilidade do enfermeiro e do pediatra, com o auxílio de todos os membros da equipe, conforme um cronograma desenvolvido e de forma a contemplar os cinco eixos preconizados pelo MS para o cuidado à esta população, são estes: promoção ao aleitamento materno; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; imunizações; prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas. Sabe-se que poucas funções biológicas dependem tanto do potencial genético como o crescimento. No entanto, a qualquer momento, desde a concepção e principalmente nas crianças pequenas, fatores ambientais são passíveis de perturbar o ritmo e a qualidade deste processo. O alcance dessa meta biológica depende, na verdade, das condições do ambiente onde se dá o crescimento da criança sendo sua influência marcante. [3] Sendo assim, a equipe trabalha com vigilância no que diz respeito a desnutrição ou obesidade, realizando abordagens integrais quando realiza a atividade de puericultura. Nesse Sentido, em relação ao aspecto nutricional, o déficit de crescimento ocasionado pela desnutrição é reversível durante os dois primeiros anos de vida. Após essa

idade, percebe-se que o fenômeno do crescimento compensatório, apesar de presente, é bem menos intenso. Essa grande vulnerabilidade biológica faz com que seja extremamente importante o acompanhamento sistemático do crescimento da criança nessa fase da vida. Atividades de recuperação nutricional devem priorizar crianças menores de 24 meses, para permitir uma total recuperação e prevenção de problemas futuros. As causas que afetam o crescimento também podem afetar o desenvolvimento. [3] Objetivos: Analisar a contribuição do trabalho interdisciplinar e sistematizado nas ações de puericultura, a partir da observação do processo de trabalho atual e pesquisa da história de atenção à saúde da criança no município. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência de um estágio extracurricular realizado por uma acadêmica de Enfermagem, em uma ESF no município de Arvorezinha- RS. Para a realização do presente trabalho, a acadêmica participou da puericultura durante o período em que esteve na Unidade, e pesquisou sobre a forma como era realizada antes da implantação da ESF no município. Esta pesquisa se deu através de leitura e conversas informais com os profissionais das equipes. Resultados: Atualmente, as três equipes de SF seguem ao cronograma de puericultura proposto, que acompanha sistematicamente as crianças até os 6 anos. O atendimento do 1º ao 7º dia (teste do pezinho), do 2º, 3º, 5º, 7º, 8º, 10º, 11º, 14º, 16º, 18º, 20º e 22º meses são realizados pelo enfermeiro, já a primeira consulta do RN aos 15 dias, e as consultas ao 1º, 4º, 6º, 9º, 12º, 15º e 24º meses são de responsabilidade do pediatra. A partir daí, é realizada uma consulta anual com o pediatra até a criança completar 6 anos. As consultas de puericultura são previamente agendadas com data e horário, evitando a espera em filas e assim humanizando o atendimento a este público e facilitando a adesão pelas famílias. Além do médico e do enfermeiro, os demais membros da equipe também participam da puericultura, uma técnica em enfermagem é responsável pelas vacinas, os agentes comunitários de saúde fazem a busca ativa das crianças que não realizam puericultura em nenhum serviço ou que faltaram alguma consulta. Ainda, toda equipe participa da reunião semanal de equipe, onde são realizadas discussões de casos, combinações de busca de faltosos, agendamento de VD, entre outras atividades. Para determinar situação de risco são utilizados os seguintes marcadores: baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento, desnutrição e situação de violência. Os dados são registrados em fichas espelho (apenas o enfermeiro registra neste dispositivo), prontuário e no cartão da criança. Atualmente o monitoramento mensal dos dados não é realizado. Conclusão: A realização de um programa de puericultura sistematizado e interdisciplinar possibilita o cuidado integral e humanizado à crianças de até 6 anos de idade, garantindo-lhe o direito de um crescimento saudável e reduzindo possíveis agravos. Contribuições para a Enfermagem: A realização do programa de puericultura de acordo com o preconizado pelo MS qualifica a atuação do enfermeiro na ESF, proporcionando cuidado holístico ao público infantil. Referências: 1. Pinheiro, G E W. A puericultura como estratégia de promoção à saúde. 2012. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Departamento de Medicina Social. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas 2. Pina JC, Mello DF, Mishima SM, Lunardelo SR. Contribuições da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. Acta Paul Enferm 2009; 22(2): 142-8. 3.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

13948

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELE DE SOUZA VIEIRA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO: relato de experiência

Vieira, DS; Souza, ALA; Mota, CCP; Dantas, FA; Reichert, APS; Vaz, EMC;

INTRODUÇÃO: A educação em saúde é uma ação necessária para a promoção e prevenção da saúde, com vistas à melhoria das condições de vida da população[1]. A sala de espera ambulatorial é um ambiente que oportuniza o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, proporcionando melhor acolhimento aos usuários e interrelação usuário/sistema/trabalhador de saúde[2]. No ambiente hospitalar, a sala de espera vem sendo uma atividade cada vez mais utilizada nos ambulatórios, pois se formam grupos de pessoas a espera das consultas médicas, com o intuito de tornar o espaço mais descontraído e oportunizar informações relevantes para o cuidado à criança e ao adolescente. Partindo da premissa de que as atividades que visam proporcionar descontração no ambiente hospitalar podem beneficiar não só os pacientes, como também os familiares e a equipe de funcionários3, a realização de atividades de educação em saúde com abordagem lúdica é uma estratégia eficaz para atrair o interesse de crianças e adolescentes, contribuindo para a construção de uma melhor qualidade de saúde, a partir de informações seguras para, quando adotadas, gerar um bem-estar individual e comunitário4. OBJETIVO: Relatar as atividades de educação em saúde, desenvolvidas por estudantes com crianças e adolescentes na sala de espera de um ambulatório pediátrico. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência das estudantes do curso de enfermagem que participaram do projeto de extensão universitária intitulado: Família como unidade de cuidado à crianças/adolescentes: ações de educação em saúde como estratégia de autonomia para pais/responsáveis, desenvolvido no ambulatório pediátrico do Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW da Universidade Federal da Paraíba¬/UFPB, no município de João Pessoa, PB. RESULTADO: O ambulatório pediátrico do HULW possui diversas especialidades médicas, tendo uma demanda muito variada que abrange crianças e adolescentes de todas as idades e de diversas cidades do estado da Paraíba. As crianças/adolescentes cadastradas no serviço eram agendadas para a primeira consulta ou para acompanhamento mensal (consulta de retorno). Muitas dessas crianças/adolescentes eram do interior do estado, por isso, chegavam com muita antecedência ao hospital, permanecendo por um longo período à espera de atendimento. A partir dessa realidade, a equipe de graduandas e docentes resolveram desenvolver atividades educativas, com utilização de abordagens lúdicas. As atividades foram realizadas rotineiramente, nas segundas-feiras pela manhã e quintas-feiras à tarde, durante o período de agosto a dezembro de 2012. As temáticas abordadas foram planejadas de acordo com o perfil da clientela por tipo de especialidades médicas, a saber: asma, bullyng, alimentação saudável e alterações do comportamento (hiperatividade). Utilizou-se como ferramentas para abordagem temática: dedoches, fantoches e vídeos, tornando a atividade bastante dinâmica. Ao término das apresentações, fazia-se uma roda de conversa para identificar a compreensão das crianças/adolescentes e debater sobre os assuntos abordados. Eram realizadas as seguintes indagações norteadoras: "O que aconteceu na estória?"; "O que lhe chamou mais atenção?"; "O que vocês acharam da atividade?". Aproveitávamos o momento para incentivar as crianças/adolescentes, a repassar os conhecimentos adquiridos na atividade à família/ comunidade. Em seguida, as crianças/adolescentes eram convidadas a realizar atividades manuais como pinturas e desenhos referentes ao tema, como forma de avaliar a aprendizagem da temática, enquanto que as crianças menores ficavam se distraindo com os brinquedos disponíveis no próprio ambulatório. Ao longo da apresentação observamos como as crianças ficaram quietas e sorridentes com os bonequinhos e com as

estórias. Quanto aos temas relacionados à patologia (asma e hiperatividade), optamos por não abordar diretamente a doença em si, mas falávamos de maneira geral, mostrando que toda criança tem necessidade de cuidado adequado, e as formas de prevenir o surgimento de determinadas crises. Percebia-se durante a discussão que muitas crianças apresentavam ou conheciam alguém com características semelhantes a que abordávamos na atividade, isso fazia com que elas compartilhassem suas experiências, tornando o diálogo mais interessante, aberto e efetivo. Os profissionais do ambulatório também assistiam nossas atividades e sempre se mostravam atentos aos temas trabalhados, dando ainda mais credibilidade a nossa ação. Percebeu-se que as mães confiavam e gostavam da atividade, pois além de educar as crianças/adolescentes, elas se distraiam enquanto esperavam o atendimento, pois antes elas ficavam apenas assistindo novelas ou jornais na TV do ambulatório. Ressalta-se que ao longo do projeto tivemos algumas dificuldades que precisaram ser trabalhadas, para que as atividades fossem mais efetivas e atrativas, como a timidez das acadêmicas em realizar atividades lúdicas; ausência de alguns médicos do ambulatório, por falta ou licenciamento decorrente de férias ou doença, diminuindo a demanda da clientela; infraestrutura inadequada para a realização da atividade, devido aos ruídos frequentes no ambiente e movimentação intensa de pessoas no ambulatório. Com o passar do tempo adquirimos mais experiência e nos adaptamos com as condições ambientais fornecidas no ambulatório, ao ponto de alcançarmos desenvoltura suficiente para agradar as mães e reduzir os efeitos negativos das dificuldades encontradas. CONCLUSÃO: A atividade de extensão ajudou no desenvolvimento da criatividade, instrumento importante para vencer barreiras no ambiente de trabalho e, portanto, necessária para a nossa prática profissional como futuros enfermeiros. Enriqueceu o olhar das estudantes para a importância das atividades de educação em saúde - sala de espera, bem como o papel destas atividades para a promoção da saúde das crianças e adolescente, de modo a promover momentos de descontração e diálogo, favorecendo a troca de experiência e a construção de novos saberes. Recomenda-se que esta atividade seja replicada em outros ambientes de sala de espera, a fim de proporcionar descontração aos usuários dos serviços de saúde e orientações em saúde, de modo a proporcionar autonomia do indivíduo para o seu autocuidado. PALAVRAS- CHAVE: Educação em saúde; Criança e adolescente. REFERÊNCIAS 1. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Rev. Brasileira de Enfermagem. Brasília; 2010, jul-ago; 63 (4): 567-73. 2. Rodrigues AD, Dallanora CR, Rosa J da, German ARMl. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. Revista Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI. 2009, mai; 5 (7): 101-106. 3. Santos MP. Extensão universitária: espaço de aprendizagem profissional e suas relações com o ensino e a pesquisa na educação superior, Revista Conexão UEPG. 2012; 8 (2): 154-53.

14199

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELE SANTOS DA CONCEIÇÃO

DEMANDAS DE APRENDIZAGEM DE FAMILARES CUIDADORES DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE CLINICAMENTE COMPLEXAS

Conceição, DSC; Cabral, IEC;

Introdução: No conjunto das crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) existe um grupo que apresenta as quatro demandas de cuidados (tecnológico, habituais modificados, desenvolvimento e medicamentoso), permanecem por um longo período internadas ou reinternam com frequência no hospital, por vezes morando naquele ambiente ou determinando para seus familiares quando recebem alta para o domicílio, elevada e múltiplas demandas de cuidados clinicamente complexos. A esse grupo de criança denominamos como crianças com necessidades especiais de saúde com múltiplas demandas de cuidados complexos e contínuos. A convivência ainda no ambiente hospitalar com uma criança clinicamente complexa apresenta-se como um desafio para o familiar cuidador. Eles possuem um saber e uma visão de mundo construída pela sua práxis no senso comum, e terão que aprender a cuidar de uma criança que requer um conjunto de conhecimentos que não faz parte da sua experiência de vida. Para dialogar com os familiares cuidadores das crianças com necessidades especiais de saúde clinicamente complexa, é necessário que a Enfermeira problematize com eles a apropriação do cuidado de enfermagem. Apropriação é tomar para si conteúdos depois de assimilados, digeridos e transformados que poderão ser utilizados em favor do crescimento individual; é a verdadeira aprendizagem. Objetivos: identificar as demandas de aprendizagem dos familiares cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde clinicamente complexa e discutir as implicações dessas das demandas para a prática de enfermagem. Metodologia: pesquisa qualitativa desenvolvida segundo o método criativo e sensível (MCS). Os sujeitos do estudo foram 13 familiares cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde com múltiplas demandas de cuidados complexos e contínuos, em acompanhamento ambulatorial em um Hospital localizado no município do Rio de Janeiro. O cenário foi o Ambulatório de Especialidades de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira (IFF) - FIOCRUZ. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo CAAE-0029.0.008.000-11). Para análise dos dados utilizamos o método da Análise de Discurso Francesa (AD). Resultados: As dinâmicas árvore do conhecimento e corpo saber utilizada no método criativo e sensível mobilizou os familiares cuidadores a identificar que os espaços do hospital e da internação domiciliar - PADI (Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar) foram cenários onde ocorreram o ensino e a aprendizagem compartilhados pela enfermeira, técnica de enfermagem e familiar cuidador; e nos encontros dos passeios do PADI aconteceu o compartilhamento de experiências entre os vários familiares cuidadores. As demandas de aprendizagem que esses familiares apresentaram sobre os procedimentos técnicos de enfermagem para cuidar das suas crianças, ainda no cenário hospitalar, que envolveu conhecimentos diversos, incluindo os de Enfermagem Fundamental foram: o procedimento de calçar luvas; o manuseio com a esofagostomia e gastrostomia; o funcionamento da derivação ventrículo peritoneal (DVP); o manuseio da traqueostomia e o procedimento do cateterismo vesical. No espaço do hospital a mãe, é ensinada a cuidar observando a enfermeira e/ou a técnica de enfermagem realizar o procedimento técnico; ouvindo a profissional de enfermagem ensinando outros familiares; observando outra mãe cuidando do seu filho; ou são ensinadas por uma educação formal ou informal na culminância da alta hospitalar, por um modelo pedagógico centrado no tecnicismo e na prática biomédica. Nos encontros dos passeios do PADI os familiares cuidadores compartilham suas experiências e essa troca, assim como o diálogo e a problematização no mesmo espaço, estimula a reflexão e a tomada de consciência para um novo

aprendizado. Quanto mais problematizar sobre suas vivências como seres no mundo e com o mundo, os familiares se sentirão desafiados em querer ser mais e aprender mais. Aprender num plano de totalidade de compreensão, e não de reprodução do conhecimento. No espaço da casa elas aprendem sozinhas na tentativa de acerto-erro, baseada no saber de experiência feita, ou a partir da sua memória e da memória cultural construída no espaço da família. Problematizam sua situação existencial e concreta, sem a relação pedagógica com os profissionais de saúde. Conclusão: o estudo poderá fornecer subsídios para o educar da enfermeira na problematização das demandas de aprendizagem junto aos familiares cuidadores das crianças com necessidades especiais de saúde. A concepção de educação bancária utilizada pela enfermeira nos ambientes controlados de aprendizagem, como o hospital e o PADI, mantém os familiares cuidadores oprimidos numa cultura de silêncio, onde só é permitido observar. O modelo pedagógico centrado na pratica biomédica, verticaliza a transmissão do conteúdo a ser ensinado; as informações narradas pelas enfermeiras e a técnica de ensino através da observação, não são apreendidos pelos familiares. Este tem a ilusão de que aprende quando, no entanto, reproduz o conteúdo ensinado. O conhecimento deve ser construído, refletido e mediado com os familiares levando-os a pensar criticamente sobre sua situação existencial e concreta de forma que sua curiosidade ingênua se criticize, chegando à conscientização critica e a transformação. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: O estudo poderá contribuir para a assistência a saúde das CRIANES e seus familiares no contexto hospitalar e domiciliar; para o ensino e para a pesquisa. No contexto hospitalar a enfermeira ciente das demandas múltiplas, complexas e contínuas dessa criança, poderá junto aos familiares no período de internação, a partir das suas dúvidas e anseios, antecipar as dificuldades que poderão surgir no domicílio. No contexto domiciliar, desenvolver grupos juntamente com outros profissionais de saúde como forma de apoio no cuidado de enfermagem às crianças e suas famílias fundamentando-se nas diretrizes do sistema Hospice e Respice, já em funcionamento em outros países. Em relação ao ensino, o estudo contribuirá com novos conhecimentos científicos acerca da temática, possibilitando aos alunos de graduação e residentes de enfermagem um novo olhar para os familiares cuidadores das crianças com necessidades especiais de saúde e suas múltiplas demandas de cuidados complexos e contínuos. E em relação à pesquisa, o estudo oferecerá subsídios para pesquisas que abordem tanto a criança, como a família da criança hospitalizada. É necessário que a enfermeira tenha sensibilidade para lidar com as características de cada pessoa, conhecendo suas crenças, mitos e visões de mundo. Referências: 1. Neves, ET; Cabral, IE. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. Rev. Eletr. Enf. [internet] http: //www.fen.ufg.br /revista/v11/n3/ v11n3a09.htm. 2009; 11(3): 527- 38. 2. Vernier, ETN. O empoderamento de cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde: interfaces com o cuidado de enfermagem. (Tese). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2007. 172f. 3. Carnevale, FA et al. What we know (and do not know) about raising children with complex continuing care needs. Journal of Child Health Care. 2008; 12(1): p. 4-6. 4. Taylor, JH. Children who have complex health needs: parents' experiences of their child's education. Child: care, health, development. 2009; 35(4): p. 521-26. 5. Vasconcelos, MLMC; Brito, RHP. Conceitos de educação em Paulo Freire. São Paulo. Editora Vozes. 2006. 1ª ed. Descritores: Crianças com incapacidade, Cuidado da criança e Família.

14536

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELI TELES LIVIÉRI

PROMOVENDO O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: O BRINCAR NAS FAMÍLIAS, CRECHES E ABRIGOS ? REVISÃO INTEGRATIVA

Liviéri, DT;

Introdução: O brincar é essencial para o desenvolvimento pleno da criança devendo ser garantido através da disponibilização de espaços e interações adequadas. A atividade lúdica nos primeiros anos de vida é um fenômeno sensível às condições do contexto, ou seja, o ambiente circundante pode favorecer ou não o desenvolvimento infantil. Objetivo: Identificar como o brincar é vivenciado nos contextos de família, creche e abrigo visando o desenvolvimento infantil. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa abrangendo o período de 2003 a 2013, nas seguintes bases de dados informatizadas: Medline, Lilacs e Scielo. Foram incluídos os artigos publicados no período pré-estabelecido, cujos temas relacionavam-se à temática, nos idiomas em inglês, português ou espanhol e que apresentavam abstracts ou resumos disponíveis e indexados na base de dados. Vinte e cinco artigos responderam a esses critérios de inclusão compondo a amostra do estudo. A análise dos artigos foi realizada na íntegra. Resultados: Dos artigos encontrados a maior parte foi escrita por profissionais da área da psicologia; em relação ao ano de publicação, 2006 foi o ano em que mais se publicou sobre o assunto (oito artigos) e 2004 não apresentou publicações. A abordagem metodológica mais adotada foi a qualitativa, abrangendo relatos de experiência, estudos de caso, grounded theory e etnografia. A literatura nacional destacou-se no número de publicações. Em relação aos dados encontrados, no ambiente familiar, os pais reconhecem a importância do brincar com seus filhos, no entanto possuem pouco tempo para realizar atividades lúdicas com eles. Quando não estão ocupados com serviços de casa, eles ocupam o tempo com seus filhos conversando, portanto não brincando, ou brincando pouco. Estudo realizado com famílias de baixa renda demonstrou que os brinquedos são poucos e conseguidos com dificuldade devido condição financeira dos pais, além disso o cuidado com os brinquedos é tão grande que às vezes as crianças nem chegam a brincar muito, principalmente com aqueles mais caros, que são ganhos de vez em quando. Em outro estudo, de sete casais, quatro colocaram a brincadeira como espaço exclusivo das crianças, os outros três casais, por sua vez, indicaram a importância em participar e orientar a brincadeira dos seus filhos. É importante compreender que a brincadeira inserida no contexto de família não só representa um meio facilitador para os pais e mães educarem seus filhos, mas também representa uma prática educativa em si, já que por seu intermédio, as famílias e suas crianças podem trocar informações para a formação de laços afetivos, socialização e constituição do sujeito social. Em relação às creches, persiste a ênfase ao seu papel na manutenção de cuidados físicos, como alimentação e higiene, diminuindo as possibilidades da criança brincar, além disso, o despreparo dos profissionais acerca da promoção do desenvolvimento infantil através da brincadeira resultam em ações pouco efetivas. Também é preciso considerar a dinâmica e as condições de trabalho nas quais os profissionais estão inseridos. A maior parte do tempo desses profissionais é investida em atividades relacionadas aos cuidados físicos, controle e tarefas que não estão diretamente voltadas ao desenvolvimento da criança. Para promover outras atividades, o profissional precisa do apoio da administração da creche para dedicar mais tempo ao contato direto com as crianças, além dos momentos dedicados aos cuidados propriamente ditos. Uma estratégia apontada como efetiva e apresentada em um dos estudos trata-se de uma brinquedoteca instalada dentro de uma creche; a mesma demonstrou resultados significativos referentes a disponibilização de um espaço específico para o brincar e para a interação com crianças de outras faixas etárias; a convivência entre crianças de diferentes idades

propicia experiências de aprendizagem. Oficinas lúdicas tem sido usadas para envolver famílias e profissionais que atuam nas creches, demonstrando resultados satisfatórios no que se refere a melhorias dos aspectos interacionais, de aprendizado, socialização e desenvolvimento das crianças. Outra questão abordada refere-se ao ambiente, este é considerando como aspecto essencial para a garantia de experiências adequadas. Arranjar o ambiente de modo a prover espaço suficiente permite à criança engajar-se para a realização de atividades. É importante ainda o brincar da criança não só com outras crianças, mas também com os adultos. Estudo sugere que, com crianças de dois anos, trinta minutos diários de atividades educativas lúdicas com a mediação do adulto podem ser suficientes para promover o desenvolvimento de habilidades. Já em relação ao contexto de abrigo, apenas um estudo foi encontrado e apontou que, as crianças institucionalizadas, são desprovidas de estimulação suficiente para o desenvolvimento; intervenções lúdicas realizadas por pesquisadoras demonstrou que, quando estimuladas adequadamente, as crianças apresentaram melhorias no comportamento lúdico e avanço na aquisição de habilidades motoras e cognitivas, o que resalta a importância em se proporcionar experiências e interações adequadas. Conclusão: Nos contextos estudados, o brincar é considerado importante, no entanto, os adultos pouco participam dessa interação. Faz-se necessário desenvolver mais estudos envolvendo a temática, com o intuito de subsidiar os profissionais da área de saúde da criança quanto às intervenções e o planejamento da assistência integral e de qualidade. Implicações para a Enfermagem: Ações simples do cotidiano impactam na qualidade do desenvolvimento infantil, por isso cabe à enfermagem pensar em estratégias que beneficiem as interações entre os adultos e as crianças através do lúdico, abrangendo os diferentes ambientes, garantindo assim a promoção do desenvolvimento de forma plena, segura e saudável. Descritores: desenvolvimento infantil, jogos e brinquedo. Referências Bibliográficas Szymanski EMH. Brincadeira e práticas educativas familiares: um estudo com famílias de baixa renda. Interações: estudos e pesquisa em psicologia. 2006 Jan-Jun; 11 (21): 143-164. Poletto RC. A Ludicidade da criança e sua relação com o contexto familiar. Psicologia em Estudo. 2005 Jan-Abr; 10 (1): 67-75. Tolocka RE, Brollo AL. Atividades Físicas em instituições de ensino infantil: uma abordagem bioecológica. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano. 2010, 12 (2): 140-147. Rosa FV, Kravchychyn H, Vieira ML. Brinquedoteca: a valorização do lúdico no cotidiano infantil da pré-escola. Barbarói. Santa Cruz do Sul. 2010 Ago-Dez; (33):8-27. Pfeifer LI, Eufrazio MC. Influência do brincar para o desenvolvimento de crianças institucionalizadas de 3 a 6 anos. Temas sobre Desenvolvimento. 2006; 15 (85-86): 14-23. 1Enfermeira, especialista em UTI Neonatal e Pediátrica, Auxiliar de Ensino na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Campus Sorocaba (PUC/SP), Membro do Grupo de Pesquisa "Cuidado à Saúde Infantil" da Escola de Enfermagem Usp - dtlivieri@pucsp.com.br.

14279

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELLE APARECIDA PEREIRA BRAGA

A ENFERMEIRA E O CUIDADO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Braga, DAP; Veríssimo, MDLOR;

Introdução:Manter e promover o desenvolvimento da criança, mesmo em terapia intensiva, além de apoiá-la no enfrentamento das situações potencialmente estressantes, fundamenta o cuidado integral.Objetivo:Descrever e analisar o cuidado da enfermeira à criança hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), com foco no desenvolvimento. Método: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, numa UTIP, de hospital privado de grande porte, filantrópico, geral, na cidade de São Paulo. A coleta de dados em oficinas pedagógicas incluiu oito enfermeiras; os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo e interpretados com o referencial das necessidades essenciais da infância(1). Resultados: Emergiram três categorias: As "Concepções e práticas da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP" descrevem ações e aspectos que impactam sobre a criança, visando suas necessidades para além do motivo da hospitalização, mas que não são nominadas como cuidado de enfermagem e sim como comportamentos naturais. As "Facilidades e dificuldades da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP" descrevem práticas institucionalizadas que fortalecem o cuidado, como o processo de enfermagem e o compromisso da equipe, ou dificultam-no, como o modelo hegemônico biomédico e atividades burocráticas que vão de encontro ao cuidado para a promoção do desenvolvimento. As "Perspectivas da enfermeira sobre o cuidado para o desenvolvimento da criança na UTIP" referem-se à necessidade de uma filosofia e instrumentos para orientar a equipe no cuidado integral.Conclusões: Embora as enfermeiras se percebam realizando ações favoráveis ao desenvolvimento da criança, concluem que garantir o desenvolvimento saudável é algo a ser alcançado, mediante ações sistematizadas e norteadas por objetivos comuns a toda a equipe de saúde e reconhecidas como cuidado profissional. Descritores: Cuidado infantil. Desenvolvimento infantil. Enfermagem pediátrica. Referência:
1. Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002.

13843

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELLE APARECIDA PEREIRA BRAGA

A ENFERMEIRA E O CUIDADO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Braga, DAP; Verissímo, MLÓR;

Introdução: Manter e promover o desenvolvimento da criança, mesmo em terapia intensiva, além de apoiá-la no enfrentamento das situações potencialmente estressantes, fundamenta o cuidado integral. Objetivo: Descrever e analisar o cuidado da enfermeira à criança hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), com foco no desenvolvimento. Método: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, numa UTIP, de hospital privado de grande porte, filantrópico, geral, na cidade de São Paulo. A coleta de dados em oficinas pedagógicas incluiu oito enfermeiras; os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo e interpretados com o referencial das necessidades essenciais da infância. Resultados: Emergiram três categorias que explicam o cuidado na UTIP. As "Concepções e práticas da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP" descrevem ações e aspectos que impactam sobre a criança, visando suas necessidades para além do motivo da hospitalização, mas que não são nominadas como cuidado de enfermagem e sim como comportamentos naturais. As "Facilidades e dificuldades da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP" descrevem práticas institucionalizadas que fortalecem o cuidado, como o processo de enfermagem e o compromisso da equipe, ou dificultam-no, como o modelo hegemônico biomédico e atividades burocráticas que vão de encontro ao cuidado para a promoção do desenvolvimento. As "Perspectivas da enfermeira sobre o cuidado para o desenvolvimento da criança na UTIP" referem-se à necessidade de uma filosofia e instrumentos para orientar a equipe no cuidado integral. Conclusões: Embora as enfermeiras se percebam realizando ações favoráveis ao desenvolvimento da criança, concluem que garantir o desenvolvimento saudável é algo a ser alcançado, mediante ações sistematizadas e norteadas por objetivos comuns a toda a equipe de saúde e reconhecidas como cuidado profissional.

14105

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIÉLLE BERNARDI SILVEIRA

O LÚDICO ESTIMULANDO A IMAGINAÇÃO DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.

Silveira, DB; Schuch, CR; Correia, JD; Schneider, LL; Bom, AE; Montanari, CC;

Introdução: A imaginação infantil é ilimitada. Brincar faz com que a criança compreenda o mundo ao seu redor. Através de brincadeiras que ?bagunçam' o mundo real, as crianças transformam o seu mundo pela imaginação, criando um novo mundo. Atividades lúdicas propiciam a construção de vocabulário linguístico e psicomotor, além de servirem como meio de comunicação entre profissional de saúde e criança, fazendo com que seja detectada a singularidade de cada uma.1-2 Objetivos: Relatar a vivência de acadêmicos de enfermagem durante intervenção em associação que atende crianças com necessidades especiais em Porto Alegre. Método: Trata-se de um relato de experiência de atividade desenvolvida com 80 pessoas, entre crianças e acompanhantes, que se encontravam no saguão de instituição para crianças com necessidades especiais. Os acadêmicos desenvolveram brincadeiras de pintura no rosto e distribuição de marabús, além de usarem adereços coloridos e fantasias, como a de Papai-Noel. Resultados: As crianças receberam de forma positiva as atividades. A pintura no rosto, bem como a distribuição de fantasias, estimularam a criatividade das crianças. A chegada do Papai-Noel foi o clímax e a maioria das crianças buscou a proximidade com o personagem para receber os presentes. Conclusões: A atividade confirmou que crianças valorizam brincadeiras de descontração. A alegria expressa na forma de sorrisos e a interação mostraram a importância da atenção e do cuidado em forma de carinho e apoio. Descritores: Saúde da Criança; Enfermagem; Cuidado da Criança. Referências: 1. Furtado MCC, Lima RAG. Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 33, n. 4, dez. 1999. 2. Nascimento LC, Pedro ICS, Poleti LC, Borges ALV, Pfeifer LI, Lima RAG. O brincar em sala de espera de um Ambulatório Infantil: a visão dos profissionais de saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011

14385

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DAYANNA SANTOS DE PAULA FERREIRA

O AGIR COMUNICATIVO ENTRE A ENFERMAGEM E CRIANÇAS: SUAS IMPLICAÇÕES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Ferreira, DSP; Silva, RMCA; Teixeira, ER; Cursino, EG;

O presente trabalho trata-se de um estudo baseado na Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas, que teve como objeto a comunicação entre a enfermagem e crianças e suas implicações na assistência de enfermagem. O objetivo é descrever o processo de comunicação entre a equipe de enfermagem e as crianças hospitalizadas, segundo uma perspectiva no agir comunicativo em Habermas. Para isso, utilizou-se uma pesquisa quantitativa com enfoque descritivo e exploratório e não experimental, tendo como técnica a entrevista semi-estruturada. Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram à equipe de enfermagem composta por sete técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros que atuam nas unidades pediátricas do Hospital Universitário Antônio Pedro, de ambos os sexos, independente de cor de pele ou de religião. Em relação aos técnicos de enfermagem, foram selecionados somente aqueles que trabalhavam como graduado em enfermeiro em outra instituição pediátrica. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do referido Hospital, Universidade Federal Fluminense, com o nº 076/09. A análise dos dados aconteceu após um processo de múltiplas leituras e estes foram interpretados com o referencial teórico. Surgiu como temática o agir comunicativo para efetiva comunicação: uma perspectiva na enfermagem. Os resultados deste estudo contribuem para a compreensão de como ocorre o processo de comunicação entre a equipe de enfermagem e as crianças hospitalizadas numa perspectiva do agir comunicativo baseado na filosofia de Habermas. As questões apresentadas neste trabalho constituem fatores para reflexão, na intenção de se fazerem valer os Direitos da Criança Hospitalizada, pois todo profissional da área da saúde deve respeitar o direito da criança de ser entendida em seus aspectos culturais, sociais e individuais. Ao analisar os dados quanto à hospitalização da criança e como ela funciona, os diferentes focos do mundo vida versus o agir estratégico da equipe de enfermagem, relativas à função cultural e psicossocial dessa criança foram poucos abordados pelos entrevistados. O foco da equipe de enfermagem era voltado, principalmente, sobre os aspectos físicos da hospitalização. Os resultados correspondem com códigos binários de Habermas sobre critérios de inclusão do enfermeiro a assistência à criança: doença versus doença (tratamento versus tratamento). De todos os entrevistados, mesmo aqueles que responderam não utilizar estratégia, veem como resultado a aceitação do tratamento, porém não buscam a comunicação de fato. Ou seja, a estratégia é simplesmente uma ação para conseguir o que a equipe quer (o tratamento,o êxito dados estratégicos favoráveis). Identificou-se em todas as falas estratégias através de estruturas de perspectivas (coordenação de atividades proposta pelo entrevistado), estrutura da expectativa de comportamento (padrões de comportamento particular, atribuições de intervenção), conceito de autoridade (arbítrio extremamente sancionado das crianças e seus familiares) e conceito de desmotivação (orientação em função de recompensa/castigo). Os aspectos psicossociais, no entanto, são abordados em 5 entrevistados, além das obrigações biomédicas. Para 4 entrevistados alguns fatores culturais como religiosidade, linguagem, valores foram apontados. Outros entrevistados denotam que a cultura não influencia na comunicação, ou seja, estes deixam de estabelecer vínculo como mundo vida da criança. Os entrevistados, relacionado os fatores da sociedade sendo algo que interfere na comunicação, citam família, escola e o próprio meio em que vive. Entretanto apenas um inclui-se na nova sociedade que a criança vive (ohospital). Nos elementos relacionados à personalidade, contrapondo o mundo subjetivo, os entrevistados pouco falaram sobre, atentando apenas a timidez e agressividade da criança. Ao levantar essa temática, o intuito era acessar a

comunicação da equipe de enfermagem com a criança, convergindo o agir estratégico com o agir comunicativo, assim como identificar os modos de agir para efetiva comunicação. Os resultados apontam para uma enfermagem baseada no agir estratégico deixando de lado os diversos tipos de abordagem que uma instituição pode adotar em função de seus valores, crenças pessoais e profissionais dos elementos que compõe a equipe de saúde e administrativa. Podendo, com isso, a metodologia da assistência de enfermagem ser centrada: na patologia da criança, valendo-se com as estratégias apenas ganhos de resultados e objetivos que é o tratamento, não a criança ou a criança e seus familiares. Em pleno século XXI, o atendimento à criança seja realizado sem se levar em conta que esta é um indivíduo, inserida num contexto familiar, e esta numa estrutura ainda maior, numa comunidade. Para que haja a efetiva comunicação a equipe de enfermagem, bem como todos os profissionais da saúde, devem se valer dos seguintes modos de agir baseado no Mundo Vida da criança: ser bom ouvinte; promover uma comunicação aberta e adequada aos níveis de compreensão da criança; permanecer atento às comunicações verbais e não verbais da criança; deixar que ela dê o tom e estabeleça o ritmo da conversa; promover a participação das crianças nas brincadeiras, com consentimento e informações; trabalhar as fantasias das crianças com relação à doença, principalmente as de culpa e de uma possível melhora; possibilitar a expressão não só da tristeza, mas também de sentimentos como a raiva, desamparo e medo; ajudar as crianças a formar e manter seus aspectos culturais, sociais e individuais, buscar apoio de toda rede de relacionamento social, cada membros da família, os amigos, vizinhos, professores, profissionais da saúde, e todos os que puderem dar sua contribuição para uma efetiva comunicação. A confirmar que uma visão no Mundo Objetivo, relacionado à cultura, no Mundo Social, a sociedade e no Mundo Subjetivo, a personalidade da criança nos leva a refletir que, embora as pessoas sejam dotadas do mesmo sistema anátomo-fisiológico, a sua prática de vida varia também no contexto em que vive. Ou seja, o fato de todas as pessoas serem fisicamente semelhantes, e terem os mesmo pontos de equivalência, não quer dizer que se comuniquem do mesmo modo. Somos seres complexos e singulares. A criança é também fruto do ambiente que vive, ou seja, sua organização familiar irá influenciar suas experiências infantis e todo seu processo de socialização. Portanto o trabalho de enfermagem que cuida de crianças deve respeitar as diferenças culturais existentes dentro dos grupos sociais, e, sobretudo aliando-se ao estilo de cuidar do familiar que foi herdado culturalmente. Assim contribuiremos obter o bem estar da criança e a segurança da mãe com as novas situações vividas. Descritores: Enfermagem pediátrica. Comunicação. Criança hospitalizada. Filosofia.

13858

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DEA SILVIA MOURA DA CRUZ

UMA ESTRELINHA CHAMADA M.E. E O PODER DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Cruz, DSM; Collet, N; Porto, FFL;

RESUMO INTRODUÇÃO: O tratamento quimioterápico da Leucemia Linfóide Aguda (LLA) na criança é longo e doloroso, requerendo dos profissionais de enfermagem especial atenção quanto à minimização dos traumas.1 Para que possam auxiliá-la a enfrentar esta situação, faz-se necessário que utilizem técnicas adequadas de comunicação, entre elas o Brinquedo Terapêutico, que permite ao profissional uma maior interação com a criança, pela possibilidade de adentrar no seu mundo através do brincar.2 OBJETIVO: compreender a relevância do brinquedo terapêutico no cuidado de enfermagem à criança com LLA. METODOLOGIA: pesquisa qualitativa do tipo relato de experiência, desenvolvida na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), João Pessoa-PB, com uma criança do sexo feminino de 3 anos (estrelinha chamada M.E.), portadora de Leucemia Linfóide Aguda. Os dados foram registrados no prontuário e em Diário de Campo. RESULTADOS: o BT permitiu à enfermeira conhecer os sentimentos guardados pela criança como tristeza e revolta diante das limitações impostas pela doença e tratamento. A técnica do BT auxiliou a criança a compreender a realidade vivida, permitindo-lhe exteriorizar sentimentos, aliviando a ansiedade. Além disso, favoreceu a interação enfermeira, criança e família, permitindo a assimilação da situação.3-5 CONCLUSÃO: O diagnóstico e tratamento do câncer infantil produziu traumas emocionais na estrelinha M.E. que precisaram ser trabalhados em todo o processo. O BT mostrou-se como ferramenta que devolve à criança a capacidade de enfrentar as adversidades impostas pela doença, aliviando sentimentos e fortalecendo sua resiliência. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O BT traz benefícios na atenção à criança, constituindo-se como estratégia para alívio do estresse, como instrumento que auxilia a criança na compreensão da sua realidade. Mais do que tirar a criança do foco da doença, o BT constitui-se em estratégia de expressão da criança e ferramenta essencial na humanização do cuidado em pediatria. DESCRITORES: Enfermagem pediátrica. Humanização. Jogos e brinquedos.

14327

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DÉBORA GONÇALVES PINHEIRO DE GOES

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA PEDIÁTRICA: SUBSÍDIOS PARA O ALCANCE DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Sudre, GA; Goes, DGP; Ribeiro, AA; Santos, AGC; Nascimento, GNR; Silva, VEP;

Introdução: Durante os primeiros dias atuando em campo de estágio do último semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Campus de Rondonópolis, foram identificadas algumas intercorrências no ambiente hospitalar, envolvendo o período peri-operatório de cirurgias pediátricas, dentre estas, evidencia-se a suspensão de procedimento cirúrgico de herniorrafia inguinal bilateral em criança de 5 anos devido a inobservância do prontuário pela equipe antes da admissão para a cirurgia. Após a sedação prévia para anestesia, observou-se a existência de hemofilia, ocasionando a suspensão do procedimento cirúrgico, mesmo após todo transtorno vivenciado pela criança no pré-operatório. Neste contexto, a literatura aborda as particularidades vivenciadas pela criança no processo de hospitalização, destacando que a experiência cirúrgica na infância pode interferir negativamente em seu comportamento, considerando que a mesma, encontra-se em pleno desenvolvimento e por esta razão, ainda não são capazes de avaliar criticamente determinadas situações ([1]). Sendo assim, as inquietações sugeridas por esta situação provocou uma revisão de literatura, na qual se destacou um estudo sobre preparação psicológica e controle de estresses às crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos, neste estudo, foi possível identificar uma significativa redução dos níveis de estresses após uma abordagem adequada no período pré-operatório, evidenciando a importância da informação e diálogo para diminuir o medo, ansiedade e angústia ([2]). Dentro dessa ótica, deve-se considerar que o tratamento cirúrgico, além de ser um momento que desenvolve grande ansiedade e medo por parte da clientela, gerando também o afastamento temporário da família, sendo que está se constitui como referência de apoio e proteção especialmente na infância, neste prisma, o acompanhante torna-se decisivo para o equilíbrio da criança durante a hospitalização ([3]). Diante desta evidência, foi proposto à equipe do Centro Cirúrgico uma ação referente à gestão do cuidado, partindo da realização de visitas pré-operatórias de enfermagem às crianças de 0 a 10 anos para orientações quanto ao ambiente do centro cirúrgico e aos procedimentos que estariam susceptíveis; em paralelo, outra ação de coleta de dados referentes às condições de saúde, auxiliando no planejamento das posteriores intervenções de enfermagem, bem como da elaboração do plano de cuidados como atividade decorrente da aplicação do processo de enfermagem. Objetivo: Demonstrar que a utilização de uma ferramenta de gestão do cuidado (visita pré-operatória e instrumento norteador para coleta de dados) possibilita a redução dos níveis de estresse, medo, ansiedade e angústia de crianças de 0 a 10 anos além de propor à unidade hospitalar intervenção efetiva para diminuição dos índices de suspensão de cirurgias pediátricas por negligência da equipe com base na coleta de dados e intervenções pré-operatórias. Metodologia: A referida ação ocorreu na clínica pediátrica de um hospital e maternidade de um município do interior de Mato Grosso durante todo o mês de agosto de 2013. Foi elaborado um instrumento norteador para a coleta de dados, um lembrete das principais orientações e indicado em instrumento próprio a necessidade de observação no prontuário antes da admissão no centro cirúrgico. As orientações quanto ao procedimento, foram direcionadas aos acompanhantes e às crianças, considerando seu desenvolvimento afetivo, cognitivo e psicomotor. Para tornar o ambiente do centro cirúrgico menos estranho à criança, foi proposto à equipe de enfermagem local o trabalho com base no acolhimento para posterior encaminhamento à sala de cirurgia e acompanhamento na recuperação pós-anestésica, sendo que todas as etapas seriam realizadas pelo mesmo profissional que efetivou a visita pré-operatória. Resultados: Os

resultados da implementação da referida ação apresentam similitude às observações dos referenciais que fundamentaram a proposta, constatando que o conhecimento e a informação pode reduzir o estado de ansiedade da criança que se encontra inserida neste contexto, assim, quanto mais específicas forem as orientações, melhor estarão preparadas, gerando redução do medo e da ansiedade. Outro fato que merece atenção especial refere-se à importância da família durante a hospitalização, acarretando pela parentalidade maior, apoio emocional, equilíbrio e motivação referente ao procedimento e retorno ao estado prévio da condição apresentada. Atualmente é inegável a indicação da permanência da família no ambiente hospitalar, participando dos cuidados junto à criança e, estender tal participação aos ambientes restritos, oferecendo uma preparação adequada, além da supervisão da equipe local, deve ser prática indicada e valorizada nas instituições de saúde. Pôde-se observar com essa prática, o adequado planejamento da cirurgia pediátrica e consecutivamente um menor impacto desta ação extremamente intervencionista, porém necessária à saúde da criança. Da mesma forma, foi perceptível a inobservância destes aspectos à equipe, a qual não assumiu de forma institucional essa ação de fundamental importância, evidenciando a necessidade de processos mais concisos e significativos de educação permanente, com foco principal na humanização do cuidado em saúde e nas tecnologias de gestão deste cuidado em pediatria. Conclusão: Com esta ação, foi possível vivenciar o adequado preparo e acompanhamento da criança que irá passar por procedimentos cirúrgicos (mesmo não sendo uma ação institucionalizada), e que esta ação quando embasada nos preceitos de acolhimento, criação de vinculo e responsabilização, contribui para reduzir a ansiedade e estresse em torno daquilo que é desconhecido, tanto para a criança, quanto para os seus familiares. Além disso, a utilização desta ferramenta de gestão do cuidado no processo de trabalho pode reduzir o risco de intercorrências em ambiente cirúrgico, oportunizados pelo planejamento, controle e avaliação. Também vale ressaltar que durante a abordagem da criança, a linguagem deve ser diferenciada, visando melhor compreensão por parte destas, propiciando informações claras e objetivas, porém adequadas à idade e nível de compreensão, possibilitando, também, apoio emocional efetivo. Constatou-se que quanto mais informados a respeito dos procedimentos que serão desenvolvidos dentro do ambiente cirúrgico os familiares estiverem, melhor será o apoio que estes oferecerão à criança e maior estabilidade diante do processo os mesmos terão. O ato de suspender uma cirurgia porque os profissionais envolvidos neste processo desconhecem a condição de saúde do usuário contribui para a instalação de um trauma desnecessário à criança e seus familiares, culminando na quebra do vínculo e confiança entre usuário/familiar/equipe de saúde. Contribuições para enfermagem: Ao profissional enfermeiro, esta ação possibilita desvincular-se de uma visão voltada ao procedimento ampliando a humanização em seu foco cuidativo inerente ao período de hospitalização da criança. A visita pré-operatória contribui para o estabelecimento do vínculo tanto com a criança quanto com a família. O envolvimento da família neste processo, além de tranquilizar a criança para o procedimento, ainda faculta ao profissional enfermeiro identificar alterações durante o período pós-operatório que possam oferecer riscos à saúde da mesma. Descritores: Enfermagem; Saúde da Criança; Enfermagem Peri-operatória.

REFERÊNCIAS 1. Silva JP, Garanhani ML. O significado do cuidado perioperatório para a criança cirúrgica. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2011; 2 (13): 259-68. 2. Broening CV, Crepaldi MA. Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. Psicologia em estudo. 2011; 16 (1): 15-23. 3. Souza LAM et. al. Perfil dos acompanhantes das crianças submetidas à cirurgia: contribuição para os cuidados perioperatórios. Revista de enfermagem UERJ. 2012; 2 (20): 714-19.

13808

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DÉBORA GUEDELHA BLASI

A IMPORTÂNCIA DO BRINQUEDO EM INSTITUIÇÕES VOLTADAS PARA O CUIDADO INFANTIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Blasi, DG; Correa, I;

A IMPORTÂNCIA DO BRINQUEDO EM INSTITUIÇÕES VOLTADAS PARA O CUIDADO INFANTIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA Débora Guedelha Blasi [1] Ione Corrêa [2] Introdução: No inicio dos tempos os brinquedos eram confeccionados artesanalmente, com materiais encontrados na natureza como lascas de madeira, pedaços de osso e vegetais. Conforme foram evoluindo, os brinquedos se tornaram peças mais elaboradas, representações de casas, mobília e pessoas. Além de serem utilizados para recreação infantil, auxiliam a contar a história de civilizações, pois são marcados pela identidade cultural e características sociais específicas de cada grupo. O brincar aparece de forma natural na infância e é atividade essencial ao desenvolvimento, brincando a criança começa a explorar e compreender o mundo real. O brinquedo aparece como intermediário entre o mundo imaginário infantil e o mundo real, melhorando a interação da criança com adultos, principalmente com seus pais, ajudando na coordenação motora, compreensão da cultura e de propriedades físicas como delimitação de espaço e movimento. No século XIX, com a entrada da mulher no mercado de trabalho, surgem as creches, para que as crianças, filhas de trabalhadoras, fossem assistidas enquanto suas mães trabalhavam. A creche passa a ser então uma oportunidade de convivência entre crianças de mesma idade, e de estimulação para o desenvolvimento cognitivo, psicológico e social. Na creche, o brinquedo ganha a função de intermediador das relações sociais entre crianças e cuidadores. O lúdico é fundamental ao desenvolvimento do individuo, sendo assim, o brincar é atividade básica em qualquer ambiente onde haja crianças, quer seja em casa, nas creches, escolas, abrigos ou serviços de saúde. Em instituições de saúde o brinquedo também entra como intermediador de relações entre a criança e os profissionais, auxiliando na compreensão do que esta acontecendo, diminuindo a ansiedade e liberando temores da criança. Em um serviço de saúde a criança se depara com um mundo diferente, repleto de significados e que exige diversas adaptações, onde uma experiência traumática pode servir como desmotivação para as próximas visitas. Desta forma, o brinquedo vem para humanizar o atendimento ao público infantil e ajudar na superação das dificuldades ocasionadas pela doença, tratamento prolongado, ou realização de procedimentos pontuais. Brinquedos auxiliam ainda na transmissão de conhecimentos. O lúdico é a melhor forma de se transmitir um conteúdo, pois auxilia no interesse, motivação, engajamento, fixação e avaliação do que foi ensinado. Desta forma, podemos encontrar brinquedos sendo utilizados em escolas durante as aulas, complementando a educação convencional, e também nas instituições de saúde promovendo educação em saúde. O aprendizado precisa acontecer dentro do "mundo" da criança, das coisas que são importantes e interessantes a ela, respeitando as características e capacidade cognitiva de cada idade. A utilização do brinquedo motiva a participação espontânea, e aproxima o educando dos alunos, a criança passa a ser ativa em seu processo de aprendizagem. Objetivo: Reconhecer o que há de atual na literatura sobre a importância do brinquedo na vida da criança em centros de cuidado infantil. Metodologia: Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura, através das bases de dados Scielo, Lilacs, Medline utilizando os descritores jogos e brinquedos (play and playthings, juegos e implementos de juego), criança (child, niño). Foram considerados os artigos disponíveis em português, inglês e espanhol, publicados no período de 2002 a 2012, que abordassem a temática, sendo que, foram considerados como centros de cuidado infantil todas as instituições que promovessem cuidado a crianças de 0 a 5 anos como creches, jardins da infância, unidades de saúde,

consultórios, ambulatórios, hospitais, casas transitórias, orfanatos, etc. Os artigos encontrados foram selecionados por seu titulo e resumo a fim de descobrir se encaixavam com o tema da pesquisa e, só então foram lidos na íntegra e analisados. Resultados: Foi encontrado um total de 99 artigos a partir da pesquisa, do quais apenas 16 foram considerados por estarem de acordo com o presente objetivo. Deste total, 6 artigos focavam a importância do brinquedo em instituições de saúde, mostrando a utilização dele durante procedimentos hospitalares, odontológicos e salas de espera. Os artigos concordam que o uso do brinquedo é de grande importância nessas instituições, pois auxilia bastante no cuidado a criança; facilita o estabelecimento de relações entre os profissionais, familiares e o paciente, deixando a criança mais calma para a realização de procedimentos, evitando traumas e humanizando o cuidado. Em um segundo grupo temos 4 artigos que abordaram aspectos psicológicos da brincadeira e sua importância no desenvolvimento da criança. Estes artigos afirmam que o brincar sofre influencia direta dos contextos social e cultural dependendo do local onde a criança vive, e é atividade essencial ao desenvolvimento e à infância saudável. Trata-se de um tema bastante amplo que ainda não foi estudado em sua totalidade, há a necessidade de que novos estudos apareçam para que as pessoas que trabalham com crianças possam criar espaços e estimular que esse comportamento aconteça de forma enriquecedora. Um total de 3 artigos trabalharam o uso de brinquedos com crianças com algum tipo de deficiência, mostrando a importância para o aprendizado, socialização e desenvolvimento da capacidade de adaptação dessas crianças através das brincadeiras. E ainda outros 3 artigos que abordam o uso do brinquedo na educação, em escolas e para realizar educação em saúde também, confirmando que o brinquedo auxilia na passagem de conteúdo e desenvolvimento de habilidades pelas crianças, além de entretê-las com maior facilidade. Conclusão: Com isso, entendemos que o brinquedo faz parte da vida da criança e é essencial ao seu bem estar qualquer que seja o contexto onde esta inserida. Porém os estudos levantados apontam que ainda há muito a ser estudado e aprofundado sobre o tema, para que o brincar possa ser explorado em sua totalidade e utilizado no cotidiano de instituições cuidadoras de crianças com objetivos mais amplos. Dentre os artigos encontrados, a maior parcela estudava o uso dos brinquedos em instituições de saúde, com enfoque maior no trabalho da enfermagem, chamando a atenção para a importância do brincar nesse contexto, e mostrando o interesse desses profissionais para a utilização do brinquedo em seu dia a dia no cuidado a criança. Contribuições: O brinquedo pode ser um aliado da enfermagem em procedimentos, internações, educação em saúde, mas ainda precisa ser estudado de forma mais ampla e desenvolvidas novas maneiras de utiliza-lo e promover saúde e humanização. Referencias: 1.Wanderlind F, Martins GDF, Hansen J, et al. Diferenças de gênero no brincar de crianças pré-escolares e escolares na brinquedoteca. Paidéia. 2006; 16(34): 263-74. 2.Ravelli APX, Motta MGC. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005; 5(58): 611-3. 3.Nascimento LC, Pedro ICS, Poleti LC, et al. O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil: a visão dos profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2): 465-72. 4.Rampaso DAL, Doria MAG, Oliveira MCM, et al. Teatro de fantoche como estratégia de ensino: relato de vivência. Rev Bras Enferm. 2011; 64(4): 783-5. Descritores: Jogos e brinquedos; criação da criança; brincadeiras. 1.Enfermeira, aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Distrito de Rubião Junior, s/n - CEP:18618-970. deby_mini@hotmail.com. 2.Enfermeira. Profa Dra na Disciplina de Enfermagem Pediátrica do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu /UNESP.

14198

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DÉBORA MENEGHEL SCHWANZ

CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES INTERNADOS POR DIARRÉIA EM UM HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS NO PERÍODO DE 2006 A 2009.

Schwanz, DMS; Vieira, HMOV; Nascimento, LCN;

A diarréia é uma patologia muito comum em países subdesenvolvidos como o Brasil e de grande significado na saúde coletiva, especialmente no período da infância quando é maior a incidência, pela imaturidade imunológica da criança, e conseqüente vulnerabilidade as influências ambientais e sociais. Diarréia é uma alteração do conteúdo líquido das fezes, geralmente acompanhado por aumento da freqüência e por diminuição da consistência. Os primeiros anos de vida são essenciais no desenvolvimento do ser humano. Deficiências por privações de nutrientes em decorrência da diarréia nesta fase de crescimento podem trazer prejuízos importantes e, algumas vezes, definitivos ao indivíduo. Outro fator relevante nos países em desenvolvimento são as condições higiênicas e sanitárias deficientes, o que pode elevar os índices de diarréia infecciosa. É importante salientar entre as complicações advindas da diarréia, por determinar uma grande perda de água e sais minerais no organismo, a mais comum e imediata é a desidratação, podendo ainda surgir o desequilíbrio hidroeletrolítico e desnutrição. Esta situação, quando negligenciada ou tratada inadequadamente, pode trazer sequelas e até mesmo levar ao óbito. Objetivo: caracterizar as crianças e adolescentes internados por diarréia em um hospital geral de São Mateus - ES, no período de 2006 a 2010. Método: Tratou-se de um estudo de natureza exploratória, com abordagem quantitativa. Resultados: não houve diferença na incidência entre os sexo e o acompanhante mais frequente foi a mãe. Os lactentes e pré-escolares foram os mais acometidos, a maioria dos internados era procedente de Guriri e Centro. Alguns sinais e sintomas como dor abdominal, febre, desidratação foram encontrados, mas a qualidade do preenchimento dos prontuarios prejudicou a análise desta variavel. Não foi identificada a etiologia das diarreias em nenhum caso. O tempo de internação foi de até 5 dias para a maioria. Referência Bibliográfica Ministério da Saúde (Brasil), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Policlínica Cordeiros. CnesWeb. Ago 2006b. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Basico.asp?VCo_Unidade=4208202514087> Acesso em: 25 fev 2009.
Issler H, Leone C, Marcondes E. Pediatria na Atenção Primária. São Paulo: Savier, 2002. Onofre AOS. Caracterização das crianças e adolescentes internados por diarréia em um hospital pediátrico da região da foz do rio Itajaí Açú-sc de julho de 2005 até junho de 2006. Universidade do Vale do Itajaí.

14340

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

EDMARA BAZONI SOARES MAIA

BRINQUEDO TERAPÊUTICO INSTRUCIONAL: PROMOVENDO O AUTOCUIDADO DO ESCOLAR COM DIABETES MELLITUS TIPO 1

Burlina, TR; Maia, EBS; Labanca, RO; Ohara, CVS; Ribeiro, CA; Borba, RIH;

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus Tipo 1-DM1 é uma doença crônica que acomete cerca de 480 mil crianças, adolescentes e adultos jovens, com estimativa de 76 mil casos novos por ano1. O acompanhamento do tratamento por uma equipe interdisciplinar deve possibilitar que a criança absorva e reflita acerca das inúmeras mudanças que o processo da doença impõe à sua vida, assegurando o alcance de objetivos do tratamento. A preparação para o automonitoramento e manejo da insulinoterapia deve focar as habilidades e técnicas capacitando a criança para a tomada de decisões no que se refere à dieta, aos ajustes na medicação, insulinoterapia e na quantidade e frequência de exercícios físicos. Portanto, nota-se que a educação tem papel fundamental para o auto-cuidado2. Acreditamos que o processo de educação em saúde deva envolver não só a criança, mas os pais e a equipe de saúde, assim como os erros cometidos durante o tratamento devam ser abordados no contexto sistêmico. A fim de conhecer como a criança e seu entorno manejam o DMI faz-se necessário a utilização de técnicas adequadas de comunicação com a criança, o que se recomenda o Brinquedo Terapêutico (BT) na sua modalidade Instrucional3. O uso do BT pelo enfermeiro na assistência à criança é recomendado e regimentado pelo Conselho Federal de Enfermagem na Resolução 295/2004. O presente estudo é vinculado ao Grupo de Estudo do Brinquedo- GEBrinq, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). OBJETIVOS: Conhecer o manejo da insulinoterapia realizado pela criança com Diabetes Mellitus Tipo 1-DM1 e seus pais; e promover o autocuidado utilizando o Brinquedo Terapêutico Instrucional-BTI. METODOLOGIA: Trata-se de um Estudo de Caso Único de natureza qualitativa4, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP sob nº 0920/11, atendendo os princípios da Resolução 196/96, assim como assentimento da criança. Desenvolvido no Ambulatório de Diabetes do Setor de Endócrino Pediatria da UNIFESP. Participaram um menino de 10 anos e uma menina de 12 anos, diagnosticados com DM1, em insulinoterapia há um ano, realizavam autoaplicação com erro no manejo, mantinham seguimento ambulatorial trimestral, além dos pais e profissionais que os acompanhavam no ambulatório. A coleta de dados ocorreu entre agosto/2011 e maio/2012, composta por três etapas: entrevista com a criança, pais e profissional; aplicação de quatro sessões de BTI com a criança e os pais; e entrevista com a criança, pais e profissional, com enfoque no aprendizado da criança após o BTI, sendo filmadas e transcritas posteriormente. Os materiais utilizados foram: dois bonecos menino e menina de pano, maleta contendo livros educativos sobre DM1 e aqueles utilizados para a técnica de insulinoterapia e glicemia capilar. Diante da dificuldade em explicar sobre a fisiopatologia do DMI e compreensão das crianças, elaborou-se kit de material pedagógico lúdico confeccionado em papel cartolina plastificado, contendo: um menino, órgãos e vísceras do corpo humano e tabela de valores glicêmicos padrão; uma veia, uma célula, uma insulina e um açúcar em EVA. A análise dos dados realizou-se de forma integrada envolvendo dois casos, Lion e Isabela, a partir da compreensão e interpretação das informações coletadas nas entrevistas e nas sessões do BTI. RESULTADOS: Lion, diagnosticado com DM1 há três anos, cursava o 4ª ano do Ensino Fundamental I, procedente de São Paulo, filho de Joana, segundo grau completo e Fofinho, primeiro grau incompleto. A mãe aplicava insulina com seringa no filho e iniciou a autoaplicação há três meses. Nas duas vezes em que Lion autoaplicou, a mãe aspirou a dose correta da insulina por ter medo dele aspirar incorretamente. Diariamente aplicava dosagem de 16UI NPH, uma vez ao dia, pela manhã e 2 ou 3UI Regular, três vezes por dia, após as refeições. Lion

participou de duas sessões com BTI, inicialmente mostrou-se tímido, quieto e observador, interagiu pouco e não manteve contato visual com a pesquisadora. O BT favoreceu o estabelecimento do vínculo passando a manter troca de olhar e sorriso constantes. Foram propostas mais sessões para consolidar o aprendizado da criança, porém Lion recusou-se a participar nas duas sessões seguintes. Isabela, diagnosticada com DM1 e com doença celíaca, cursava o 5º ano do Ensino Fundamental I, procedente de São Bernardo do Campo, filha de Zezé, professora de ensino fundamental e pós-graduada em pedagogia e Pi, graduado e trabalha na área de engenharia. Iniciou insulinoterapia há 2 anos e 8 meses e autoaplicação há 2 anos e 6 meses. Administrava 28UI NPH e 2UI Humalog® pela manhã, 22UI NPH e 7UI Humalog® no almoço e correções frequentes, chegando a receber 3 ou 4 aplicações por dia. Realizava as aplicações matinais com seringa e utilizava caneta de insulina no horário do almoço e nas correções. Em todas as sessões Isabela mostrou-se desinibida, alegre, curiosa, iniciava imediatamente a demonstração da insulinoterapia e o conhecimento do DM1 nos bonecos, manipulava os materiais hospitalares com destreza e segurança e interagiu positivamente com a pesquisadora. Os casos revelaram as categorias: Desvelando os acertos e os erros no manejo do DM1; Sentindo tristeza com a restrição alimentar; Tendo medo no manejo do DM1; Fazendo catarse; Aprendendo com alegria; Recusando o reforço com o brinquedo; Recebendo apoio da mãe e da família no manejo do DM1; Sendo relevante a atuação multiprofissioal; O BTI sendo reconhecido e valorizado; Sendo imprescindível o reforço contínuo no autocuidado. Os resultados permitiram conhecer duas crianças com DM1 que possuem características distintas em termos de conhecimento, capacidade de assimilação do reforço, habilidade no manuseio dos materiais para glicemia capilar e aplicação de insulina e o entendimento das mães quanto ao manejo da insulinoterapia. Foi desvelada a vivência da criança, a rede de apoio, os acertos e os erros no manejo e a correção com participação da equipe multiprofissional, que reconheceu esta intervenção como imprescindível para o reforço contínuo no autocuidado. CONCLUSÃO: O uso do BTI foi determinante como recurso para instrumentalizar as crianças no manejo do DM1, uma vez que, favoreceu a catarse, assimilação dos reforços e melhorias em seu autocuidado. Os sujeitos reconheceram a importância desta utilização como forma lúdica no ensino às crianças e seus pais, e valorizaram a atuação multiprofissional e familiar no processo educativo para o sucesso no manejo do DM1. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O estudo contribui para uma nova estratégia de educação às crianças e famílias que vivenciam essa doença e portanto deve ser implementado de forma sistemática nos diferentes cenários de atenção à saúde da criança. Sugere-se a realização de outras pesquisas voltadas à educação em diabetes por meio do lúdico, visando contribuir para a melhor qualidade de vida dos sujeitos. REFERENCIAS: 1. International Diabetes Federation. Diabetes in the young: a global perspective. [texto na Internet] Belgium. 2011 [citado 2013 ago 03]. Disponível em: http://www.diabetesatlas.org/content/diabetes-young-global-perspective 2. Spollett GR. Bases da educação do paciente diabético. In: Inzucchi SE. Diabete melito: manual de cuidados essenciais. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.134-42. 3. Ribeiro CA, Borba RIH, Rezende MA. O brinquedo na assistência à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. 1ª ed. São Paulo: Manole Ltda; 2009. p. 207-327. 4. Yin RK. Traduzido por Daniel Grassi. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005. DESCRITORES: Diabetes Mellitus Tipo 1. Jogos e brinquedos. Educação em Saúde.

14356

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELAINE BUCHHORN CINTRA DAMIAO

ESTRATÉGIA PARA INSTRUMENTALIZAR A FAMÍLIA NO CUIDADO À CRIANÇA COM DIABETES TIPO 1: WORKSHOPS EDUCATIVOS

Antunes, CF; Damiao, EBC;

Introdução: O processo educativo visa facilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades, tanto da criança como de sua família, objetivando comportamentos adequados e a autonomia no manejo da situação de doença. Objetivo: Verificar o conhecimento prévio e posterior aos workshops educativos realizados com familiares de crianças com DM1. Metodologia: Estudo piloto descritivo, quantitativo e de intervenção. Foram realizados workshops educativos com 9 pais/responsáveis de crianças com DM1 em acompanhamento no ambulatório de diabetes de um hospital escola. Os temas do workshop foram: O que é diabetes?; Monitorização glicêmica e aplicação de insulina; e Sinais, sintomas e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia. Foram criados instrumentos com escores (insatisfatório

13817

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELAINE CORREA DA SILVA

OS PRINCIPAIS CONFLITOS ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O FAMILIAR DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Silva, EC; Silva, CAG; Silva, MC; Oliveira, RM; Alves, VS;

A hospitalização é vista como um instante de vulnerabilidade na vida do ser humano, pois envolve aspectos que vão além da doença física e gera mudanças na rotina de toda a família. Ao se tratar de crianças, ela tem contornos ainda mais especiais. A doença pode se tornar um fator determinante para uma série de novas sensações desagradáveis, podendo significar um dano corporal, uma agressão ou castigo por algo que ela fez ou deixou de fazer. Dessa forma, torna-se de extrema importância a presença da família durante essa fase, para que sejam proporcionados conforto e segurança a criança doente, diminuindo assim seu sofrimento. O objetivo do estudo é identificar os principais conflitos entre a equipe de enfermagem e a família da criança hospitalizada. Constitui-se de uma revisão bibliográfica dada por meio do levantamento realizado na base de dados LILACS, período de maio a julho de 2012 considerando artigos dos últimos cinco anos. Verificou-se que os principais conflitos entre a equipe de enfermagem e a família da criança hospitalizada estão relacionados à dificuldade da equipe em reconhecer o papel do familiar e sua importância, ao déficit de conhecimento dos familiares, ao ambiente desfavorável para relacionamento e trabalho e às dificuldades de relacionamento e comunicação. Pôde-se concluir a premente necessidade em sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a importância da participação dos pais na hospitalização do filho e desenvolver maior habilidade no fornecimento de informações considerando a comunicação um fator que permeia todos os conflitos gerados. Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica. Família. Equipe de Enfermagem. Referencia: Soares MF, Leventhal LC. A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. Ciênc Cuid e saúde. 2008 Jul/Set; 7(3): 327-332. Endereço Eletrônico: correase@uol.com.br

13878

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELENA ARAUJO MARTINEZ

UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA EM CUIDADOS INTENSIVOS

Martinez, EAM; Oliveira, ICSO;

Introdução: Após 23 anos de promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, ainda observa-se dificuldades para a garantia dos direitos da criança em cuidados intensivos. Objetivos: caracterizar a produção científica nacional de enfermagem acerca dos direitos da criança em cuidados intensivos e descrever as temáticas associadas aos direitos da criança. Metodologia: revisão integrativa1 realizada nos bancos de dados: CINAHL, LILACS, MEDLINE, SciELO, CAPES, mediante os descritores unidades de terapia intensiva pediátrica, criança hospitalizada, equipe de enfermagem, enfermagem pediátrica, direitos da criança e enfermeiras. Critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa, dissertação ou tese; estar disponível na íntegra; desenvolvidos com a equipe de enfermagem. Critérios de exclusão: não conter resumo nos bancos de dados; pesquisas de revisão, relatos de experiência, pesquisas histórica e documental; não ter enfermeiros entre os autores. Resultados: O levantamento resultou em nove estudos publicados de 1999 a 2009, desenvolvidos por enfermeiros e 77,8% dos estudos são procedentes da região sudeste. Evidenciou-se que 88,9% são pesquisas qualitativas, sendo 77,8% artigos. Os temas predominantes foram à permanência do familiar/acompanhante junto à criança; transmissão de informações para a criança e sua família; dor da criança; atividades lúdicas/brincar; e a morte digna. Conclusões: Constatou-se certa resistência da equipe de enfermagem quanto à observância dos direitos da criança em cuidado intensivo. Assim, esses direitos devem ser garantidos e assegurados com vistas ao atendimento das necessidades de saúde da criança e sua família. Contribuições para enfermagem: O estudo permite a reflexão sobre a necessidade da garantia dos direitos da criança hospitalizada e sua família em cuidados intensivos e oferecerá subsídios para o desenvolvimento de futuras pesquisas sobre a temática. Referência: 1- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein 2010; 8(1):102-106. Descritores: criança hospitalizada, unidades de terapia intensiva pediátrica, direitos da criança.

13877

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELENA ARAUJO MARTINEZ

ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA EM CUIDADOS INTENSIVOS: ETAPAS DA CONSTRUÇÃO DA ESCALA DE LIKERT

Martinez, EAM; Oliveira, ICSO;

Introdução: As enfermeiras como líderes de equipe tem um papel importante na garantia e efetivação dos direitos da criança hospitalizada e são dotadas de uma atitude frente à esses direitos. Objetivo: Construção da escala de Likert para mensurar as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em cuidados intensivos. Metodologia: Estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Para a construção da escala de atitudes foram seguidas as etapas: elaboração de frases da escala1 e organização da sequência de frases. Resultados: Foi reunido um total de 198 frases com opiniões (positivas e negativas) em relação à atitude das enfermeiras com base na revisão bibliográfica, na experiência da autora como enfermeira de cuidados intensivos, no Estatuto da Criança e do Adolescente2; e na Resolução 41/19953 sobre os direitos da criança hospitalizada. Resultados: A classificação temática dos nove estudos da revisão bibliográfica ocorreu mediante: seleção, identificação e agrupamento dos temas emergentes dos recortes temáticos dos estudos, estabelecimento da recorrência dos temas e elaboração das frases com base nos temas recorrentes. Conclusão: Com base nas etapas, obteve-se uma escala/instrumento representativa dos direitos da criança em cuidados intensivos. Contribuições para enfermagem: A construção deste instrumento permitirá a mensuração das atitudes da enfermeira frente aos direitos da criança em cuidados intensivos e os resultados da validação e aplicação da escala subsidiará o estabelecimento de estratégias para a prática assistencial da enfermagem. Referências: 1-Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010; 2-Ministério da Saúde (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente. 3.ed. Brasília (DF); 2008; 3-Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (BR). Resolução n. 41 de 31 de outubro de 1995. Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Brasília (DF); 1995. Descritores: criança hospitalizada, direitos da criança, atitude.

13981

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELIANA CAMPOS LEITE SAPAROLLI

A COMPLEXIDADE DAS ATRIBUIÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A) NA UNIDADE DE EDUCAÇÃO INFANTIL/CRECHE

Fornari, BCB; Saparolli, ECL; Silva, MGB;

Introdução: A creche e a pré-escola buscam propiciar à criança o crescimento e desenvolvimento integral e harmonioso e criar um ambiente de baixo risco de adoecimento e de acidentes1. Por isso, é necessário que o(a) enfermeiro(a) se envolva no cuidado e na educação, visando à promoção de saúde da criança. Objetivo: compreender o trabalho do(a) enfermeiro(a) na unidade de educação infantil/creche através da literatura. Metodologia: A partir da revisão integrativa em periódicos nacionais, indexados às bases de dados: LILACS, SCIELO e BDENF, de 2002 a 2012, foram selecionados 11 artigos. Na sequência, fez-se a pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, em resposta à questão: "Quais são as atribuições do(a) enfermeiro(a) nas unidades de educação infantil/creche?" Resultados/Discussão: As unidades de significado convergiram para oito temáticas: cuidado, vigilância do desenvolvimento/crescimento, necessidades essenciais na infância, consulta de enfermagem, formação/educação continuada, trabalho multiprofissional, educação em saúde e gerenciamento de recursos. As temáticas apontam o fenômeno estudado -a complexidade da atuação do enfermeiro(a) na Unidade de Educação Infantil/creche-, desvelando seu papel nesse cenário. O paradigma da complexidade contribui para a compreensão do fazer profissional que se apresenta imbricado em tantas ações2. Considerações finais: A complexidade das atribuições do(a) enfermeiro(a) na unidade de educação infantil/creche diz das competências e ressalta a importância do conhecimento das especificidades desta área de atuação e das características do desenvolvimento da criança. Reforça-se, assim, a necessidade de maior discussão e integração entre as áreas da saúde e da educação infantil. Bibliografia: 1 - Maranhão DG. Saúde e bem estar das crianças: uma meta para educadores infantis em parceria com familiares e profissionais da saúde. Brasília: Ministério da Educação; 2010. 2- Spindola T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. Rev. Esc. Enf. USP., 2007 dez.; 31(3): 403-9. Descritores: educação infantil, cuidado da criança, enfermagem pediátrica.

14235

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELIANA CAMPOS LEITE SAPAROLLI

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: PERCEPÇÃO DAS MÃES DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO CENTRO ASSISTENCIAL CRUZ DE MALTA

Pereira, CD; Ribeiro, CA; Saparolli, ECL;

Introdução: A consulta de enfermagem em puericultura constitui-se em uma estratégia de atendimento direcionada ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Objetivo: Compreender a percepção das mães em relação ao atendimento do seu filho durante a consulta de enfermagem em puericultura. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado no ambulatório do Centro Assistencial Cruz de Malta (CACM), na capital paulista. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, com mães de crianças atendidas na consulta de enfermagem, com a pergunta: Como você se sente trazendo seu filho na Consulta de Enfermagem? Realizaram-se cinco entrevistas e a análise dos dados se deu segundo os passos de codificação e categorização. Foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP, número 0825/11. Resultados: A análise dos resultados mostrou que as mães consideram importante a consulta de enfermagem no processo de cuidado de seus filhos, revelando as seguintes categorias: Recebendo respostas e orientações sobre o cuidado; Enfermeira examinando detalhadamente o filho; Considerando a consulta um atendimento completo e abrangente; Sentindo-se acolhida e valorizada; Consulta de enfermagem sendo valorizada pela mãe. Conclusão: Os resultados são semelhantes aos encontrados em outro estudo1, que teve o objetivo de compreender o significado atribuído pelo enfermeiro à realização da consulta de enfermagem em puericultura, no contexto da ESF, mostrando que as famílias das crianças atendidas valorizam a assistência prestada pelo enfermeiro. Implicações para a Enfermagem: As ações desenvolvidas pela enfermeira, durante a consulta de enfermagem, são um fator importante na promoção do cuidado às crianças e na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. 1- Campos RMC, RIBEIRO CA, SILVA CV, SAPAROLLI ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família Rev esc enferm USP. 2011; 45(3). Descritores: Saúde da criança, Puericultura, Enfermagem em saúde comunitária

14152

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELIANE TATSCH NEVES

CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL EM ENFERMAGEM

Arrué, AMA; Neves, ETN; Naidon, AMN; Pieszak, GMP; Jantsch, LBJ; Shaefer, TIMS;

Introdução: A evolução tecnológica refletiu no aumento da sobrevivência de crianças clinicamente frágeis acometidas por agravos perinatais, doenças crônicas ou decorrentes de traumas1. Além disso, crianças que apresentam doenças crônicas e/ou que demandam do uso de medicação e dos serviços de saúde continuamente compõem uma população, que vem crescendo, gradualmente, nas últimas décadas. Nessa perspectiva, os benefícios da rápida evolução da tecnologia de medicamentos e equipamentos geraram uma nova clientela, denominada nos Estados Unidos da América (EUA) de Children with Special Health Care Needs - CSHCN2. No Brasil, esse grupo foi denominado de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES)3. Essa clientela abrange aquelas crianças que apresentam, temporariamente, ou permanentemente, uma condição crônica, uma alteração no desenvolvimento, comportamental, emocional e/ou que necessitam dos serviços de saúde, de qualquer tipo, além do que é exigido por crianças com desenvolvimento adequado, devido à sua fragilidade clínica. Em consulta a literatura científica por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com as palavras chaves: criança, enfermagem pediátrica, necessidades especiais de saúde, identificou-se a ausência de instrumentos validados e adaptados para identificar CRIANES no Brasil. Também, constatou-se que a temática vem sendo desenvolvida numa abordagem qualitativa e sua interface se dá com familiares e cuidadores. Nesse sentido questionou-se qual a tendência da produção cientifica nacional em Enfermagem, no que tange a abordagem da temática CRIANES. Objetivo: analisar a tendência da produção científica nacional em Enfermagem que utilizam a definição de crianças com necessidades especiais de saúde - CRIANES. Metodologia: Foi realizada uma busca no banco de teses do portal Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no mês de novembro de 2012, utilizando-se as palavras-chave: enfermagem, crianças necessidades especiais e saúde. Foram encontrados 16 estudos, sendo 10 dissertações e seis teses. Tendo como critérios de inclusão: teses e dissertações que se apropriaram da definição CRIANES, e como critérios de exclusão estudos não referentes à temática em estudo, como necessidades especiais de educação e/ou deficiência física. Destes, 10 estudos não abordavam a temática pesquisada. Utilizando os critérios de inclusão e exclusão restou apenas quatro teses (T1, T2, T3 e T4) e duas dissertações (D1 e D2). Portanto constituíram o corpus desta pesquisa seis estudos. Para a análise foi elaborado um quadro sinóptico com as produções científicas acerca da temática CRIANES, com os itens: título do projeto, autor, orientador, tipo de estudo, sujeitos, objetivo, natureza, principais resultados, nível da pesquisa, Instituição de Ensino e ano de defesa. Resultados: Após a análise dos estudos selecionados a temática abrange o recorte temporal de 2003 a 2010. No ano de 2003, a D1 identificou que a criança com necessidade especial de saúde leva a família a valer-se de cuidados especiais além de lançar mão de diversos instrumentos para o cuidar. Em 2005, a D2 concluiu que para as cuidadoras de CRIANES a principal dificuldade não se encontra na implementação do cuidado medicamentoso, mas no entorno desse cuidado, na aceitação do estado saúde-doença da criança, na falta de apoio dentro e fora do contexto familiar e nas divergências familiares advindas do cuidado medicamentoso. Em 2007, a T1 afirma que na dimensão objetiva do cuidado as CRIANES apresentaram fragilidade clínica e vulnerabilidade social. No ano de 2007, a T2 mostrou que as práticas discursivas dos familiares cuidadores apontam para a necessidade de inclusão de uma política de cuidado de enfermagem no conjunto das políticas públicas de saúde direcionadas para as CRIANES, pois há maior visibilidade da

inserção da enfermagem no cuidado à CRIANES e na relação com a família durante a hospitalização do que no pós-alta. Em 2009, na T3 todas as CRIANES participantes do estudo apresentaram mais de um tipo de demanda de cuidado em saúde, a mulher foi a principal cuidadora e a orientação para o cuidado à CRIANES foi dada dentro do hospital, o que parece negar outros tipos de conhecimento e de locais de aprendizado. Em 2010, a T4 ressalta que a incidência e a prevalência de CRIANES no Brasil são desconhecidas em termos oficiais e que os desafios para o grupo familial de CRIANES são inúmeros quer seja na pesquisa, na prática assim como no âmbito das políticas públicas. CONCLUSÕES: Constatou-se que existe uma ínfima quantidade de estudos referente à temática estudada, restringindo-se a estudos qualitativos e quase na sua totalidade a uma instituição de ensino brasileira em Enfermagem. Esses dados demonstram uma lacuna na publicação de trabalhos na área, principalmente, quantitativos. Com relação à identificação das CRIANES em meio à população em geral verificou-se a ausência de dados epidemiológicos específicos que abranjam essa clientela e/ou da invisibilidade desse grupo. Para que seja possível a identificação dessa clientela emergente seria necessária a utilização de um instrumento específico o que tornaria possível identificar quem são, quantas são e quais são as CRIANES no cenário brasileiro. Partindo deste referencial seria viável o levantamento legitimado e sistematizado dessa clientela na realidade e cultura brasileira. Além de, subsidiar a análise e a comparação entre diversos estudos de forma validada. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: Verificou-se que a tendência dos estudos aponta um cuidado pautado no modelo biomédico, centrado na criança doente, na doença e na hospitalização. As crianças com necessidades especiais de saúde demandam de cuidados específicos, portanto, faz-se necessário que a enfermagem esteja preparada para contemplar as demandas de cuidados das CRIANES. Recomenda-se comprometimento e capacitação constante dos profissionais de saúde, principalmente, a equipe de enfermagem. As práticas de educação em saúde são possíveis mediante a articulação de saberes entre familiares e profissionais de saúde. Ressalta-se que o cuidado de enfermagem pauta-se em uma assistência centrada na família, e tem a educação em saúde como forma de empoderamento dos familiares cuidadores. Descritores: Saúde da criança; Enfermagem Pediátrica. Doença crônica. EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança. REFERÊNCIAS 1. Neves ET, Cabral IE. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. Rev Gaúcha Enferm. jun 2008;29(2):182-90. 2. McPherson MG, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newachek PW et al. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics. 1998 July; 102(1):137-41. 3. Neves ET, Arrué AM, Silveira A. Cuidados de enfermagem às crianças com necessidades especiais de saúde, PROENF Saúde da Criança e do Adolescente, abr 2013. Rio Grande do Sul, v.7, n.3, p.53-84.

13932

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELIENI PAULA DOS SANTOS

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NO CUIDADO DA CRIANÇA: PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA

Santos, EP; Ferrari, RAP;

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NO CUIDADO DA CRIANÇA: PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA* Elieni Paula dos Santos1 Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari2 Introdução: A forma como cada indivíduo situa-se em relação à doença, como a percebem e como lidam com ela é um tema muito importante para estudo e aprendizado1. Tendo em vista que as práticas do ser humano são constituídas por hábitos construídos na rotina cultural e nas ações do seu dia-a-dia, a busca pela cura e pela resolução do seu problema de saúde envolve ações de origens distintas e finalidades1. Cada vez mais têm se preocupado como e em que momento as pessoas procuram solucionar suas demandas e problemas de saúde. Para isto, têm sido realizados vários estudos sobre organização, planejamento e avaliação dos serviços de saúde, procurando oferecer apoio e estratégias adequadas que favoreçam o acesso daqueles que precisam no momento oportuno, de forma contínua, promovendo o vínculo e propiciando a adesão aos tratamentos propostos2. As escolhas feitas pelos indivíduos vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso. Este percurso vem sendo definido pela literatura sócioantropológica como itinerário terapêutico, que se refere aos movimentos desencadeados pelos indivíduos ou grupos em busca da solução de seus problemas de saúde2. Mas, é improvável pensar que exista um modelo ou padrão que enquadre os processos de escolha1, pois o acesso não depende somente do indivíduo que busca, mas também do objeto que é buscado, neste caso, os serviços de saúde. Os diversos enfoques para o itinerário terapêutico podem servir para subsidiar o processo de organização de saúde e sua gestão e construir práticas assistenciais compreensivas e integradas2. No cenário nacional, ainda é escasso estudos que focalizam o processo de busca de tratamento da criança pelos cuidadores3. Os estudos sobre itinerários terapêuticos são recentes e com pouca expressão no Brasil, apesar da sua potencialidade para vislumbrar a assistência à saúde e o comportamento dos usuários na busca da mesma e no uso dos serviços oferecidos. Objetivo: Este trabalho tem como objetivo analisar a produção científica, sobre o tema itinerário terapêutico nos serviços de saúde, focado no cuidado à criança. Método: Trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir da revisão de pesquisas desenvolvidas no Brasil, nos últimos 20 anos, tendo como tema de interesse a trajetória realizada pelos pais em busca de cuidados e atendimento aos problemas de saúde dos seus filhos. A coleta de dados foi feita durante os meses de abril, maio e junho de 2013, nos portais da Biblioteca Virtual em Saúde, site www.bireme.br. As bases de dados buscadas e consideradas foram Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde) e Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Ocorreu dificuldade em encontrar descritores específicos do assunto, sendo então, iniciada a busca com termos ligados ao tema de interesse. Os termos usados foram: itinerário terapêutico, itinerário diagnóstico, trajetórias de cuidado, trajetórias terapêuticas e outros que não trouxeram resultados pertinentes. A partir do levantamento de artigos relativos ao tema, identificou-se descritores específicos o que possibilitou novas buscas: acesso aos serviços de saúde, tomada de decisão, acessibilidade, atenção primária, antropologia, mães e cuidados da criança. Para seleção dos artigos usou-se os seguintes critérios: artigos originais, publicados nas principais bases de dados de ciências da saúde, estudos realizados no Brasil nos últimos 20 anos, ou seja, de janeiro de 1993 a dezembro de 2012, cujo tema central fosse itinerário terapêutico infantil. Após seleção dos trabalhos, os mesmos foram organizados para que se obtivessem as seguintes informações: autor e ano, objetivos do estudo, método utilizado e população pesquisada e o resultado obtido com cada pesquisa. Verificado todos estes itens a análise dos

materiais teve como objetivo encontrar e descrever as características de cada estudo, como o conceito de itinerário terapêutico tem sido utilizado, a que o mesmo tem se vinculado e a finalidade de cada estudo. Resultados: A busca inicial a partir dos termos diretamente relacionados ao tema foram 29 artigos. Excluídos os itinerários específicos de adultos e jovens adultos, restaram então, 4 artigos que preenchem os critérios para a presente revisão. Observou-se nesta pesquisa a não existência de descritores nos bancos de dados pesquisados que tenham relação direta com a temática. Ao analisar os artigos pode-se observar que os objetivos em geral visavam conhecer, descrever, examinar e identificar o itinerário que os pais e familiares fizeram na intenção de encontrar resolutividade para os agravos de saúde de seus filhos. Também a necessidade de caracterização do vínculo destas famílias com os serviços buscados e se os motivos que as fizeram buscá-los foram pertinentes, conforme o agravo de saúde. O método de pesquisa utilizado em duas pesquisas foi o quantitativo, por meio de entrevista com pais e responsáveis, um com 383 e outro com 20 participantes. A pesquisa qualitativa ocorreu nas outras duas pesquisas por meio de entrevistas semi-estruturadas, dinâmica mapa falante e análise temática com 10 e 6 pais e familiares. A quase totalidade dos pais que procuraram os serviços, referiram buscar serviços de saúde especializados e de nível terciário, e em alguns momentos, precisaram levar seus filhos mais de uma vez em vários serviços para encontrar diagnóstico e tratamento adequado. Pequena parcela da população procurou serviço de atenção primária de saúde. Conclusão: Através destas pesquisas observa-se que a literatura sobre itinerário terapêutico é ainda limitada e suas possibilidades de estudo muito amplas, sendo assim, explorar este assunto pode trazer maiores esclarecimentos e ampliar a reflexão no campo da assistência e cuidados de saúde, descrevendo os perfis dos usuários e seus padrões de uso adequado dos serviços que atendem grupo etário infantil. Contribuições para enfermagem: Conhecer e identificar o itinerário percorrido pelos pais em busca de assistência aos agravos dos seus filhos possibilita ampliar a atuação do enfermeiro na atenção primária de saúde para vigilância em saúde do grupo infantil da área de abrangência de unidade básica de saúde, bem como, favorecer a oferta de serviços resolutivos nos diferentes níveis de atenção à saúde e, assim, prestar cuidado integral à criança. Descritores: acesso aos serviços de saúde; criança; atenção primária à saúde, enfermagem pediátrica. Referências: 1-Leite SN, Vasconcellos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. História, Ciências, Saúde - Manguinhos. 2006 jan-mar; 13(1): 113-128. 2-Cabral ALLV, Martinz-Hemáez A, Andrade ALG, Cherchiglia ML. Itineráiros terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2011. 16(11): 4433-4442. 3-Favero-Nunes MA, Santos MA. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com tratamento autístico. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2010. 23(2): 208-221. Artigos encontrados em banco de dados: Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. Jornal de Pediatria. 2005. 81(3): 251-258. Cavicchioli AC, Menossi MJ, Lima RAG. Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. Revista Latino- americana de Enfermagem [on line]. set-out. 2007 [acesso em 22/04/2013]; 15(5): 1025-1032. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a21.pdf Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, Lima RAG. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. Revista Latino-americana de Enfermagem [internet]. maio-jun. 2012 [acesso em 24/04/2013] ; 20(3): [9 telas].Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a05v20n3.pdf

*Parte dos dados do projeto de Mestrado em Enfermagem intitulado: Itinerário terapêutico de menores de um ano de idade do adoecimento ao óbito, Londrina, Paraná.

14086

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELISA GOMES NAZARIO

ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Nazario, EG; Silva, CB; Nascimento, L; Paula, CC; Magnago, TSBS; Tassinari, TT;

INTRODUÇÃO: As crianças e de adolescentes que vivem com HIV/AIDS necessitam de acompanhamento de saúde devido à sua vulnerabilidade ao adoecimento e às demandas de cuidados específicos da infecção.1 Nesse sentido, há a necessidade de integração do serviço de referência e da Atenção Primária à Saúde (APS) de forma a suprir essa demanda com qualidade e equidade à população. A APS pode ser definida como um conjunto de valores, princípios e atributos estruturais e complementares do sistema de serviços de saúde. Estes atributos consistem em: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação da atenção, competência cultural, orientação familiar e comunitária.2 Diante disto, este estudo apresenta um recorte dos resultados da pesquisa de avaliação dos atributos da APS de Santa Maria/RS às crianças e aos adolescentes com HIV/AIDS, realizada com os profissionais de saúde. O atributo longitudinalidade, destacado neste trabalho, se configura como a prestação de atenção à saúde continuada ao longo do tempo, refletindo em uma relação interpessoal que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde. 3 Dessa forma, esse atributo é essencial na atenção à crianças e adolescentes com HIV/AIDS, uma vez que interfere na saúde e no bem-estar dessa população. OBJETIVOS: Avaliar o atributo longitudinalidade por meio do instrumento PCATool-Brasil, Versão Profissional. METODOLOGIA: Pesquisa de abordagem quantitativa com delineamento transversal, intitulada "Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS". O campo de coleta de dados foram os serviços de APS do município de Santa Maria, sendo desenvolvido com profissionais de saúde. Critérios de inclusão: profissional médico, enfermeiro e odontólogo que atuam na APS do município de Santa Maria/RS. Critérios de exclusão: profissionais que estavam em período de férias, atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados. A etapa de campo ocorreu de fevereiro a julho de 2013. Este estudo utiliza o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool)3. No Brasil, foi denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil)4. Este questionário avalia o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS, a partir de respostas de profissionais de saúde (versão Profissionais). Foi desenvolvida utilizando um instrumento dividido em duas partes: Parte 1 - Questionário de caracterização da população de estudo, que integra os dados demográficos, econômicos, sociais e clínicos. Parte 2 - PCATool-Brasil versão Profissional. O instrumento PCATool mede a presença e a extensão de cada atributo da APS por meio da média aritmética dos itens constantes no instrumento. Valores de escore igual ou superior a 6,6 foram considerados extensão adequada de cada atributo. O estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CAAE:12223312.3.0000.5346) e respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução n. 196/96. Todos os participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. RESULTADOS: Foram entrevistados 118 profissionais de saúde, dos quais 34 (28,8%) eram clínicos gerais, 15 (12,7%) ginecologistas, 11 (9,3%) pediatras, 34 (28,8%) enfermeiros, e 24 (20,3%) odontólogos. Destes, a maioria é estatutário 106 (89,8%), favorecendo desta forma o vínculo com os usuários e consequentemente reduzindo a rotatividade de recursos humanos que desfavorece a longitudinalidade do cuidado.5 A partir da análise do escore do atributo longitudinalidade, obteve-se a média de 6,70, sendo avaliado como extensão adequada do atributo. As questões avaliadas positivamente neste atributo foram relativas ao acompanhamento de saúde sempre pelo mesmo profissional

na unidade de saúde, a comunicação eficiente entre o profissional e usuário durante o atendimento, o tempo disponibilizado no atendimento ao paciente foi considerado suficiente para o usuário expor suas preocupações ou problemas. Os profissionais referem conhecer o usuário mais como pessoa do que como alguém com problema de saúde, e o usuário pode telefonar para o serviço de saúde e conversar com o profissional que mais o conhece. Além disso, conhecem o histórico de saúde completo e as medicações utilizadas por cada paciente compreendendo quais os problemas mais importantes dos pacientes e sobre possíveis dificuldades destes em conseguir determinada medicação. As questões avaliadas negativamente pelos profissionais relacionadas com este atributo foram referentes ao contexto familiar de cada paciente e a ocupação dos mesmos. CONCLUSÕES: Assim, pressupõe-se com a avaliação deste atributo que existe uma vinculação das crianças e adolescentes com HIV/AIDS com os profissionais de saúde da APS do município de Santa Maria/RS. A extensão adequada deste atributo indica que os profissionais que atuam nas unidades de APS do município possuem vínculos empregatícios consolidados por meio de concurso público, o que favorece o vínculo com os usuários do sistema de saúde. Desta forma, o acompanhamento mais próximo destas crianças e adolescentes proporciona uma melhor qualidade de vida. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O profissional enfermeiro, atuante na APS, precisa ter conhecimento sobre os pacientes atendidos em seu serviço e pertencentes ao seu cenário de atuação a fim de proporcionar um acompanhamento integral e uma assistência adequada aos seus usuários. O cuidado longitudinal realizado pelo enfermeiro na APS às crianças e adolescentes com HIV/AIDS, é essencial nos diferentes ciclos de vida, pois o conhecimento das individualidades viabiliza a elaboração de intervenções mais eficazes, chegando à resolutividade dos possíveis problemas com maior rapidez. Uma maior vinculação entre profissional e paciente, contribui na compreensão das orientações de educação em saúde para o autocuidado, estreitamento de laços com resolução de problemas singulares dessa população. DESCRITORES: Atenção primária a saúde; Continuidade da assistência ao paciente; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. REFERÊNCIAS 1. Paula CC, Brum CN, Zuge SS, Rodrigues AP, Tolentino LC, Padoin SMM. Caracterização da morbimortalidade de crianças com HIV/AIDS em serviço de referência no Sul do Brasil. Saúde (Santa Maria). 2012;38(2):25-36. 2. Macinko J, Almeida C, Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan. 2007;22(3):167-77. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 80 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf 4. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006;22(8):1649-59. 5. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2012; 46(5):1260-7.

13694

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELISANGELA ARGENTA ZANATTA

EXPERIÊNCIAS DE FAMÍLIAS QUE CONVIVEM COM O AUTISMO INFANTIL: DESAFIOS PARA O CUIDADO NO COTIDIANO

Zanatta, EA; Menegazzo, E; Guimarães, AN; Ferraz, L; Nothaft, SCS;

Introdução: O autismo infantil é considerado atualmente um transtorno global do desenvolvimento, manifestado antes dos três anos de idade e caracterizado pelo comprometimento de três áreas: a comunicação, a interação social e a presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados e repetitivos1. Esse transtorno pode vir acompanhado por outras condições clínicas, como retardo no desenvolvimento mental, esclerose tuberosa, paralisia cerebral, hiperatividade e Síndrome de Down. As crianças autistas estabelecem pouco contato visual, dirigem poucas expressões faciais a outras pessoas e usam gestos limitados para comunicar-se. A capacidade para relacionarem-se com os pais ou com seus pares é restrita. Carecem de entusiasmo espontâneo, têm dificuldade de engajar-se em brincadeiras ou inventar estórias com brinquedos. A linguagem é imatura ou desviante, com ecolalia, inversões de pronomes, repetições monótonas de sons ou expressões verbais. Apresentam padrões de comportamentos motores estereotipados, como agitar ou torcer as mãos, girar ou balançar o corpo ou levantar e abaixar a cabeça. Desenvolvem comportamento ansioso e possessivo, possuem pavor de mudança e imperfeição e desejo de manutenção de uniformidade2-3. Quando o autismo aparece a dinâmica familiar sofre mobilizações que abrangem alterações no suporte financeiro, na qualidade de vida física, psíquica e social dos cuidadores diretos. Os pais, inicialmente, enfrentam um processo de luto pela perda do filho que haviam idealizado para que, com o passar do tempo, possam dar-se conta das limitações do filho e também reconhecer as suas potencialidades4. Apesar de o autismo ser estudado no âmbito científico há várias décadas, ainda abarca muitas dúvidas e divergências, com grandes questões a serem respondidas. Devido à sua complexidade e a não existência, até o momento, de exames que possam confirmar o autismo, o diagnóstico ainda é um processo demorado que causa desgastes e desajustes familiares3. Objetivo: Investigar como é para a família conviver com uma criança autista. Metodologia: Estudo qualitativo, realizado em 2012 com seis familiares que convivem com crianças autistas vinculadas a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de um município do oeste catarinense. A coleta das informações ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas e fechadas. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, CAAE nº 03871812.5.0000.0118. A interpretação das informações seguiu a análise temática5, discutidas em duas categorias: Famílias convivendo com a criança autista; Descoberta do diagnóstico e Atuação da enfermagem. Resultados: Famílias convivendo com a criança autista: os familiares relatam dificuldades encontradas no convívio diário com a criança autista, pois estas possuem limitações no seu processo de desenvolvimento, condição que provoca instabilidade de humor e dependência de cuidado dos pais para sobreviver. Essas condições associadas, inicialmente, à negação e ao pouco conhecimento de como cuidar da criança geram sofrimento e isolamento social das famílias, desencadeando mudanças na dinâmica familiar, especialmente na relação mãe e filho. As mães passam a dedicar-se integralmente a eles acumulando a responsabilidade dos cuidados com a casa e com a família renunciando, por vezes, suas próprias vidas em prol de seu filho. Os pais salientam a importância da rede social de apoio formada por amigos, familiares, colegas do trabalho ou estudo, pessoas da comunidade e profissionais da saúde. Descoberta do diagnóstico e Atuação da enfermagem: o papel dos pais no diagnóstico do autismo é crucial uma vez que são eles os primeiros a perceberem que os filhos apresentam comportamentos diferenciados e

fora dos padrões de normalidade. No momento em que percebem que algo está errado começam um movimento de peregrinação em busca de respostas que os ajudem a compreender o que se passa com seus filhos. Frente a esta situação surgem sentimentos de angústia e impotência em relação a seus filhos, por não saberem exatamente o que está acontecendo e nem como ajudá-los. A dificuldade para obter o diagnóstico, seguido pelas dificuldades que o tratamento impõe tem como consequência os conflitos conjugais e o abandono do lar pelo pai da criança. Conclusão: conviver com o autismo infantil é para a família uma tarefa árdua, difícil, cansativa e por vezes dolorosa. Observou-se a dificuldade e os longos caminhos percorridos pelos pais, para chegar à definição do diagnóstico, o que pode sugerir uma falha na formação dos profissionais de saúde devido ao pouco conhecimento ofertado nas universidades formadoras a respeito da temática, bem como a dificuldade de acesso a trabalhos científicos a respeito do autismo e suas repercussões no ambiente familiar. O isolamento social destas famílias foi outro ponto de destaque do estudo, sendo que todas as famílias relataram esta característica, na tentativa de poupar seus filhos dos olhares curiosos, do preconceito e da falta de compreensão por parte da sociedade restringindo-se assim aos seus lares e com poucos momentos de lazer fora deste ambiente. Constata-se ainda a necessidade da efetivação e construção de um conhecimento efetivo por parte da enfermagem para que possa construir um cuidado congruente com as necessidades, tanto das crianças autistas como de seus familiares. Ressalta-se que ainda há muito a ser desvelado, por isso a importância e necessidade de novos estudos, especialmente, acerca do impacto do autismo no contexto familiar, uma vez que inquietações e questionamentos a respeito desta temática não se encerram com este estudo. Sugerem-se ainda novas pesquisas que explorem a influência que o autismo infantil tem na relação conjugal dos pais e nas relações entre irmãos de crianças com diagnóstico de autismo. Implicações para a enfermagem: nesse contexto o cuidado dos profissionais da enfermagem direciona-se à família que neste momento encontra-se fragilizada, necessitando de apoio e orientações acerca da direção que irão tomar. Também pode auxiliar no intuito de aliviar a dor, a culpa ou a vergonha que frequentemente se associam ao autismo, auxiliando os pais a compreender que não são a causa da condição de suas crianças. Em relação ao cuidado à criança o enfermeiro pode exercer o papel de agente socializador promovendo a inclusão da criança autista na sociedade3. Descritores: Família. Enfermagem. Transtorno Autístico. Referências 1 Carniel EL, Saldanha LB, Fensterseifer LM. Atuação do enfermeiro frente a criança autista. Rev. Pediatria [Internet]. 2010 [citado em 2011 out 22];32(4):255-60. Disponível em: http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1361.pdf 2 Videbeck SL. Enfermagem em saúde mental e psiquiatria. 2012; (5)1: 536p. 3 Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 2007; 9(1):1.584p. 4 Fávero MAB, Santos MA. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica [Internet]. 2005 [citado 2011 set 21]:18(3):358-69. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a10v18n3.pdf 5 Minayo MCS (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis - RJ: Vozes; 2010

14150

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELISIANE DO NASCIMENTO DA ROCHA

AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA

Rocha, ENR; Borges, TAPB; Ferreira, GLF; Ferreira, AMF;

INTRODUÇÃO: A humanização na assistência à saúde é foco de discussão no campo da saúde pública brasileira, porém há um longo caminho a percorrer para que seja uma prática constante nos serviços de saúde(1). Humanizar implica em ofertar assistência à saúde com qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, proporcionando ambientes de cuidado adequados e melhores condições de trabalho aos profissionais(2). A implementação da Política Nacional de Humanização (2004) é importante estratégia para humanizar as práticas de atenção e de gestão nos serviços de saúde pública. Na assistência à saúde da criança hospitalizada, torna-se importante a humanização do cuidado prestado, uma vez que, o próprio processo de hospitalização se configura em experiência potencialmente estressante e traumática para a criança. Assim torna-se importante minimizar os estressores decorrentes da hospitalização. Para isso disponibilizar o acesso à informação à criança e aos pais sobre os seus direitos durante o período de hospitalização, contribui para compreensão da situação vivenciada e constitui em ação humanizada. Em prol da humanização da assistência à criança, a Resolução nº 41/1945 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e dos Adolescentes (CONANDA) assegura os direitos da criança e do adolescente hospitalizado. Nesse contexto, é importante conhecer as ações de enfermagem, desenvolvidas na assistência à criança hospitalizada que contribuem para o processo de humanização nas instituições de saúde. OBJETIVO: Identificar as ações de Enfermagem que contribuem para o processo de humanização na prática assistencial à criança hospitalizada. MÉTODO: Trata-se de revisão bibliográfica integrativa. O estudo foi realizado no período de agosto de 2013, nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e Arquivos digitais biomédicos e de ciências da saúde (PubMed). Utilizaram-se descritores humanização da assistência, criança hospitalizada e enfermagem, constantes nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e os termos humanization of assistance, hospitalized child e nursing constantes no Medical Subject Headings (MESH). Foram incluídos: publicações disponíveis em textos completos eletronicamente, cujos resultados apresentassem ações de humanização desenvolvidas pela enfermagem na assistência à criança hospitalizada, no período de 2007 a 2013. Foram excluídos relatos de experiência, reflexões, ensaio teórico, capítulos de livros e documentos organizados por órgãos governamentais. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foram selecionados para compor esta revisão, 14 estudos constantes na base de dados LILACS, um estudo na BDENF e dois na PubMed. A partir da leitura e análise das publicações identificaram-se três temáticas: recursos de comunicação utilizados pela enfermagem na abordagem à criança hospitalizada; interação da equipe de enfermagem com a criança hospitalizada e com a família; e apoio oferecido pelas instituições de saúde aos familiares da criança hospitalizada. A primeira temática "Recursos de comunicação utilizados pela enfermagem na abordagem à criança hospitaliza", aborda a leitura (contação de histórias) utilizada para minimizar os estressores da hospitalização, as brincadeiras (brinquedo terapêutico) desenvolvidas com a criança e a demonstração e explicação dos procedimentos realizados na criança durante o período de hospitalização. Para utilizar a leitura como recurso de comunicação é necessário considerar os aspectos do desenvolvimento da criança, pois em cada fase de desenvolvimento a criança apresenta habilidades de comunicação diferentes. A leitura possibilita e viabiliza a comunicação não verbal com a criança hospitalizada, favorece o diálogo entre a criança e a equipe de enfermagem e entre a criança e seus familiares, estabelecendo vínculos solidários e participação coletiva no processo de cuidar

(3,2). O uso do brinquedo para preparo da criança antes dos procedimentos possibilita que ela pratique o mesmo ato ao que será submetida, permitindo à criança assumir o protagonismo, autonomia e maior proximidade com o desconhecido, favorecendo assim, a aceitação da criança ao procedimento que será submetida (3,2). A segunda temática "Interação da equipe de enfermagem com a criança hospitalizada e com a família", aborda as relações interpessoais da equipe de enfermagem com a criança e sua família durante o período de hospitalização e a valorização da família no processo de cuidar da criança hospitalizada. As relações interpessoais e a comunicação efetiva determinam a qualidade de atenção de enfermagem à criança, bem como se tornam importante aliado, considerando que a criança apresenta necessidades distintas, pela capacidade limitada de adaptação ao ambiente hospitalar. Torna-se importante a inclusão da família no planejamento da assistência à criança, proporcionando protagonismo e autonomia na participação e decisões, possibilitando o desenvolvimento de novas habilidades para poder participar ativamente no processo terapêutico, uma vez que a criança e a família são únicas e a doença é um evento particular que desestabiliza a estrutura familiar, de modo que, essa também necessita ser assistida pela equipe de enfermagem (4,2). A terceira temática "Apoio oferecido pelas instituições de saúde aos familiares da criança hospitalizada", aborda aspectos relacionados ao suporte fornecido pelas instituições de saúde aos familiares de crianças hospitalizadas. Para prestar assistência humanizada necessita-se de condições materiais e estrutura física adequada, pois essas interferem e dificultam o desenvolvimento da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. Desse modo, as instituições de saúde que buscam oferecer assistência humanizada necessitam contemplar todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, tanto o profissional que exerce o cuidado como a criança e a família que recebe o cuidado (5). Estudo aponta que os profissionais de enfermagem destacam que a assistência humanizada depende da estrutura física da instituição de saúde, das questões de organização e gestão do serviço e do respeito e valorização dos profissionais por parte da gestão. Do mesmo modo afirmam que há necessidade de maior conhecimento acerca do conceito humanização para então aprimorar as habilidades em relação ao cuidado humanizado (5). CONCLUSÃO: O estudo permitiu identificar ações desenvolvidas pela enfermagem que contribuem para a humanização na prática assistencial à criança hospitaliza. Observou-se que os profissionais de enfermagem buscam atender as necessidades da criança e para isso visualizam a importância de incluir a família no processo de cuidar, todavia, a estrutura organizacional da instituição pode interferir no desenvolvimento de práticas de caráter humanizado. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A identificação das ações de humanização na assistência à criança hospitalizada contribui para a sensibilização dos profissionais de saúde, para a compreensão da importância de prestar assistência humanizada, possibilitando assegurar os direitos da criança hospitalizada. Descritores: Humanização da Assistência; Criança, Cuidados de Enfermagem. Referências: 1. Gomes et al, Ilvana Lima Verde. Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 125-135,mar./jun.2011. 2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2004. 3. Francischinelli AGB, Almeida FA, Fernandes DMS. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2012;25(1):18-23. 4. Pinto MCM, Camata DG, Oliveira AC, Dalge DP, Paes AT. Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. Einstein. 2009; 7(1 Pt 1):18-23. 5. Oliveira ECV, Teixeira JBA, Almeida DV. Assistência humanizada para a equipe de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica. R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. jan./mar. 5(1):3375-82.

14146

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELISIANE DO NASCIMENTO DA ROCHA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I IDENTIFICADOS EM LACTENTE COM QUEIMADURA TÉRMICA

Rocha, ENR; Ferreira, AMF;

INTRODUÇÃO: As queimaduras consistem em trauma grave, sendo uma das principais causas de morte não intencionais (1). A assistência de enfermagem à criança vítima de queimadura deve ser realizada de forma diferenciada a do adulto, de modo que, as fases do desenvolvimento da criança devem ser consideradas pela equipe de enfermagem, para que o cuidado prestado seja seguro e eficaz. O lactente compõe um grupo de crianças com necessidades de cuidado, em especial durante internações hospitalares, que podem se configurar em experiências traumáticas para a criança, bem como a exposição a lesões por queimadura, também, caracteriza-se em trauma, para a criança (2). Nesse contexto, uma assistência de enfermagem que possa atender as reais e potencias necessidades de saúde desses indivíduos, é fundamentar para a recuperação e manutenção da saúde da criança hospitalizada. Para isso, o método de trabalho processo de enfermagem (PE), pode guiar o enfermeiro, para realizar a sua prática assistencial, se alicerçado em uma base de conhecimento, que permita formular hipóteses diagnósticas (3-4). Uma coleta de dados abrangente é essencial, pois fornece subsídios para a identificação de diagnósticos de enfermagem, planejamento e implementação de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados esperados (3). A etapa de identificação de diagnósticos de enfermagem (DE) consiste no julgamento clínico das necessidades ou problemas de saúde, identificados pelo enfermeiro, por meio das respostas (sinais e sintomas), apresentados pelo indivíduo (3). Formular hipóteses diagnósticas exige conhecer, previamente, os conceitos diagnósticos, suas características definidoras (CD) e seus fatores relacionados ou de risco. Para o processo diagnóstico é necessário entender os conceitos da prática de enfermagem, para buscar padrões de saúde alterados, para então realizar avaliação completa ou focalizada, e assim gerar diagnósticos precisos de enfermagem (3-4). OBJETIVO: Relatar os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I identificados em lactente com queimadura térmica, hospitalizado em Unidade Pediátrica. MÉTODO: Trata-se de relato de experiência desenvolvido a partir de atividades práticas do componente curricular Enfermagem no Cuidado da Criança e do Adolescente, do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), realizadas no período de março e abril de 2013, em Unidade Pediátrica de uma Instituição Hospitalar. Durante as atividades práticas, realizou-se acompanhamento de um lactente que apresentava lesões cutâneas por queimadura térmica. A assistência de enfermagem ao lactente contemplou as etapas do processo de enfermagem (PE). Os indícios existentes identificados no lactente por meio da avaliação clínica foram combinados com os indícios esperados para os conceitos diagnósticos, da classificação da NANDA-I 2012-2014. Assim, a decisão diagnóstica ocorreu mediante a existência de evidências suficientes para os prováveis diagnósticos. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foram identificados nove possíveis conceitos diagnósticos de enfermagem. Para os conceitos diagnósticos identificaram-se as características definidoras (CD), fatores relacionados e fatores de risco (FR), que forneceram sustentação para a decisão diagnóstica. Os DE identificados foram classificados de acordo com os domínios da NANDA-I. No domínio Nutrição, os conceitos diagnósticos identificados foram: Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado à Desequilíbrio hídrico e Efeitos secundários relacionados a tratamento (medicamentos); e Risco de desequilíbrio do volume de líquidos relacionado à Lesão traumática (queimadura térmica) e Queimaduras. Pacientes vítimas de queimaduras podem apresentar hipovolemia devido à perda de plasma na área queimada (5). No domínio Segurança/proteção, os conceitos diagnósticos encontrados foram:

Integridade tissular prejudicada evidenciado por Tecido lesado e Tecido destruído (pele), relacionado a Fatores mecânicos e Déficit de líquidos; Integridade da pele prejudicada evidenciado pela Destruição de camadas da pele e Rompimento da superfície da pele, relacionado a Fatores mecânicos, Déficit imunológico, Mudanças no estado hídrico e Estado metabólico prejudicado; Risco de infecção relacionado ao aumento da exposição ambiental a patógenos, Defesas primárias inadequadas (pele rompida [colocação de cateter endovenoso, procedimentos invasivos], tecido traumatizado [trauma, destruição de tecido]) e Procedimentos invasivos (infusão de medicamentos por cateter venoso, troca de curativo e desbridamento cirúrgico). Pacientes vítimas de queimaduras estão suscetíveis ao desenvolvimento de infecção, seja sistêmica ou localizada, pois apresentam perda da barreira natural de proteção do organismo (a pele), são submetidos a diversos procedimentos invasivos, estão com o sistema imunológico comprometido e apresentam estresse fisiológico provocado pela queimadura (1); Risco de disfunção neurovascular periférica relacionado à Compreensão mecânica (uso de bandagens), Queimaduras e Trauma. Lesões de espessura parcial (de segundo grau) interferem na sensibilidade por afetarem os receptores sensitivos. Na circulação, comprometem os vasos sanguíneos devido à lesão direta e a amplitude dos movimentos, em casos em que a queimadura atinge as articulações (1); e Risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado à Taxa metabólica alterada e a Trauma (queimadura térmica) que afeta a regulação da temperatura. As vítimas de queimaduras são suscetíveis a alterações de temperatura devido à perda tissular e aumento da taxa metabólica. No domínio Conforto identificaram-se os DE: Dor aguda evidenciado pelo Comportamento expressivo (agitação motora, gemido, choro, irritabilidade), Distúrbio do sono , Evidência observada de dor, Expressão facial (careta), Gestos protetores, Mudanças na frequência cardíaca e Mudanças na frequência respiratória, relacionado ao Agente lesivo (físico [queimadura térmica]). Estudo realizado em 54 prontuários de crianças na faixa etária entre zero e treze anos de idade, vítimas de queimaduras, a presença do diagnóstico dor aguda foi registrado em 6 (11%) dos prontuários (1); e Conforto prejudicado evidenciado pelo Choro, Efeitos secundários relacionados ao tratamento (cateter venoso, troca de curativos), Irritabilidade e Padrão de sono perturbado, relacionado a Estímulos ambientais nocivos, e Efeitos secundários relacionados ao tratamento (medicamentos). CONCLUSÃO: A atividades práticas realizadas em unidade pediátrica, possibilitaram a identificação de possíveis problemas de saúde presentes em lactentes hospitalizados. Os conceitos diagnósticos identificados estão distribuídos nos domínios Nutrição, Segurança/proteção e Conforto. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A identificação dos DE para crianças hospitalizadas, vítimas de queimaduras, permite elaboração de um plano de cuidados que possa atender os reais e potencias disfunções de saúde desses indivíduos; e o registro e a utilização da classificação diagnóstico de enfermagem da NANDA-I contribuem para qualificação da documentação de enfermagem e possibilitam maior visibilidade das práticas assistenciais realizadas em unidade pediátrica. Descritores: Criança; Diagnósticos de Enfermagem; Processos de Enfermagem. Referências 1. Batista LTO, Rodrigues FA, Vasconcelos JMB. Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimadura. Rev Rene, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):158-65. 2. Oliveira RM, Silva AVS, Silva LMS, Silva APAD, Chaves EMC, Bezerra SC. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. Esc Anna Nery (impr.)2011 abr -jun; 15 (2):277-283. 3. NANDA-Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013. 4. Herdman,T. Heather. Processo de Enfermagem: um momento para relembrar seu propósito. Editorial. Rev Rene. 2013; 14(3):458-9. 5. Bogliolo, Luigi. Patologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

14172

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELIZA CRISTINA MACEDO

A ENFERMAGEM NO MANEJO E AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇA COM DOENÇA FALCIFORME

Guimarães, MR; Macedo, EC; Silva, LR; Espiritosanto, LFS;

INTRODUÇÃO: No Brasil, nascem, anualmente, cerca de 3500 crianças com doença falciforme e 200 mil portadores do traço falciforme, sendo a doença genética de maior incidência no Brasil (1). A crise de dor é o sintoma mais frequente na Doença Falciforme. Os glóbulos vermelhos em foice obstruem os pequenos vasos, causando a dor (1, 2). A crise de dor é a causa mais frequente de procura das pessoas com doença falciforme, de todas as faixas etárias, aos serviços de emergência e tratamento hospitalar (1). Portanto, o enfermeiro, está em grande contato com estes pacientes, principalmente no momento em que a dor aguda se desenvolve. OBJETIVOS: identificar, através de artigos encontrados em bases de dados da área da saúde, os métodos de avaliação da dor utilizados pelos enfermeiros em crianças portadoras de Doença Falciforme. MÉTODO: Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), tendo como critérios de inclusão os estudos publicados no período de 2003 a 2012; nos idiomas português e inglês; que trate sobre avaliação da dor, tendo a criança com doença falciforme como população-alvo. Para isto foram utilizados os descritores: avaliação da dor, anemia falciforme, criança e enfermagem (Pain Assessment, Sickle Cell, Child, nursing); avaliação da dor, anemia falciforme, criança e enfermeiras (Pain Assessment, Sickle Cell, Child, Nurses); Avaliação da Dor, Doença da Hemoglobina SC, Criança e enfermagem (Pain Assessment, Hemoglobin SC Disease, Child, nursing); Avaliação da Dor, Doença da Hemoglobina SC, Criança e Enfermeiras (Pain Assessment, Hemoglobin SC Disease, Child, Nurses); Avaliação da Dor, Talassemia, Criança e enfermagem (Pain Assessment, Thalassemia, Child, nursing); Avaliação da Dor, Talassemia, Criança e Enfermeiras (Pain Assessment, Thalassemia, Child, Nurses). O estudo permitiu encontrar 11 publicações internacionais. Trabalhos encontrados em duplicidade foram quantificados uma única vez. Os artigos que tratavam sobre a avaliação da dor e crianças com doença falciforme foram selecionados e posteriormente analisados. Na análise realizada investigou-se a quantidade de artigos encontrados na base de dados, identifica qual a importância da avaliação da dor em crianças com D.F; as escalas utilizadas em cada estudo e a atuação do enfermeiro na avaliação da dor nesta população. RESULTADOS: Excluindo-se as repetições ocorridas devido a utilização de diferentes descritores, a revisão evidenciou onze (11) resumos em inglês publicados no período1992 a 2009. No primeiro momento foram utilizados os descritores: avaliação da dor, anemia falciforme, criança e enfermagem (Pain Assessment, Sickle Cell, Child, nursing), foram encontrados 8 artigos. No segundo momento, foram utilizados os descritores: avaliação da dor, anemia falciforme, criança e enfermeiras (Pain Assessment, Sickle Cell, Child, Nurses), encontrou-se 3 artigos. Nos demais momentos, utilizou-se os descritores: Avaliação da Dor, Doença da Hemoglobina SC, Criança e enfermagem (Pain Assessment, Hemoglobin SC Disease, Child, nursing); Avaliação da Dor, Doença da Hemoglobina SC, Criança e Enfermeiras (Pain Assessment, Hemoglobin SC Disease, Child, Nurses); Avaliação da Dor, Talassemia, Criança e enfermagem (Pain Assessment, Thalassemia, Child, nursing); Avaliação da Dor, Talassemia, Criança e Enfermeiras (Pain Assessment, Thalassemia, Child, Nurses), não foram encontradas publicações. DISCUSSÃO: Avaliar e manejar a dor de forma correta contribui para a melhoria da qualidade de vida e conforto das crianças portadoras de DF (3). Dos 11 estudos avaliados: 55% usaram a avaliação da dor como auxilio na realização de um tratamento medicamentoso; em 18% dos estudos a avaliação da dor foi usada para avaliar o tratamento/assistência durante os Episódios de Vaso-oclusão e complicações agudas; em 9% a avaliação da dor foi utilizada para avaliar os efeitos de um tratamento não medicamentoso

(massagem terapêutica) em crianças com anemia falciforme e em seus familiares; e 9% das pesquisas a utilizaram para determinar qual o método avaliativo da dor seria mais indicado e 9% avaliou a dor para examinar a experiência de dor e controlar-lá, correlacionando com os status funcionais (sono, ingestão de alimentos e níveis de atividade) da criança durante a internação hospitalar devido a episódios agudos dolorosos. O uso de uma escala adequada para quantificar a dor das crianças portadoras de doença falciforme é fundamental para o tratamento da dor (3). Foi identificado que os estudos usaram como método de avaliação da dor: a Escala Oucher (27,27%), Escala Analógica Visual (EVA) (18,18%), e a Escala Wong-Baker (FACES) (9%). Os estudos analisados reveram que as crianças com DF necessitam de hospitalização devido às complicações agudas, que incluem episódios dolorosos, doença febril e seqüestro esplênico. Portanto, o enfermeiro devem fornecer um tratamento imediato, e instituir medidas preventivas para evitar os eventos adversos clínicos da Doença Falciforme (3). Os profissionais de enfermagem deve ter a familiaridade com o paciente e o fornecimento de material para educar e informar os familiares sobre a DF (4). A dor aguda recorrente de DF pode ser manejada com sucesso em casa, perante a formação adequada dos cuidadores acompanhantes realizada pelos enfermeiros (5). CONCLUSÃO: O estudo evidenciou que as publicações referentes à avaliação da dor em crianças com DF são muito reduzidas, percebe-se a necessidade de publicações nacionais de enfermagem sobre a temática. O enfermeiro possui um importante papel no tratamento de crises dolorosas e no processo de educação e saúde, portanto, mais pesquisas sobre o tema poderiam ser realizadas, com o intuito de aumentar o conhecimento existente sobre este, facilitando e melhorando a qualidade da assistência prestada a estes pacientes. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Este estudo contribuiu para a compreensão sobre a importância da avaliação e manejo da dor em criança com doença falciforme, visto que esses geram o alívio e conforto da criança com DF. Por meio dos resultados desta pesquisa, recomenda-se que os enfermeiros, compartilhem seus conhecimentos sobre o manejo e a avaliação da dor em crianças com DF através da produção científica. Descritor: Anemia falciforme; Avaliação da dor; Enfermagem pediátrica

REFERENCIAS: 1. Embury SH, Hebbel RP, Mohandas N, Steinberg MH. Sickle cell disease: basic principles and clinical practice. New York: Raven Press; 1994. 2. Azevedo CES. Anemia Falciforme. Manual de Estudante de Hematologia. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 3. Brunetta DM, Clé DV, Haes TM, Roriz-filho JS, Moriguti JC. Manejo das complicações agudas da doença falciforme. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet] 2010; 43(3): 231-7 [acesso em 17 maio 2012]. Disponível: http://www.fmrp.usp.br/revista/2010/vol43n3/Simp2_Manejo%20das%20complica%E7%F5es%20agudas%20da%20doen%E7a%20falciforme.pdf . 4. Jakubik LD, Thompsom M. Care of the child with sickle cell disease: acute complications. Pediatr Nurs [Internet]. 2000; 26 (4):373-9 [acesso em 13 jun. 2012]. Disponível: http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-12026471. 5. Conner-Warren RL. Pain intensity and home pain management of children with sickle cell disease. Issues Compr Pediatr Nurs [Internet]. 1996; 19(3): 183-95 [acesso em 13 jun. 2012] Disponível: http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-9119714.

13794

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELOINA SANTANA SANTOS

MEIO AMBIENTE E A SAÚDE: MOBILIZANDO CRIANÇAS NO PRESENTE PARA SEREM CUIDADORAS NO FUTURO

Alves, ES; Dantas, AL; Moraes, JAS; Lopes, TFS; Jesus, VS; Felzemburgh, RDM;

A ocupação desordenada de espaços naturais, a falta de cuidado dos recursos hídricos, os desmatamentos e queimadas de florestas nativas que culminam com a perda da biodiversidade, as dificuldades na aplicação de políticas públicas para o saneamento, a vulnerabilidade de fontes de energia nuclear e outros tantos danos da sociedade contemporânea, expressam uma problemática ambiental, que gera uma crise social1. Toda essa problemática tem sua gênese na forma egocêntrica e egoísta do ser humano e suas ações sobre o mundo provocam mudanças na estrutura da consciência que advêm das vivências individuais e coletivas2,3. Portanto, a forma da assumir o compromisso ambiental abrange papel fundamental nas atitudes e condutas das pessoas sobre o meio ambiente. A esse fenômeno podemos designar de ethos socioambiental, definido como um conjunto de aspirações, valores e princípios orientadores das relações humanas para com a natureza, a sociedade e consigo mesmo2. Desta forma, configura-se uma atitude de responsabilidade e cuidado com a vida, de convivência societária, conservação dos recursos naturais e dos seres por ela habitada, não deixando de considerar o que é regional e cultural. Nesse sentido, para as autoras4 a educação para o meio ambiente sadio e equilibrado começa na infância, período em que o ser humano está mais receptivo à formação de hábitos e atitudes. Daí a importância de trabalhar junto aos educadores que atuam nas creches e escolas de ensino fundamental para sensibilizá-los e subsidiá-los no sentido de ampliar e aprimorar seu repertório educacional para o desenvolvimento sustentável. A capacitação de educadores para a sensibilização do público infantil para o consumo consciente, incorporando a questão da coleta seletiva de forma permanente, é fundamental para garantir qualidade de vida das presentes e futuras gerações5. Esse trabalho trata-se de um projeto de extensão, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia - FAPESB, Edital nº 17/2011 Popularização da Ciência e Tecnologia em parceria com o Grupo de Pesquisa Estudos sobre a Saúde da Criança e do Adolescente - CRESCER/UFBA que teve como objetivo geral realizar uma feira de ciência para conscientização e mobilização de crianças na fase pré-escolar a respeito da preservação do meio ambiente e saúde, com ênfase na utilização adequada dos recursos hídricos, reciclagem de resíduos e recuperação ambiental. Essa atividade foi realizada entre graduandos e pós-graduandos de enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pré escolares de uma escola municipal na cidade de Salvador, Bahia. Para alcance do objetivo, quatro atividades foram propostas para o evento: Atividade 1-Teatrinho com fantoches a ser realizado pelos estudantes de enfermagem de graduação e pós-graduação da UFBA abordando a otimização dos recursos hídricos e sua importância para a comunidade, o Brasil e o mundo, com exposição de vídeo sobre o ciclo hidrológico, facilitando a compreensão das crianças; Atividade 2- Oficina de reciclagem realizada por representantes da LIMPURB com experiência em participação de feiras de saúde e ação social e plantação de mudas de árvores brasileiras. A interação das crianças se deu na confecção de brinquedos de papel ou garrafas plásticas, recebendo informações sobre a importância da reciclagem de resíduos e da recuperação ambiental. Em seguida, elas puderam brincar com os brinquedos que confeccionaram e levá-los para casa. Da mesma forma, elas tiveram a oportunidade de plantar uma muda de árvore brasileira e levá-la para casa. Junto com a muda, a criança recebeu a missão de passar adiante as informações que obteve na feira para sua família, seus amigos e demais indivíduos da comunidade onde residem; Atividade 3- Distribuição e encenação de uma cartilha infantil com os (as)

contadores (as) de estórias (estudantes de enfermagem da UFBA). Esta cartilha na sua elaboração uniu o conhecimento científico a respeito do meio ambiente, relacionando a utilização adequada dos recursos hídricos, reciclagem e recuperação ambiental, a uma linguagem acessível para as crianças de 4 a 6 anos de idade. Nessa atividade deu-se continuidade à democratização do conhecimento iniciada nas atividades anteriores. A encenação complementou o que as figuras expressavam na cartilha, pois nem todas as crianças dominavam a leitura na idade escolhida para este projeto. Diante dessa realidade, as mesmas foram incentivadas a serem multiplicadoras de conhecimento, orientando-as a exibirem a cartilha em suas casas e comunidade; Atividade 4- Socialização, troca e consolidação do conhecimento construído junto aos facilitadores: Lanche com produtos orgânicos para todas as crianças da escola nos dois turnos, envolvidas no referido projeto. Neste momento as crianças puderam trocar informações e refletir sobre o conhecimento que ajudaram a construir. Todas tiveram a possibilidade de fazer desenhos e/ou frases sobre o conteúdo discutido durante o dia. Concluiu-se que a democratização do conhecimento científico possibilita não só a conscientização dos indivíduos a respeito da realidade e das ferramentas para transformá-la, mas proporciona a mobilização das pessoas para, de fato, transformarem esta realidade. Em relação ao meio ambiente isso não é diferente, pois lida-se com as questões ambientais e estimula-se uma mudança de comportamento em prol da preservação ambiental e, consequentemente, da saúde dos próprios seres humanos. A criança tem um grande potencial para conseguir assimilar e divulgar mudanças comportamentais, tornando-se agentes multiplicadores e transformadores do meio onde vivem. Investir em proporcionar conhecimento à criança é investir no potencial transformador da sociedade, num futuro mais promissor para o planeta e para os seus habitantes. Acredita-se que esta é a verdadeira democratização do conhecimento científico: compartilhar conhecimento. Através deste processo, não só as crianças adquirem conhecimento e o divulgam para a comunidade, o que auxilia na conscientização da sociedade e a transformação da realidade, mas contribui na formação dos graduandos e pós-graduandos como seres conscientes do seu papel social enquanto estudantes de uma Instituição pública, atuantes na sociedade como forma prazerosa de retribuição ao que a sociedade investe em sua formação. Para prevenção e/ou lidar com as mudanças climáticas e desastres decorrentes da natureza por si ou ocasionados por intervenção humana na natureza, precisa-se investir em uma parcela da população que realmente tenha potencial transformador porque se trata de uma mudança complexa no modo de vida da sociedade como um todo. Desta forma, o tema deste evento permitiu a divulgação do conhecimento científico a respeito de uma problemática relevante para nossa cidade, nosso Brasil e para o mundo. Dentre as atividades realizadas, a elaboração, editoração e distribuição da cartilha infantil compilando de forma lúdica todo conteúdo que consta na programação do evento, constituiu-se no resultado concreto de maior relevância desse projeto. Referências: 1-Lemos SM, Higuchi MIG. Compromisso socioambiental e Vulnerabilidade. Ambiente & Sociedade. 2011; 24(2): 123-38. 2- Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Rio de Janeiro: VOZES; 2003. 3- Veiga JE. Desenvolvimento sustentável: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: GARAMOND; 2005. 4 - AGENDA 21, Conferência das Nações Unidas sobre meio ambiente e desenvolvimento. Secretaria de Estado do Meio Ambiente, SP; 1997. 5 - Faris MAF, Cavalheiro RG, Günther WR. Creche Saúde Recicla - uma proposta de capacitação de educadores para a sensibilização infantil. In: IV Seminário Nacional de Programa ABC Científica. Rev de Ensino de Ciências. São Paulo; 2011. p. 27-30. Descritores: Crianças. Meio Ambiente. Saúde.

14389

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ÉRICA CORREIA DA SILVA

OBESIDADE INFANTIL: OS FATORES ASSOCIADOS E AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM VISANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Correiadasilva, ECS;

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença de origem multifatorial, em que ocorre a interação de aspectos genéticos e ambientais, além de influências socioeconômicas, alterações endócrinas e metabólicas1. Trata-se de uma condição complexa que sobrecarrega o sistema de saúde, interfere em recursos econômicos e traz consequências clínicas, psicológicas e sociais. Integra o grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, incluída na Política Nacional de Promoção da Saúde, uma estratégia do Ministério da Saúde com o objetivo de promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença2. Alguns fatores são determinantes para o estabelecimento da obesidade exógena na infância, como a interrupção precoce do aleitamento materno, com introdução de alimentos complementares inapropriados, emprego de fórmulas lácteas diluídas de modo incorreto, distúrbios no comportamento alimentar e a inadequada relação ou dinâmica familiar3. Os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo constituem-se os grandes vilões para a saúde de crianças e adolescentes, tornando-se necessário incluir atividades físicas regulares na vida diária da criança, pois o gasto energético vem diminuindo com os confortos da vida moderna e o avanço tecnológico. OBJETIVOS: Identificar as crianças com sobrepeso e obesidade atendidas no Ambulatório de Pediatria de um Hospital universitário situado no município do Rio de Janeiro; verificar quais os fatores de vulnerabilidade e as co-morbidade(s) que ocorrem com mais frequência nesta população e discutir o papel da enfermagem na promoção da saúde destas crianças. METODOLOGIA: Estudo quantitativo, com desenho descritivo e exploratório. Amostra composta por crianças de ambos sexos, com idade entre 7 e 10 anos, atendidas no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro e seus cuidadores. Foram incluídas crianças com idade superior a dois anos e inferior a dez anos, de ambos os sexos e ter sobrepeso/obesidade. Utilizado um questionário contendo variáveis sociodemográficas, relacionadas aos hábitos alimentares e ao sobrepeso e à obesidade, em entrevista gravada com equipamento eletrônico. Respeitado rigorosamente a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. RESULTADOS: As crianças possuem 10 anos (50%), a idade materna variou de 22 a 47 anos, com predominância na idade abaixo de 40 anos (70%), seguida de 30% entre 40 e 50 anos. Foram 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino; sendo 40% negros, seguida de pardos (30%) e brancos (30%). Do total, 40% residiam na Baixada Fluminense, 40% na Zona Norte e 20% na Zona Oeste do Rio de Janeiro. A renda média familiar variou de R$ 196,00 a R$ 5.100,00; cabe ressaltar que o valor do salário mínimo no Brasil em 2012 é de R$ 622,00. Diante disto, 70% recebem entre 1-2 salários, 20% mais de 3 salários e 10%, menos de 01 salário. Em 50% dos casos, o pai era o provedor da família, 30% afirmaram residir com 4 pessoas e 40% possuem 01 irmão(a). Relacionado à escolaridade do responsável, 30% possuem Ensino Médio completo. Ocorreu Aleitamento Materno Exclusivo em 100% dos casos, destes, 40% amamentaram até 6 meses de idade; sendo introduzidos outros alimentos, como leite artificial, sucos, chás e água aos 06 meses (40%). Ingestão de frutas (70%,), legumes e verduras (40%) todos os dias. Todos os responsáveis não souberam precisar a quantidade de copos de água ingeridos diariamente pela criança, observou-se apenas que 80% ingerem bastantes alimentos industrializados. 50% afirmam que são realizadas 05 refeições diariamente, com os horários destas obedecidos em 70% dos casos; 60% afirmam que são oferecidas 05 ou mais refeições por dia à criança, sendo as principais refeições realizadas em sua

residência em 80% dos entrevistados; 60% dos responsáveis controlam os alimentos ingeridos por seus filhos, enquanto 40% não tem controle devido ao horário escolar ou de ausência dos pais durante o horário de trabalho e estes não serem os responsáveis pelo preparo do alimento. Em 90% das crianças há histórico familiar de sobrepeso/obesidade, sendo o parentesco de 1º grau o mais prevalente, como pai e mãe; 50% das crianças possuem problema de saúde (hipertensão arterial, esteatose hepática, doenças cardíacas e respiratórias, por exemplo). 80% afirmam realizar acompanhamento com profissional de saúde, sendo mais prevalentes, médicos (Pediatra, Endocrinologista e Cardiologista) e nutricionistas simultaneamente em 60% dos casos. Da amostra pesquisada, 80% não faz uso regular de medicamentos. Há prática regular de atividade física/esporte como natação, futebol, dança e lutas duas vezes por semana em 60% dos entrevistados. Possuem amigos (80%), tendo o rendimento escolar classificado como ótimo (50%) e o humor/auto-estima bom (50%) ou oscilante (50%). A totalidade dos responsáveis afirma que a enfermagem pode ajudar na promoção da saúde de seus/suas filhos(as), porém não sabem como esta é realizada. CONCLUSÃO: Os fatores de vulnerabilidade que ocorrem com mais frequência nesta população são a prática irregular de exercícios físicos, alimentação inadequada e histórico familiar de sobrepeso/obesidade, já as co-morbidade(s) identificadas foram hipertensão arterial, esteatose hepática, problemas cardíacos e respiratórios. Além disso, discutiu-se o papel da enfermagem na promoção da saúde destas crianças, porém não foi possível identificar as percepções dos responsáveis entrevistados, pois estes não têm o conhecimento de tal função do profissional enfermeiro. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Este estudo traz contribuições para a pesquisa no sentido de ampliar e incentivar novas pesquisas sobre esta temática que tornou-se um grande problema de saúde pública nos últimos tempos e, com isso, desenvolver e divulgar novas estratégias de prevenção da obesidade infantil; para a assistência por contribuir para o repensar dos profissionais que atuam na área da saúde da criança, despertando para esta problemática, a fim de promover uma abordagem diferenciada e valorizar o olhar para estas crianças e seus cuidadores, entendendo as conturbações, as ansiedades e as repercussões do sobrepeso e da obesidade na vida dos mesmos, a fim de proporcionarem um atendimento integral, voltado para a realidade destas; e para a criança, pois, com o incentivo à mudança dos hábitos alimentares e à prática de exercícios físicos, pode-se proporcionar qualidade de vida à criança, melhorando sua saúde e sua auto-estima, pois uma criança com baixa auto-estima pode vir a ter comprometimento escolar e isolamento social. DESCRITORES: Sobrepeso; Obesidade; Promoção da Saúde;

14099

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ÉRICA SHINOHARA

ANÁLISE DE CAUSA RAIZ PARA AVALIAR A PRÁTICA ASSISTENCIAL RELACIONADA AO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.

Shinohara, E; Teruya, EY; Braga, DAP; Vendramim, P;

INTRODUÇÃO: Atualmente, o uso de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) é indicado para pacientes que necessitem de terapia intravenosa por um período superior a seis dias(1) e por apresentar inserção menos traumática se comparado ao cateter central e não demanda procedimento cirúrgico, se propõe a reduzir os riscos de complicações, sem isentá-los. Na prática assistencial é possível notar que o maior desafio não está na inserção do PICC, per si, mas em mantê-lo em condições seguras de uso até o término do tratamento proposto. Existem complicações associadas ao uso do dispositivo que podem levar a remoção "não eletiva" do cateter como obstrução, extravasamento, flebite, infecção de corrente sanguínea, infecção de sítio de inserção, embolia, migração de ponta, tração acidental, arritmias, tamponamento cardíaco, ruptura do cateter, trombose, edema de membros entre outras que prejudicam os indicadores de desempenho dessa prática e podem demonstrar risco ao paciente(2). Em busca da melhoria contínua dos processos, as pesquisadoras optaram por eleger os insucessos na manutenção do PICC aplicando o Diagrama de Ishikawa (DI) para a análise de causa raiz, isto é, investigar e analisar todo o processo para determinado resultado, compreender as possíveis causas e assim posteriormente implementar ações de melhoria na assistência ao paciente portador de PICC na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). OBJETIVOS: Descrever o perfil das crianças portadoras de PICC e Realizar a análise de causa raiz a partir dos eventos adversos que motivaram ou não a retirada não programada do PICC com a aplicação do Diagrama de Ishikawa. METODOLOGIA: Estudo retrospectivo e descritivo, realizado em uma UTIP que dispõe de onze leitos e atende crianças com idade a partir de 28 dias a 18 anos incompletos, de um hospital geral privado e filantrópico, de grande porte localizado no município de São Paulo. Para compor a amostra deste estudo foram considerados todos os pacientes que foram submetidos à inserção do PICC na UTIP no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013 até a sua remoção, mesmo que em outra unidade. A coleta de dados foi realizada a partir do impresso institucional de registro de inserção, manutenção e retirada do PICC e do prontuário de cada paciente em questão. Os dados foram tabulados em planilha Excel e submetidos à análise estatística descritiva, em números absolutos e relativos que auxiliaram na elaboração do Diagrama de Ishikawa, baseados nas informações de cada caso. As pesquisadoras identificaram e avaliaram fatores que contribuíram para as complicações durante a manutenção do PICC e a retirada não programada a partir da reconstrução da sequência de eventos e pelo constante questionamento do porquê, até que as causas raízes subjacentes fossem elucidadas com foco em sistemas e processos e não em desempenhos individuais. As etapas para o desenvolvimento compreenderam: organizar uma equipe de trabalho, descrever detalhadamente o que aconteceu e como, identificar as causas proximais e identificar as causas raízes(3). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pesquisada, atendendo à Resolução 196/96 e 466/13 e recebeu aprovação sob o protocolo de nº 19852613.4.0000.5487. RESULTADOS: A faixa etária variou de dois meses a 16 anos sendo a mediana de idade de três anos; o tempo de permanência variou de três a 34 dias, sendo em média 10,8 dias; em geral, os diagnósticos médicos estavam relacionados a processos infecciosos, neurológicos e respiratórios; as indicações para a inserção do PICC foram para antibioticoterapia (73,3%), e em menor proporção para nutrição parenteral total (NPT) ou outras medicações; todos os PICC foram mantidos com soro contínuo; exceto um cateter que ficou posicionado na veia subclávia, todos os demais ficaram em veia cava. Nesta amostra, os sítios de

punção foram: veia cefálica (53,3%), veia jugular externa (40%) e veia basílica (6,7%). Durante a manutenção destes 15 cateteres; três apresentaram flebite e seis oclusão, sendo que um de cada tipo evoluiu para a retirada "não eletiva", quando o paciente encontrava-se na pediatria, faltando apenas 24 horas para o término do tratamento proposto. Para realizar a análise de causa raiz, os eventos adversos foram abordados em quatro categorias, a saber: relacionados a Processo; preenchimento incompleto das fichas de acompanhamento do PICC que dificulta a caracterização mais apurada de cada caso e exige um retrabalho pela necessidade de buscar dados complementares no prontuário eletrônico. Falta de padronização na realização da técnica da torneirinha, ora feita com soro fisiológico ora com "antitrombótico". A indicação tardia da passagem do PICC. As características dos pacientes da UTIP (crônicos, renais e neurológicos), que em geral apresentam depleção venosa, o que dificulta o acesso recomendado sequencialmente pela veia basílica, cefálica e jugular. A adoção de manutenção da perviedade do dispositivo com soro contínuo em bomba de infusão, não evidenciou benefícios. Acredita-se que o diferencial possa ser o flushing de soro fisiológico com pressão positiva periodicamente, antes e após a administração de medicamentos. Estrutura: Falta de disponibilidade dos melhores cateteres em tamanhos pediátricos obrigando a aquisição de marcas de cateteres com aprovação das normas técnicas, mas que não atingem a qualidade desejada. Essa aquisição implica também na inadequação de utilização do dispositivo de estabilização do PICC. Política: a existência de uma diretriz assistencial relacionada ao manejo do PICC validada somente na UTIP e não de modo Institucional. Esta falta é amenizada pela existência de um "grupo do PICC", constituído por enfermeiras capacitadas na inserção, manutenção e retirada do cateter. Pessoas: anotações que evidenciam uma percepção de não conformidades na adesão de padrões de prática; violação de procedimentos apesar do treinamento "On the job"; relativos ao comportamento do indivíduo, que pode estar relacionado à combinação entre habilidades e padrões de carga de trabalho. CONCLUSÃO: A aplicação da análise de causa raiz estrutura de forma impessoal e amplia o olhar diante fatores que causam os eventos adversos. Como continuidade do processo, pretende-se ampliar essa análise com um grupo multidisciplinar e de outras áreas para visualizar novas ações e diretrizes. Embora tenham sido apontadas fragilidades do cuidado, questões como ausência de eventos graves e de infecção relacionada a cateter são um sinalizador de boas práticas implantadas. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Esse estudo traz como ideia central um modelo a ser replicado por profissionais de saúde em quaisquer situações ou áreas que requeiram uma análise estruturada para o aperfeiçoamento da prática. Descritores: Cateteres, enfermagem pediátrica, cateterismo periférico Referências 1 - Centers for Disase Control and Prevention. Departament of Health and Human Services. Intravascular device - related infections preventions; guidelines availability: notice. Atlanta (GO): CDC; 2002. 2 - Pettit J, Wyckoff MM. Peripherally inserted central catheters: guideline for practice. 2 nd ed. [Internet]. Glenview: National Association of Neonatal Nurses; 2007 [cited 2013 jul 15]. Available from: HTTP://www.nann.org/pdf/PICCGuidelines.pdf 3 - Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009 Feb;21(1):18-26.

14553

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ERIKA ACIOLI GOMES PIMENTA

PERCEPÇÃO DE FAMILIARES ACERCA DO CUIDADO DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE-CRIANES

Pimenta, EAG; Lima, LS;

Conviver com a doença crônica-DC requer adaptação do indivíduo e sua família. A DC infantil gera um sofrimento que afeta também familiares, sobretudo quando a DC impõe à necessidade de realização de procedimentos considerados complexos, por serem rotineiramente realizados por profissionais de saúde. A família tem assumido a prática desse cuidado com a criança, o qual requer técnica e habilidade específica. OBJETIVOS: investigar a percepção dos cuidadores/familiares acerca da responsabilização pelo cuidado realizado no domicílio e conhecer estratégias de enfrentamento utilizadas pela família frente adversidades. Pesquisa exploratória, qualitativa, fundamentada nos pressupostos de Paulo Freire e nos construtos de competência e habilidade empregados na educação visando a importância do conhecimento dos familiares envolvidos no cuidado; a importância da autonomia para cuidar da criança, bem como a necessidade de assimilação/adaptação a ser apreendida pela família. RESULTADOS: A família assume o cuidado pouco instrumentalizada, mas realizam visando o bem-estar das CRIANES. O cuidado complexo torna-se naturalizado e as dificuldades apresentadas na prática são pouco ou não relatadas nas entrevistas. Configurando uma contradição entre teoria e prática. A família naturaliza um cuidado complexo e se adapta as necessidades de saúde da criança. Quando se vê frente a alguma dificuldade não encontra na rede serviços básicos que possam auxilia-las senão, o serviço terciário de referência para DC no estado. DESCRITORES: doença crônica, saúde da criança, educação em saúde. REZENDE JMM, Cabral IE. As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde. Rev Pesq Cuid Fundam. out-dez 2010;2(Ed. Supl.):22-5. Flores JC, Carrillo D, Karzulovic L, Cerda J, Araya G, Matus MS, Llévenes G, Menchaca G, Vargas NA. [Children with special health care needs: prevalence in a pediatric hospital and associated risks]. Rev Med Chil. 2012 Apr;140(4):458-65.

14120

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ERIKA ACIOLI GOMES PIMENTA

IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA CRÔNICA INFANTIL PARA A FAMÍLIA E DESDOBRAMENTOS DO COTIDIANO FAMILIAR

Pimenta, EAG; Lima, LS; Soares, CCD;

A criança com doença crônica necessita de cuidados com o corpo, alimentação, aprendizagem, lazer e saúde. O enfrentamento do diagnóstico da DC na infância, bem como as adaptações advindas dessa condição impõe à família a necessidade de assumir um cuidado complexo no cotidiano domiciliar, exigindo dessa aquisição de competências e habilidades as quais não fazem parte da sua rotina. Frente a esta realidade esta pesquisa teve o objetivo de conhecer o impacto do diagnóstico da doença crônica na criança para a família e seus desdobramentos no cotidiano do cuidado domiciliar. Pesquisa qualitativa, com entrevista semiestruturada, gravada, após assinatura do TCLE, aprovada pela CAAE: 00955112.6.0000.5183. Pesquisa realizada com pais/cuidadores de crianças que demandam cuidados domiciliares complexos. Participaram da pesquisa 14 familiares de 13 crianças. A análise dos dados foi pautada pela na análise de conteúdo proposta por Minayo. Após a análise emergiram duas categorias: Cronicidade: impacto sobre a criança e a família, o medo do desconhecido e Busca pela resiliência: o lidar com as necessidades especiais de saúde da criança. Os dados empíricos apontam que as dificuldades da família frente ao diagnóstico e a adaptação às demandas de cuidado advindas da DC causam impacto e sofrimento aos familiares. Entretanto, a família busca encontrar estratégias de enfrentamento positivas e realizam o cuidado cotidiano, embora o reconheçam como complexo realiza com naturalidade, todavia, deveras humanizado e amoroso. Sobremaneira os familiares relatam que a instrumentalização e o diálogo no preparo para a alta hospitalar são frágeis senão inexistentes. Pautado por estas reflexões, defende-se a escuta qualificada, o diálogo interativo e a comunicação terapêutica com uma linguagem acessível diálogo como ações cotidianas da relação família/cuidadora e equipe multiprofissional de saúde, na perspectiva de instrumentalizar a família para a realidade do cuidado domiciliar

14355

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ERIKA ACIOLI GOMES PIMENTA

PERCEPÇÃO DE FAMILIARES ACERCA DO CUIDADO DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE-CRIANES

Pimenta, EAG; Lima, LS;

Conviver com a doença crônica-DC é um processo que requer adaptação do indivíduo e de sua família, sobretudo quando a doença impõe necessidades de cuidados domiciliares. A DC infantil é uma difícil situação enfrentada pela família, tendo em vista que o sofrimento da criança afeta também familiares, sobretudo quando a DC impõe à necessidade de realização de procedimentos e cuidados a saúde cotidianos e que são considerados complexos, por serem rotineiramente realizados por profissionais especializados no trabalho em saúde. No Brasil, são denominadas crianças com necessidades especiais de saúde- CRIANES. Para minimizar as mudanças advindas dessa responsabilidade, muitas famílias assumem a prática desse cuidado com a criança, o qual requer técnica e habilidade específica. Objetivos: investigar a percepção dos cuidadores/familiares acerca da responsabilização pelo cuidado complexo realizado no domicílio e conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas durante a execução das atividades técnicas realizadas com as crianças. Foi realizada uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa, fundamentada nos pressupostos de Paulo Freire, no referencial teórico-metodológico da Educação Popular e nos construtos de competência e habilidade empregados na educação tendo em vista a importância do conhecimento dos familiares envolvidos no cuidado, a importância da autonomia para cuidar da criança, bem como a necessidade de assimilação/adaptação a ser apreendida pela família nesse contexto de cuidado. A pesquisa aponta que a família assume o cuidado pouco instrumentalizada pelos profissionais, mas o realizam visando o bem-estar das CRIANES. O cuidado complexo torna-se naturalizado e as dificuldades apresentadas na prática são pouco ou não relatadas nas entrevistas. Configurando uma contradição entre teoria e prática. A família naturaliza um cuidado complexo e se adapta as necessidades de saúde da criança. Quando se vê frente a alguma dificuldade não encontra na rede serviços básicos que possam auxilia-las senão, o serviço terciário de referência para DC no estado.

14124

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ERNANI BOHRER DA ROSA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO TRAUMA INFANTIL, A REALIDADE DE ATENDIMENTOS DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA.

Bohrer, ER; Canabarro, ST; Viegas, K;

Introdução: O trauma continua sendo uma das causas mais frequentes de morte e invalidez na infância. 1 e quando relacionado às causas externas como quedas, acidentes com objetos inanimados, plantas tóxicas, animais peçonhentos e corpos estranhos são exemplos de situações de atendimento em uma unidade de emergência. 2 Objetivos: Identificar o perfil epidemiológico de trauma em crianças e adolescentes de zero a 14 anos atendidas em uma emergência de um hospital público, relacionando as situações de vulnerabilidade em que esta criança se encontrava. Métodos: Estudo transversal e retrospectivo. O estudo será realizado com os dados de boletins de atendimento da emergência do Hospital Cristo Redentor (HCR), Porto Alegre-RS, das crianças e adolescentes de zero a 14 anos incompletos, atendidas na emergência desse hospital, por qualquer tipo de trauma. Resultados: Espera-se identificar o perfil epidemiológico do trauma infantil e com isso realizar medidas de prevenção a estes agravos na infância. Conclusões: Estudos como este são indispensáveis para a criação de manuais, normas e protocolos institucionais, pois relatam a realidade dos estabelecimentos de saúde. Implicações para a enfermagem: Acredita-se que ao ter o conhecimento a respeito do perfil epidemiológico de crianças atendidas em uma unidade de emergência por trauma infantil pode-se contribuir na tomada de decisões a respeito de organização, funcionamento e processos de trabalho da enfermagem nos serviços de emergência. Descritores: Enfermagem, Trauma, Infância e Emergência. Referências 1 Rotta AT. Trauma pediátrico In: Nasi L A e cols Rotinas em Pronto-Socorro. Artmed. 2005. 2 Martins CBG. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. Rev. bras. enferm. 2006 June. Brasília, v. 59, n. 3.

14333

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ESTER LEONARDO DA ROCHA

VALIDAÇÃO DA PEDSQL? MULTIDIMENSIONAL FATIGUE SCALE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS COM CÂNCER: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS INICIAIS.

Rocha, ELR; Nunes, MDRN; Bomfim, EOB; Floria-Santos, MF; Nascimento, LCN; Lima, RAGL;

O cansaço é um sintoma altamente prevalente em pacientes com câncer nas diversas fases de seu tratamento e estudos com avaliações em crianças brasileiras são escassos. Assim, o objetivo do presente estudo foi examinar as propriedades psicométricas iniciais da PedsQL? Multidimensional Fatigue Scale para o português do Brasil, usando as versões do auto-relato das crianças e adolescentes (5-7 , 8-12 e 13-18 anos) e relato dos responsáveis. Estudo realizado com 79 participantes de 5 a 18 anos e seus responsáveis. A fidedignidade foi verificada segundo coeficiente alfa de Cronbach e a concordância entre as respostas self e proxy foi mensurada segundo Coeficiente de Correlação Intra Classe. Todos os participantes relataram que o instrumento era fácil (84.8%) ou muito fácil de ser respondido (82.3%). A mediana de tempo para o preenchimento foi de 5 minutos para ambas as versões. Os escores encontrados foram: fadiga geral para pacientes (73.3 ? 20.9) e responsáveis (66.2 ? 21.5); fadiga com relação ao sono e repouso para pacientes (60.4 ? 18.9) e responsáveis (63.3?22.9) e fadiga mental para pacientes (66.4 ? 25.1) e responsáveis (71.5 ? 22.4). O Alfa de Cronbach para todos os domínios, para crianças, adolescentes e responsáveis, variou entre 0.77 e 0.90, com exceção do domínio fadiga relacionada ao sono e repouso em crianças e adolescentes (0.52). O instrumento tem sido bem aceito e considerado de fácil entendimento, apresenta valores iniciais de consistência interna aceitáveis, indicando que o instrumento pode ser válido e confiável. Câncer, PedsQL Escala Multidimensional do Cansaço, Enfermagem pediatrica.Varni, JW; Burwinkle, TM; Katz, ER; et al. The PedsQL (TM) in pediatric cancer - Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory (TM) Generic Core Scales, Multidimensional Fatigue Scale, and Cancer Module CANCER, 94 (7): 2090-2106, APR 1 2002.

14332

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ESTER LEONARDO DA ROCHA

PUERICULTURA: CARACTERIZAÇÃO DAS CONSULTAS REALIZADAS POR ENFERMEIRAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

Almeida, ALDA; Rocha, ELR; Sant'Anna, FLS; Sorgi, GMFS; BRONDANI, KJMB; Silva, SSS;

O instrumento mais utilizado para o monitoramento da saúde das crianças é o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou Puericultura. Tem a finalidade de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, observar a cobertura vacinal, estimular o aleitamento materno exclusivo, orientar a alimentação complementar e prevenir as doenças no primeiro ano de vida. O estudo teve o objetivo de caracterizar o perfil das consultas de puericultura realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estudo quantitativo descritivo realizado com oito enfermeiras de diferentes UBS do município de Londrina, no ano de 2009. Nas UBS1, UBS2, UBS4, UBS7 e UBS8 as crianças realizaram apenas a primeira consulta de puericultura com a enfermeira da unidade. Já nas UBS3 e UBS6 as crianças foram consultadas duas vezes pela enfermeira, sendo a primeira consulta logo ao nascer e com 30 dias de vida. Na UBS5 foram realizados dois atendimentos às crianças pela enfermeira - primeira consulta e no sexto mês de vida da criança. Os resultados apontam que as enfermeiras realizam sempre a primeira consulta, tornando-se uma tática de aproximação com o cliente. O processo de acompanhamento das crianças, embora siga um protocolo municipal, ainda é falho. A assistência em puericultura é fundamental para a prevenção de diversas doenças, pois sabemos que durante os primeiros anos de vida a criança esta mais suscetível a desenvolver agravos. Descritores: Puericultura, Atenção básica, Saúde da criança. Leite GB, Bercini LO. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do PSF do Município de Campo Mourão. Ciência, cuidado e saúde. Maringá, v. 4, n. 3, p. 224-230, set./dez. 2005.

14132

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

EVELYNE DE LOURDES NEVES DE OLIVEIRA

ABORDAGEM EDUCATIVA PARA AS MÃES SOBRE IMUNIZAÇÃO DAS CRIANÇAS NO ÂMBITO DA SALA DE VACINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Oliveira, ELN; Silva, JC; Oliveira, SM; Occhiuzzo, ARS;

INTRODUÇÃO: A imunização de crianças tornou-se uma ação de grande efetividade com resultados expressivos na diminuição na morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. Com a crescente utilização de vacinas têm-se reduzido substancialmente a incidência de doenças tais como a Poliomielite, Sarampo, Difteria, Coqueluche, Tétano, Rubéola, infecção por Haemophilus influenzae, dentre outras. O Brasil, após a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no ano de 1973 evoluiu bastante neste sentido facilitando o acesso da população às vacinas concedidas na atenção primária à saúde. Para que a população seja devidamente vacinada o PNI disponibiliza várias vacinas em todo o ciclo de vida, tendo, portanto, calendários específicos para cada faixa etária (criança, adolescente, idoso). Diversas estratégias desde então foram planejadas visando uma cobertura vacinal adequada no país promovida através de ações institucionais conjugadas e organizadas pelo setor público em diversos níveis[1]. É responsabilidade da equipe de enfermagem acolher as crianças que chegam à sala, vacinando-as conforme as técnicas e normas do PNI e orientando os responsáveis pelas crianças sobre a importância da vacinação, as contra indicações e reações adversas. A enfermagem representa um papel primordial nesse contexto, porque além das competências técnicas e gerenciais da sala de vacina, o acolhimento às mães e/ou cuidadores e as orientações pertinentes quanto as possíveis contraindicações, reações adversas pós-vacinais e aprazamento na caderneta da criança são fundamentais, configurando-se como uma abordagem educativa, preventiva e de criação de vínculo destes usuários[2]. OBJETIVO: Relatar a experiência vivenciada por acadêmicas do Curso de Enfermagem da UFPB sobre a abordagem educativa para as mães acerca da imunização das crianças em salas de vacina. METODOLOGIA: Tal estudo consiste em um relato de experiência vivenciado nas salas de vacinas de um Hospital Universitário e de uma Unidade Básica de Saúde localizada na capital paraibana, oportunizado através de estágios teórico-práticos da disciplina Enfermagem em Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente I. As atividades que integraram o cronograma da disciplina foram realizadas durante o período de Maio a Junho de 2013. Aulas teóricas foram ministradas anteriormente aos estágios com o intuito de alicerçar conhecimentos importantes para o norteamento e reflexão das acadêmicas acerca da responsabilidade da enfermagem quanto às competências técnicas e administrativas referentes à imunização e a sala de vacina, bem como o acolhimento aos usuários. No cenário de prática, os alunos foram divididos em pequenos grupos compostos por oito pessoas onde, sob a supervisão de enfermeiras docentes da disciplina, atenderam a comunidade em geral, sendo a demanda maior de crianças no primeiro ano de vida, visto que é o foco da estágio. O embasamento teórico utilizado consistiu em uma revisão de literatura de documentos online hospedados na base de dados BVS e SciELO, bem como literatura impressa. RESULTADOS: A partir da realização das atividades na sala de vacina, as acadêmicas realizaram o acolhimento das mães juntamente com sua criança, sendo solicitado, inicialmente, o cartão de vacina da criança, para verificação de qual vacina esta receberia naquele dia. O cartão de vacina é um documento onde comprova a imunização da criança e também mostra quais vacinas estão faltando em caso de atraso, por isso sua apresentação no momento da vacinação é primordial. Evidencia-se a postura ética profissional, visto que por se tratar de estudantes, de certo modo, para algumas mães este fato gera medo e insegurança. É importante nesse primeiro momento considerarmos a noção de vínculo pelo compromisso e responsabilidade, promovendo a assistência em

consonância com a integralidade do indivíduo. Optou-se por realizar as orientações às mães anteriormente à aplicação das vacinas nas crianças, devido à dor que na maioria das vezes causa, fazendo com que estas chorem dispersando as mães para as orientações. Individualmente ressaltou-se a importância de manter as vacinas das crianças atualizadas, explicação sobre quais doenças aquelas garantem a prevenção em seus filhos, as possíveis reações pós-vacinais que podem vir a ocorrer, os cuidados específicos com a cicatriz da vacina BCG, o aprazamento das próximas vacinas registradas na caderneta de vacina da criança para evitar o esquecimento, a forma correta do uso de antitérmicos para as possíveis reações febris, bem como a importância da realização de compressas frias nas aplicações intramusculares, a fim de minimizar dores e edemas que surgem no local de aplicação. As mães demonstram grande interesse sobre o assunto, são ávidas por informações, perguntam e também relatam suas vivências permitindo assim um diálogo informal com o profissional. Orientar é uma ação importante no que diz respeito à melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Recebendo orientações do profissional de enfermagem sobre a finalidade da vacina, possíveis efeitos adversos e cuidados pós-vacinais, a mãe torna-se melhor preparada para atender a criança em caso de intercorrências[3]. CONCLUSÃO: A descrição deste relato de experiência nos permitiu compreender a importância da busca do conhecimento durante a prática, possibilitando uma conciliação teórico-prática, facilitando assim o processo de ensino/aprendizagem. Esta prática se mostra de grande relevância, uma vez que proporciona a troca conhecimentos, de experiências e esclarecimento das dúvidas, pois como futuros profissionais, seremos responsáveis por educação em saúde da comunidade, capacitação e supervisão de outros profissionais. Verifica-se a mecanicidade das atividades nas salas de vacina, onde muitas vezes mantem o foco apenas na técnica em si, ignorando as particularidades dos usuários. Esperamos contribuir com a disseminação de informações relevantes, transformando e reconstruindo saberes, através da identificação das necessidades de cada criança e mãe assistidas, melhorando a qualidade do serviço prestado. A educação em saúde revela um amplo espaço de atuação nas áreas de ensino, pesquisa e extensão. DESCRITORES: Saúde da Criança. Imunização. Saúde Coletiva. REFERÊNCIAS [1] MIRANDA, A. S. de; SCHEIBEL, I. M.; TAVARES, M. R. G.; TAKEDA, S. M. P. Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida. Rev. Saúde Pública. v.29, n.3, p. 208-214, 1995. [2]MUNIZ, S. V.; SILVA, F. S.; MARTINI, A. C. Acolhimento do usuário de sala de vacinas. CIPPUS - REVISTA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO UNILASALLE. v. 1 n. 1 p. 92-103, Mai 2012. [3]FEITOSA, L. R.; FEITOSA, J.A. ; CORIOLANO, M. W. L. Conhecimentos e práticas do auxiliar de enfermagem em sala de imunização. Cogitare Enfermagem. v. 15, n. 4, p. 695-701, 2010.

14228

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FABIANA DOS SANTOS RODRIGUES COIMBRA

CONSTRUINDO O OLHAR DAS ENFERMEIRAS SOBRE O PROTAGONISMO DAS CRIANÇAS NO PROCESSO DE CUIDADO NA CRECHE.

Coimbra, FSR; Santos, TM; Clemente, DRS; Barros, EM; Cazarim, PD; Maranhão, DG;

Tatiane Melo dos Santos[1] Fabiana dos Santos Rodrigues Coimbra[2] (relatora) Débora Renata da Silva Clemente[3] Elaine Mattos de Barros? Priscila Domingues Cazarim5 Damaris Gomes Maranhão (orientadora)6 Resumo O Centro de Formação Profissional e Educacional - CEDUC é uma organização especializada na gestão de creches mantidas por empresas privadas em diversos municípios para atender os filhos dos seus trabalhadores. A rotina das crianças nas creches alterna cuidados com o conforto, o bem estar, a segurança, a alimentação e o repouso da criança com brincadeiras livres e propostas educativas intencionais em espaços previamente organizados. O CEDUC tem como diretriz básica o reconhecimento das competências das crianças de acordo com o processo de desenvolvimento humano real e potencial. A organização das unidades e a formação continuada dos profissionais buscam construir e manter uma prática que oportunize o protagonismo de cada criança na rotina cotidiana. Ser protagonista significa ser o personagem principal, ser ativo no processo de cuidado de si mesmo, nas brincadeiras e intervenções pedagógicas. Compete aos profissionais além de realizar procedimentos seguros para o bem estar de todos, possibilitar a interação entre as crianças e adultos, por meio das diversas linguagens, organizar o ambiente e ter atitudes que possibilitem o protagonismo da criança. O CEDUC inclui enfermeiros em sua equipe multidisciplinar visando a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Para aprimorar a formação dos enfermeiros e outros profissionais da equipe de cada creche foi realizado este trabalho que contribuiu com as reflexões da equipe de cada unidade sobre os elementos facilitadores ou dificultadores no desenvolvimento do protagonismo das crianças no cuidado de si, do outro e do ambiente. Objetivos: Descrever os elementos facilitadores e/ou dificultadores do processo de construção do protagonismo da criança no cuidado de si, do outro e do ambiente. Metodologia: Estudo observacional e de análise de filmografia que documentam o processo de cuidado da criança na creche. O campo de estudo foram cinco creches de empresas privadas situadas no Estado de São Paulo. A observação, captação e seleção de imagens ocorreram no período de Março à Abril de 2013, a partir de alguns indicadores estabelecidos previamente pelo grupo de enfermeiras: a organização do espaço e das condições deste para a participação da criança; a interação entre educador e crianças observável pela troca de olhares, mímicas, gestos, entonação da voz e palavras; o ritmo do processo de cuidado articulado com outras ações cotidianas; a presença de comportamentos, jogos simbólicos e/ou brincadeiras espontâneas das crianças que evidenciassem que elas imitavam ou reproduziam conhecimentos sobre o cuidado de si, do outro e do ambiente. As cenas foram captadas, analisadas e descritas pelas enfermeiras de cinco unidades, buscando-se identificar atitudes e procedimentos facilitadores e dificultadores do protagonismo das crianças.Resultados: Na cena 1, o educador alimenta a criança oferecendo papa na colher e comunicando-se afetivamente com ela pela expressão facial, às vezes contendo as mãos do bebê para que ele não alcance a colher ou o prato. Estas atitudes de contenção é um elemento dificultador do protagonismo da criança e que parece decorrente da preocupação com a ingestão de todo alimento por ela em um tempo e espaço mantido em ordem para alimentar posteriormente outras crianças. Outro aspecto seria a concepção de cuidado e de educação do educador, que pode valorizar mais alguns comportamentos da criança (comer tudo) do que outros (explorar os alimentos, manusear os objetos). Um fator facilitador que foi sugerido na reflexão com este educador, seria a oferta de uma pequena porção de alimento na mão da criança para que

esta o explorasse ou o levasse a boca, o que implicaria em tolerar alguma "sujeira". Na cena 2, de um banho de bebê, observa-se seu protagonismo mediado pelos cuidados do educador, em um jogo de alternância de gestos e ações entre a criança e o adulto. Segundo Wallon, os primeiros gestos que são úteis a criança, não são gestos que lhe permitirão apropriar-se dos objetos do mundo exterior ou evitá-los, são gestos dirigidos as pessoas, são gestos de expressão. E isto é muito importante, porque a humanidade é precisamente constituída por grupos onde os indivíduos têm comuns ritos, tradições, uma linguagem que lhes permite colaborar entre si tendo em vista dominar o mundo exterior, mas em primeiro lugar precisaram se apoiar uns nos outros, a fim de se auxiliarem mutuamente a subsistir (Wallon, 1979). Na cena 3, duas meninas de um ano e meio brincam com suas bonecas e observa-se que uma dela parece avaliar e ter noções de tamanho e volume ao tentar encaixar sua boneca ao lado da outra. Repete a ação vivenciada na creche ou em casa, ao cuidar da boneca, seja para acalentá-la ou alimentá-la, substituir um cuidado por outro na possibilidade da situação. Ao levar a mamadeira na boca da boneca, relaciona função dos objetos e partes do corpo. A educadora, pela mediação possibilitada pela presença discreta e observação atenta da brincadeira intervêm pontualmente com palavras para evitar um conflito entre as duas crianças que por instantes disputam o mesmo espaço e bonecas. Na cena 4, de alimentação de um grupo de crianças no refeitório, a entonação da voz, os comandos e ação do educador e a organização do ambiente facilitaram a participação das crianças. Um elemento dificultador pode ter sido o fato das travessas de alimentos não estarem dispostas na mesa e o educador manter-se em pé. Na cena 5, de lavagem de mãos de um grupo de crianças entre 2 e 4 anos, os elementos facilitadores do protagonismo das crianças, como nas outras cenas, foram a organização e a infra-estrutura do ambiente e a mediação da educadora. Entretanto a educadora parece não perceber quando um dos meninos diz para o outro, tentando convencê-lo a esfregar as mãos na parte lateral da mesma: "-Aqui também tem que passar, aqui também fede!", o que revela que ele construiu temporariamente um conceito de "sujidade da mão" associado ao "odor", e que poderia ser explorado por ela, neste ou em outro momento. Evidencia também como as crianças ensinam e orientam seus pares. É possível que os educadores, ocupados em manter a segurança e bem estar das crianças, nem sempre consigam perceber toda a riqueza de interações e aprendizagens oportunizadas nos momentos de cuidado das mesmas. Mas isto não significa que as crianças deixem de aprender ou de aprender a cuidar de si, do outro e do ambiente, nestes momentos. Considerações finais: A observação e analise do protagonismo das crianças no processo de cuidado possibilitou às enfermeiras a ampliação da sua ação na unidade com vistas a integrar o processo de cuidar/educar. Possibilitou também a vivencia de uma estratégia formativa que poderá ser aprimorada para ser empregada na formação inicial e continuada dos educadores do CEDUC para o cuidado das crianças, substituindo a antiga abordagem que privilegiava apenas os procedimentos, com ênfase na higiene e prevenção de infecções, em detrimento do processo de cuidado e educação em sua integralidade.

14219

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FABIANA LUCIA PASSOS MARQUES

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM LESÕES CAUSADAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Marques, FLP; Jesus, R; Chagas, FP; Antunes, CF;

Introdução: O Staphylococcus aureus (S. aureus) é uma bactéria gram-positiva que produz doença invasiva e toxicogênica. A Síndrome do Choque Tóxico Estafilocócico é uma das complicações, responsável por hipotensão, comprometimento de órgãos e fasciíte necrotizante. Objetivo: Descrever o histórico da internação do paciente e relatar a atuação da equipe de enfermagem na evolução das lesões causadas por S.aureus. Metodologia: Estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado na UTI pediátrica de um Hospital Universitário de São Paulo. A coleta de dados foi realizada após responsável assinar termo de consentimento livre e esclarecido. Foram obtidas informações do prontuário e realizado registro fotográfico das lesões. Resultados: Paciente L.O.F, nove anos, sexo masculino, admitido na UTI pediátrica, com história de queda. O diagnóstico inicial foi choque séptico, que evoluiu com aparecimento de vesículas em membros e drenagem de exsudato piosanguinolento. Em cultura de lesões foi isolado Staphylococcus aureus, confirmando miosite difusa com coleções intramusculares. Realizou-se três desbridamentos cirúrgicos com fasciotomia, perda muscular e evidenciado osteomielite. Após estes procedimentos, permaneceu tecido muscular exposto, iniciou-se limpeza com soro e desbridamento mecânico com retirada de fibrina, aplicação de hidrofibra de prata e troca periódica. Observou-se diminuição do exsudato e aumento progressivo de tecido viável. Conclusão: As lesões provocadas pelo S aureus, levou a equipe de enfermagem à busca de conhecimento científico sobre o tema, o que proporcionou uma assistência de qualidade e a melhoria na evolução das lesões. Implicações para enfermagem: A importância do conhecimento da equipe de enfermagem sobre feridas causadas por S. aureus para promover um plano de cuidados voltados para prevenção e melhoria das lesões. Referência: Pina C, Carvalho I, Teixeira M, Rodrigues G. Síndrome de Choque Toxico Estafilococico. ArquiMed. 2009; 23(1):10-2. Descritores: Cuidados de enfermagem; Fasciite Necrosante; Staphylococcus aureus

14489

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FABIANE DO AMARAL GUBERT

ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA COM CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES:APLICAÇÃO DO MODELO ROPER, LOGAN, TIERNEY

Gubert, FA; Brito, LLMS; Pinheiro, MTM; Santos, DAS; Ribeiro, CPS; Martins, MC;

A assistência à criança se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde, tornando-se essencial as consultas de puericultura para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Para organizar o processo de trabalho em puericultura deve-se utilizar de protocolos em saúde, os quais são considerados tecnologias que funcionam como ferramentas para o enfrentamento de problemas na assistência e na gestão dos serviços. Desse modo, a experiencia em um serviço universitário propiciou a construção de um protocolo, baseado nas necessidades da comunidade assistida. Objetivo: Descrever o processo de construção de um protocolo para consulta de enfermagem em puericultura com crianças de 0 a 12 meses. Metodologia: Trata-se de estudo metodologico, baseado na metodologia de Werneck (2011)realizado no período de setembro de 2012 a agosto de 2013. O material foi elaborado a partir de uma revisão de literatura em base de dados na área de enfermagem (Cinahl, Lilacs, Pubmed) e materiais de orgãos nacionais (Cofen, Corens, Ministério da Saúde). Resultados: O protocolo foi organizado segundo o Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney que apresenta 12 atividades de vida (ALs) que categorizam o viver do indivíduo, a saber: Manter um ambiente seguro; Comunicar; Respirar; Comer e beber; Eliminar; Cuidar da higiene pessoal e vestir-se; Controlar a temperatura do corpo; Mobilizar-se; Trabalhar e distrair-se; Exprimir sexualidade; Dormir; Morrer. Em cada atividade são estabelecidas as principais orientações e condutas de enfermagem. Após o protocolo foi validado por 12 enfermeiros especialistas na área. Conclusão: O uso do protocolo durante as consultas de puericultura orienta de forma sistematizada o cuidado, organizando o serviço e favorecendo na melhoria da qualidade de vida das crianças.

14250

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FABIANE DO AMARAL GUBERT

PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL UNIVERSITÁRIO

Gubert, FAG; Santos, DAS; Brito, LLMS; Pinheiro, MTM;

O leite materno contém todos os nutrientes essenciais ao crescimento e desenvolvimento da criança, anticorpos, água, é isento de contaminação e perfeitamente adaptado ao metabolismo do bebê, considerado fator de proteção ao desenvolvimento de alergia e obesidade na vida adulta, entre outros inúmeros benefícios. Ele deve ser o alimento exclusivo até os seis primeiros meses da vida. Objetivo: Avaliar a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em crianças de 0 a 6 meses atendidas em uma Unidade de Cuidados de Enfermagem. Metodologia: Estudo descritivo, realizado em Fortaleza-CE, por meio da análise de 220 prontuários de crianças de 0 a 6 meses da UCE. Foram analisados dados da alimentação durante as suas quatro primeiras consultas de puericultura no período de Jun/Dez de 2012. Resultados: Na primeira consulta dos 220 prontuários analisados, 100 crianças estavam em AME o que representa 45,45%. Na segunda consulta, 171 crianças compareceram a consulta das quais 83 permaneciam em AME (36,84%). Na terceira consulta, 132 crianças foram consultadas e 38 permaneciam em AME (28,79%). Na quarta consulta, 102 crianças compareceram as consultas, sendo que apenas 14 crianças permaneceram em AME (13,72%). Conclusão: Na primeira e segunda consulta o percentual de crianças em AME foi superior ao valor médio relativo do total de crianças atendidas nas quatro consultas (35,59%). Apesar disso, na terceira e quarta consultas, esse percentual teve valor inferior, observando-se a não adesão das mães na amamentação exclusiva no decorrer das consultas. Deve-se incentivar o Deve-se haver uma abordagem mais efetiva do enfermeiro a fim de manter o AME durante os primeiros meses de vida. Contribuições de Enfermagem: Durante as consultas de puericultura, a Enfermagem tem um papel essencial na orientação das mães quanto à importância do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida do lactente. Descritores: Aleitamento Materno; Cuidado da criança.

14381

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FERNANDA DE LIMA MOTTA MESSIAS

AS DIFICULDADES NO CUIDADO À CRIANÇA COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 NA VISÃO DAS MÃES:CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Messias, FLM; Souza, TV;

Introdução:O diabetes mellitus tem se tornado um sério e crescente problema de saúde pública devido ao aumento de sua prevalência, morbidade e mortalidade. Segundo recente estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi estimado que até 2030 o número de indivíduos com diabetes será de aproximadamente 366 milhões.[1] O Diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença crônica podendo acometer diferentes faixas etárias sendo mais comumente diagnosticada em crianças, adolescentes e adultos jovens. Corresponde a cerca de 5-10% dos casos de diabetes.[1] Mesmo considerando a disponibilidade de terapêuticas efetivas, é ainda preciso compreender o quão penoso torna-se o tratamento para os portadores, famílias e sociedade, pois o diabetes tipo 1 freqüentemente progride com seqüelas, tais como: amputação, cegueira, nefropatia e retinopatia, comprometendo a qualidade de vida da pessoa.[1] A descoberta de uma doença crônica na infância proporciona um grande impacto nas famílias dessas crianças, tendo a mãe um destaque especial pois são elas que estão mais próximas dos cuidados de seus filhos e são mais participativas quanto as atividades diárias de seus filhos. Dessa forma, é possível perceber o quão são importantes as orientações dadas pelos profissionais de saúde a esses familiares. A maior parte da literatura sobre o impacto da doença crônica na infância tem dado ênfase à figura materna na relação com filho doente. Isto se justifica, pelo fato de que as mães estão mais envolvidas no cuidado diário dos filhos, o que as torna sensíveis à doença e aos seus efeitos, levando-as a perceber as conseqüências sobre os outros membros da família. Outras razões também são apontadas: em geral são as mães que levam os filhos ao consultório médico, fazem observações e participam dos grupos de pais, e, portanto constituem, elas mesmas, uma rica fonte de dados.[1] O apoio da família é muito importante e determinante para o sucesso do tratamento e desse modo é essencial que esta receba todas as informações e orientações sobre a doença para que sejam bem compreendidas e assim possa acolher apoiar e participar dos cuidados e tratamento da criança,visto que os pais enfrentam muitos problemas no manejo do DM1.2,3,4 Objetivos: Fazer o levantamento de artigos científicos produzidos pela enfermagem com abordagem no cuidado da família à criança com DM1. Metodologia: Este estudo é parte do Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em saúde da criança e do adolescente. A busca foi feita nos bancos de dados LILACS, SCIELO e BDENF durante o mês de junho de 2013 e o recorte temporal foi de 1994 à 2013, determinado pela busca eletrônica. Foram utilizados os descritores: Diabetes mellitus tipo 1, Família e Criança. Para seleção dos estudos foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estudos e artigos de pesquisa com texto na íntegra, estudos e artigos pertinentes ao familiar ou mãe do escolar portador de diabetes mellitus tipo 1.Os critérios de exclusão utilizados foram: estudos de reflexão, relatos de experiência e revisão sistemática. O resultado inicial da busca foi de 30 artigos. Após a leitura dos seus resumos e utilizando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 08 estudos. Resultados: Os estudos trazem a associação de cuidados relacionados à dificuldade de reorganização alimentar da dieta da família, principalmente quanto à participação no convívio social da criança, levando a baixa adesão ao tratamento.2,3,4 A pouca motivação para a prática de exercícios físicos das crianças é outra dificuldade encontrada pelas mães,que pode ser justificado pela falta de conhecimento sobre sua importância, devendo ser valorizado pelos profissionais de saúde pois é um dos pilares para o tratamento eficaz do diabetes.3,4 O manuseio e a administração dos materiais para insulinização também são encontrados como dificuldades pelas mães, sendo necessário um

acompanhamento contínuo do Enfermeiro para orientar e ensinar as técnicas corretas e revisar seus conhecimentos.2,3 A insegurança das mães quanto a adaptação da criança com DM1 na escola também é um problema visto que os professores não possuem conhecimento sobre os sinais e sintomas de hipoglicemia o que pode levar a um prejuízo na alfabetização dessas crianças.É necessário então a formação de comunicação entre a rede de saúde e a escola de forma a criar estratégias para o treinamento desses professores.2,3,4 Conclusão: Foi possível concluir que as mães e os familiares das crianças com DM1 possuem dificuldades voltadas para a manutenção e controle da doença e que é de grande importância a atuação dos profissionais de saúde no acompanhamento destas crianças e suas famílias para que possam reconhecer as dificuldades que as mães enfrentam quanto aos cuidados com seus filhos e promovam estratégias para facilitar a compreensão da doença e seu manejo como a realização de grupos de educação em diabetes, a realização de consultas intensificando a educação e o treinamento quanto aos materiais e aparelhos utilizados para medição e aplicação de insulina,orientações quanto a uma dieta saudável com baixa ingestão de gorduras e açúcares e aumento de alimentos com fibras e carboidratos através de refeições regulares e fracionadas, esclarecer quanto à importância da atividade física para o controle metabólico e aumento da auto-estima da criança, a formação do vínculo entre o profissional e as mães para que se forme uma rede de apoio e confiança importantes para que elas possam lidar com a doença de seus filhos e obter mais segurança quanto aos cuidados e manutenção do tratamento.É necessário também verificar a possibilidade do Enfermeiro realizar cursos sobre o diabetes e de primeiros socorros nas escolas esclarecendo as dúvidas dos professores e como eles devem proceder em caso de emergência, minimizando a tensão dos pais e familiares. Implicações para a Enfermagem: A realização deste estudo possibilitará um melhor direcionamento e atuação dos profissionais de saúde para um atendimento eficaz as crianças com DM1 e suas famílias, pois é a partir do conhecimento das dificuldades encontradas pelas mães no cuidado e tratamento da doença que possibilitará ao Enfermeiro encontrar novas estratégias para uma assistência mais efetiva visando o equilíbrio metabólico e emocional da criança e seus familiares. Referências: 1. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica - n.º 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília - DF, 2006. 2. ZANETTI, M.L, MENDES,IA.C. Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescente com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. Revista Latino-am Enfermagem 2001 novembro-dezembro; 9(6):25-30. 3. ZANETTI,M.L; MENDES,M.L;COSTA,I.A.O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticas tipo 1. Rev. Latino americana enfermagem;9(4):32-36,2001.Acesso:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200100040006. 4. PARO,J.D;VIEIRA,M.R.R.Avaliação da assistência em domicílio à criança portadora de diabetes mellitus tipo i. Arq Ciênc Saúde 2006 jul-set;13(3):XX-XX. http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-3/ID%20147.pdf

14468

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FERNANDA GUIMARÃES NEVES

QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NAS EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Neves, FG; Magalhães, BSSB; Moraes, JRMM;

Estudo objetivou analisar as publicações acerca da qualidade do cuidado de enfermagem prestado a crianças em situações de emergência. Foi desenvolvido através de revisão integrativa de literatura, realizada nas bases LILACS, MEDLINE, CINAHL e a biblioteca virtual SciELO, nos meses de maio e junho de 2013. Os descritores utilizados foram: pediatria, família, enfermagem em emergência, conjugados em pares. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, disponíveis on-line de acesso livre e na íntegra e que contemplem o objetivo do estudo. Foram localizadas 196 publicações e através da leitura exaustiva do título e resumo, foram selecionadas 11, por possuírem maior aproximação com a temática e atenderem ao objetivo do estudo. A organização do material deu origem a duas unidades temáticas: Humanização no cuidado a crianças em situação de emergência e Cuidados de enfermagem nas necessidades físicas e emocionais das crianças em situação de emergência. Os resultados apontaram que para a humanização no contexto da emergência pediátrica é recomendável treinamento técnico e científico e educação continuada voltada para o autoconhecimento dos profissionais de enfermagem, pois trabalhar neste setor exige domínio das próprias emoções e conhecimento dos seus limites e possibilidades. A família é fundamental durante o atendimento de emergência da criança e pode ser uma aliada no processo terapêutico implementado pela enfermagem, como um grupo a ser instrumentalizado para o cuidar. Conclui-se que: estratégias como a escuta compreensiva, a comunicação verbal e não verbal e otimização das informações entre membros da equipe, e desta com a criança/família, aparecem como elementos essenciais na humanização e qualidade do atendimento de enfermagem. Descritores: Enfermagem, Serviço Hospitalar de Emergência , criança. Referência: 1- Strasburg AC, Pintanel AC,Gomes GC, Mota MS. Cuidado de enfermagem a crianças hospitalizadas: Percepção de mães acompanhantes. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):262-7.

13894

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FERNANDA HELENA LAROTONDA SANTOS

EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE O CUIDADO À CRIANÇA: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM

Santos, FHLS; Christoffel, MMC;

Introdução: A Educação Permanente se baseia no conhecimento significativo e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009). Objetivos: Analisar a produção acadêmica da enfermagem sobre o cuidado a saúde da criança nos diferentes contextos da área da saúde. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa documental no Banco de teses e dissertações do Centro de Estudos e pesquisas em Enfermagem (CEPEn) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) a partir dos resumos dos catálogos online no período de 1985 a 2012. Após a aplicação do critério de inclusão e exclusão, foram selecionados 43 resumos, no período de publicação de 2001 a 2012, sendo 36 dissertações e 7 teses. Resultados: Foram encontrados 5 (11,63%) sobre ação educativa, 8 (18,61%) educação em saúde, 6 (13,95%) educação permanente, 4 (9,30%) prática educativa, 5 (11,63%) educação em saúde como estratégia ação educativa, 7 (16,28%) educação em saúde como estratégia prática educativa, 2 (4,65%) educação permanente como estratégia ação educativa, 2 (4,65%) educação permanente como estratégia educação em saúde e 4 (9,30%) educação permanente como estratégia prática educativa. Conclusão: Há necessidade de ampliar a discussão sobre a Educação Permanente em Saúde nos serviços de saúde. Contribuição\implicação para enfermagem: A formação em saúde e a educação permanente para enfermagem devem ser consideradas instrumento para as mudanças e transformações da prática profissional junto com outros profissionais de saúde, família e criança. Descritores: Cuidados de Enfermagem. Educação Permanente. Saúde da criança.

14019

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FERNANDA LUISA BUBOLTZ

REDES DE APOIO DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE ATENDIDAS EM UM PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO

Buboltz, FLB; Neves, ETN; Silveira, AS; Zamberlan, KCZ; Carvalho, JSC; Pieszak, GP;

Introdução: Nos últimos anos destaca-se que o Brasil obteve muitos avanços no âmbito da saúde da criança pois conseguiu-se reduzir significativamente a morbimortalidade infantil. Porém ainda é necessário vencer diversos desafios, pois milhões de crianças de todas as faixas etárias ainda morrem e adoecem a cada ano de causas evitáveis para os quais existem intervenções comprovadas e acessíveis. Neste cenário ao longo destes anos, os avanços tecnológicos em saúde resultaram no surgimento de novos grupos infantis, especificamente daquelas crianças que possuem necessidades especiais de saúde. As crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) possuem demandas específicas de cuidados de saúde. Elas possuem dificuldades de acesso e acompanhamento pelos serviços de saúde tendo pouca visibilidade como um grupo que necessita de cuidados para a sua vida pós-hospitalar.1Esse grupo de crianças abrange aqueles que têm ou estão em risco aumentado para uma condição crônica, de desenvolvimento, comportamental, emocional e/ou que também necessitam de serviços de saúde, de qualquer tipo, além do que é exigido por crianças com desenvolvimento adequado, devido à sua fragilidade clínica. Necessitam de um conjunto de serviços que vai além de serviços médicos e de enfermagem, estendendo-se a serviços de reabilitação, apoio educacional, social e familiar2. Nesta perspectiva a equipe de saúde em especial a enfermagem possui um papel fundamental na saúde das CRIANES. Os profissionais de enfermagem são importantes atores neste cenário onde devem promover um cuidado amplo e direcionado às necessidades destas crianças e de suas famílias. Acredita-se que conhecer a realidade destas crianças e de suas famílias é importante para o planejamento da assistência em saúde a fim de oferecer um cuidado mais qualificado e efetivo à esta clientela. Nesta perspectiva a possibilidade de identificar a rede de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil permite aos profissionais da saúde melhor compressão do potencial dela com relação à saúde, tanto no atendimento individual quanto coletivo3. Frente a isso objetivou-se neste estudo descrever as redes de apoio das CRIANES atendidas em Pronto-Socorro Pediátrico (PS-Ped). Justifica-se a realização deste estudo em PS-Ped devido a grande demanda de CRIANES atendidas neste serviço para a resolução dos agravos em saúde. Metodologia: Trata-se de um recorte da pesquisa de dissertação de mestrado: "Estratégias de cuidado da família à criança atendida em Pronto-Socorro Pediátrico a partir do seu universo sociocultural" que utilizou a abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratória. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com 12 familiares cuidadores de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico de um hospital de ensino em maio de 2013. A análise dos dados foi por meio da análise de conteúdo de Bardin. Resultados e contribuições para enfermagem: Dentre estes sujeitos quatro são familiares cuidadores de CRIANES. Todas as CRIANES deste estudo têm como principal cuidadora a mãe e estiveram internadas na UTI neonatal por longos períodos após o nascimento. As redes de apoio nos cuidados de rotina no domicilio da CRIANES são, além da mãe, restritas aos familiares mais próximos como o pai, irmãos e avós. As redes de apoio familiar destas crianças nos períodos de agravamento em saúde estão relacionadas ao pai das mesmas que auxilia durante a internação hospitalar com apoio financeiro e emocional. Todas as cuidadoras destas CRIANES deixaram fortemente explícito que tem como principal referência em serviços de saúde o serviço de Pronto-Socorro Pediátrico cenário deste estudo. As unidades básicas de saúde e as Estratégias de Saúde da Família foram citadas como opções de atendimento para pesagem da criança, vacinas e acompanhamento

no pré natal. Os transportes de saúde como a ambulância do Serviço de Pronto Atendimento do município e o Serviço de Atendimento Municipal de Urgências foram citados como apoio durante o deslocamento até o serviço de saúde. Três cuidadoras apontaram as enfermeiras como apoio profissional durante a internação hospitalar da CRIANES ressaltando a importância destas no cuidado. Uma cuidadora refere que utiliza os serviços médicos privados e instituições de saúde que não fazem parte da coordenadoria regional de saúde do município onde reside na busca de soluções para os agravos em saúde da criança. Deste modo, os resultados desta pesquisa corroboram com outros estudos que já têm apontado que a rede social das CRIANES no contexto da comunidade no Brasil é ampla, porém fragmentada e constituída de forma solitária pelos cuidadores familiares. Esses cuidadores possuem um forte vínculo com as instituições que prestam atendimento de saúde à criança, por serem os locais que a família mais frequenta em seu cotidiano de cuidados. Além disto, apontou-se a hipótese de que os cuidadores de CRIANES acessam aos serviços hospitalares (de alta densidade tecnológica) em detrimento aos serviços de atenção primária.4 Nesta perspectiva, o cuidar de enfermagem, na articulação da rede social de cuidados em saúde às CRIANES, apresenta implicações para a prática profissional que consiste primeiramente em ampliar a rede social no hospital de modo a incluir, além da mãe, outras pessoas da família. Além disso, é necessário promover o empoderamento dos cuidadores, para diminuir a dependência dos serviços de saúde e fortalecer as competências familiares. Assim é preciso ampliar a visibilidade dos cuidados de enfermagem dentro da demanda de cuidados requeridos às CRIANES, fortalecendo a enfermagem como parte da rede social dessa criança. Contribuir para a elaboração de políticas públicas específicas para as CRIANES, repensar o poder hegemônico da enfermeira e tentar romper o modelo biomédico hospitalar. E por fim inserir ao ensino de Enfermagem Pediátrica à relevância do cuidado às CRIANES, aumentando a visibilidade das demandas de cuidados e as articulando aos contextos por onde circulam5. Conclusão: Deste modo infere-se que as redes de apoio às CRIANES são limitados onde a mãe é a responsável pelos cuidados tanto no domicílio quanto nas instituições de saúde durante a hospitalização e na procura pela atendimento. Neste estudo ressaltou-se o papel da mulher/mãe que a partir das necessidades de seu filho tece redes de apoio com os membros da família e serviços de saúde de alta complexidade. É necessário que a enfermagem visualize as CRIANES e a sua família no sentido mais amplo do cuidado a fim de fornecer uma rede de apoio com vistas na qualidade de vida da criança e do seu principal cuidador. Descritores: Enfermagem pediátrica; Rede social; Cuidadores; Referências: 1. Góes FGB, Cabral IE. Crianças com necessidades especiais de saúde e suas demandas de cuidado Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online.2010. abr/jun. 2(2):889-901 2. Perrin JM et al.: A Family-Centered, Community-Based System of Services for Children and Youth With Special Health Care Needs. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007. 161. 933-936. 3. Alexandre AMC, Labronici LM, Maftum MA, Mazza VA. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(2):272-9. [Acessado em 16 Jun 2013]. Disponível em > www.ee.usp.br/reeusp/. 4. Neves ET, Andres B, Silveira A, Arrué AM. A rede social de cuidados de uma criança com necessidade especial de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):533-40. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17064. doi: 10.5216/ree.v15i2.17064. 5. Moraes JRMM, Cabral IE.A rede social de crianças com necessidades especiais de saúde na (in) visibilidade do cuidado de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2012;20(2):08 telas.

14018

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FERNANDA LUISA BUBOLTZ

ASPECTOS SOCIOCULTURAIS RELACIONADOS À SAÚDE DA CRIANÇA MENOR DE CINCO ANOS: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM.

Buboltz, FLB; Neves, ETN; Silveira, AS; Zamberlan, KCZ; Carvalho, JSC; Silva, JHS;

Introdução: O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Sistema Único de Saúde, pautados na Constituição Federal, asseguram atendimento integral à saúde das crianças menores de cinco anos e garantem acesso universal e igualitário às ações e serviços. As políticas públicas de atenção à saúde da criança vêm trabalhando não apenas com compromisso da sobrevivência, mas principalmente, com o bem-estar, qualidade de vida e prevenção dos fatores de risco ainda na infância.1 Os processos de escolha e as condutas terapêuticas, da família destas crianças, na busca da solução dos agravos à saúde são complexos e difíceis de serem compreendidos se não for levado em consideração o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de atenção em saúde.2 Assim, para compreender as práticas de cuidado da família das crianças menores de cinco anos é necessário considerar o contexto onde elas tomam forma. É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatados por esse espaço social.2 Diante do exposto questionou-se: o que está sendo pesquisado em relação aos aspectos socioculturais no contexto da saúde da criança menor de cinco anos? Este estudo teve como objetivo conhecer as principais tendências relacionadas aos aspectos socioculturais no contexto da saúde da criança menor de cinco anos nos estudos de enfermagem. Metodologia: Trata-se uma pesquisa bibliográfica do tipo narrativa que foi desenvolvida no Portal de teses e dissertações da Capes. Para a realização do estudo foram usadas as palavras organizadas da seguinte forma: "saúde da criança", "aspectos culturais", "aspectos econômicos", "aspectos sociais". Assim foram encontradas 26 teses e dissertações. Foram selecionados, após leitura dos resumos três teses de doutorado. Foram utilizados como critérios de inclusão resumos de teses e dissertações disponíveis gratuitamente que responderam a questão de pesquisa, e publicados nos últimos cinco anos. As três produções selecionadas foram organizadas por meio de uma ficha documental que contém as seguintes informações: Número, título, abordagem metodológica, autores e considerações sobre a temática. Posteriormente, as produções foram submetidas à análise temática, seguindo as fases sequenciais de pré - análise, exploração do material e o tratamento dos resultados. Resultados: Os resultados desta pesquisa apontaram que existem poucos estudos relacionados ao tema: aspectos socioculturais relacionados à saúde da criança menor de cinco anos. Os três estudos selecionados utilizaram a pesquisa de abordagem qualitativa e mães cuidadoras de crianças como sujeitos. A área de conhecimento das teses está relacionada diretamente à enfermagem. As regiões de publicação e realização dos estudos são: duas da região sudeste e uma da região central do Brasil. Quanto aos anos de publicação uma tese foi publicada no ano de 2008 e duas teses foram publicadas no ano de 2009. Após a análise criteriosa dos artigos emergiu somente uma categoria: Nutrição infantil. Nutrição infantil: Os assuntos das pesquisas de teses e dissertações encontradas neste estudo, sobre os aspectos socioculturais relacionados à saúde da criança, prevalecem os que abordaram questões nutricionais. As três teses de doutorado abordaram a questão da influência dos aspectos socioculturais na nutrição infantil. As três pesquisas utilizaram as mães como sujeitos. A alimentação da criança menor de cinco anos é influenciada por escassos recursos econômicos, falta de conhecimentos sobre aspectos específicos desta alimentação, crenças e práticas culturais que lhes

são transmitidas, propaganda para o consumo de alimentos industrializados e a informação proporcionada pelo pessoal de saúde. Estes fatores em seu conjunto levam as mães das crianças a realizarem determinadas práticas e a valorizarem os alimentos que favorecem ou limitam a alimentação. Em relação à cultura, sobressaem as práticas que não permitem uma alimentação saudável por não promoverem quantidade, qualidade e consistência adequadas de alimentos recomendados às crianças de acordo com suas idades. Tal situação, quando aliada às condições precárias em que vivem, faz com que as crianças permaneçam vulneráveis a apresentarem ou manterem-se em estado de desnutrição.3 As práticas alimentares demonstram estabelecer-se em um universo próprio que vai além do acesso à informação e das condições socioeconômicas, mas perpassam pelos desacordos existentes entre a prática declarada e a prática real, sendo guiadas pelas representações da comida como fonte de saciedade, evitando a fome, dando sustância e deixando a criança com o corpo forte e saudável.4 Neste sentido, buscando compreender como as crenças pessoais influenciam as práticas maternas relativas à alimentação complementar concluiu que o processo de introdução dos alimentos complementares é construído a partir de uma rede de informações confrontadas com as crenças que cada uma possui.5 Neste processo, há uma série de situações que exigem tomadas de decisões baseadas em suas crenças. A mesma autora infere que esta realidade evidencia a necessidade de maior acompanhamento materno, na fase de introdução da alimentação complementar, para valorizar os aspectos positivos e tentar discutir as práticas que precisam ser revisadas. A composição do sistema de crenças identificado revela que as crenças maternas têm papel primordial nas escolhas e nas práticas que norteiam a introdução da alimentação complementar. As fontes de informação são variadas e cada uma contribui com uma parcela na construção do referencial das crenças maternas relacionadas à alimentação infantil. Conclusão e contribuições para enfermagem: Os aspectos socioculturais estudados pela enfermagem no contexto da saúde da criança menor de cinco anos são escassos e restringem-se à alimentação infantil. Os estudos apontaram uma forte influência dos aspectos socioculturais na saúde da criança menor de cinco anos relacionados à nutrição. Desta forma, acredita-se na necessidade de investir em novos estudos relacionados à temática dos aspectos culturais que investigue outros fatores que interferem na saúde da criança menor de cinco anos. Destaca-se a importância do trabalho da enfermagem que valorize as peculiaridades do núcleo familiar ou seja, que a assistência e o cuidado estejam alicerçados no respeito às condições socioculturais e realidade de cada família. Assim, a partir do contexto de cada família é necessário promover a educação em saúde adequada para cada situação e compreender o ser humano em seu processo de viver. Descritores: Saúde da criança; Enfermagem Pediátrica; Cultura. Referências: 1 Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília - DF, 2005. [Acessado em: 30 nov. 2012] Disponível em: < http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAX48AC/agenda-compromissos-a-saude-integral-crianca-reducao-mortalidade-infantil. 2 Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Caderno de Saúde Pública. [Internet] 2006. Rio de Janeiro. 22 (11): 2449-2463. [Acessado em 16 de Jun 2013]. Disponível em:

14281

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FERNANDA SANTOS BAPTISTA

A IMPORTÂNCIA DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

Baptista, FS; Wegner, W; Fernandes, BO; Pereira, RT; Rocha, MS;

Introdução: Durante a hospitalização, uma estratégia utilizada pela criança para esclarecer as mudanças que estão acontecendo no seu cotidiano é o brincar, sendo esta essencial para aliviar medos e anseios, permitindo que o mesmo possa transparecer o que sente e pensa em relação ao seu diagnóstico.[1] Objetivos: Descrever a eficácia do brinquedo como forma de cuidado em pacientes oncológicos hospitalizados; Identificar os fatores que favorecem e os que limitam a utilização do brinquedo terapêutico no cuidado da criança oncológica hospitalizada. Métodos: Para alcançar os objetivos, será utilizado no estudo de abordagem qualitativo de do tipo descritiva, realizado com crianças em tratamento ambulatorial e internadas. As informações serão coletadas em oficinas de criatividade pelo método criativo sensível. Inicialmente serão entrevistadas 12 crianças na faixa etária pré escolar (definir pré escolar). O numero de participantes será definido a partir do critério de saturação dos dados. O processo de análise será temática[2]. O projeto atenderá as normas bioéticas e será apreciado por Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Espera-se que o brinquedo terapêutico auxilie no enfrentamento da criança frente ao tratamento, amenizando seus medos e anseios. Conclusão: O uso do brinquedo terapêutico é importante para o cuidado com crianças em tratamento, trazendo benefícios para a criança e criando vinculo entre funcionário e paciente. Contribuições à Enfermagem: Acredita-se na possibilidade de um atendimento menos traumático e com menos danos possíveis para a criança em tratamentos. Referências: 1. FROTA, Mirna Albuquerque et al. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. Cogitare enferm, Paraná, v.12, n. 1, p. 69-75, março. 2007. 2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. Descritores: Crianças hospitalizadas; Oncologia; Ludoterapia

14289

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FLAVIANA ANSELMO DANTAS

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA COM ESCOLARES

Costa, MADG; Santos, NCCB; Vieira, DS; Dantas, FA; Reichert, APS;

INTRODUÇÃO: O Programa Saúde na Escola (PSE) como fruto da interlocução de políticas intersetoriais entre profissionais da saúde e da educação, objetiva ampliar as práticas de educação e saúde voltadas para promoção da qualidade de vida e da saúde da população brasileira. OBJETIVO: Relatar uma experiência de educação em saúde para escolares. METODOLOGIA: Estudo qualitativo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no mês de novembro de 2012, por graduandas de enfermagem, durante uma ação educativa para crianças entre 6 a 10 anos de idade em uma escola municipal no interior da Paraíba. Utilizou-se a metodologia educativa interacionista. RESULTADO: Percebeu-se que faltavam detalhes relevantes no conhecimento das crianças sobre higiene corporal. As práticas lúdicas proporcionaram maior participação das crianças e interação com as mesmas. CONCLUSÃO: Essa vivência suscitou uma ação exitosa para saúde dos escolares por oportunizar uma aproximação com a realidade, sensibilizar e estimular as crianças para a importância de se aplicar o conhecimento sobre a higiene no autocuidado diário. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Refletir sobre a atuação do enfermeiro na atenção à saúde das crianças, considerando a diretriz do PSE e o contexto escolar como espaço para ações educativas para e promoção da saúde e qualidade de vida da população infantil. Descritores: Saúde Escolar, Educação em Saúde, Enfermagem. REFERÊNCIAS Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Ferreira IRC, Vosgerau DSAR, Moysés SJ, Moysés ST. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 29 agosto 2013]; 17(12): 3385-3398. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200023&lng=en.

14528

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GABRIELA GAZZOLA AIUB LAZARO

APLICAÇÃO DO NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS) EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA EM DISTINTOS PERÍODOS CLIMÁTICOS DO ANO

Lazaro, GGA; Herter, DC; Ribeiro, MS; Silva, MF; Conceição, NGV; Breigeiron, MK;

Introdução: A equipe de enfermagem dentro das Unidades de Terapia Intensiva desenvolve um trabalho diferenciado devido a particularidades dos cuidados assistenciais, com certa discordância no quantitativo dos profissionais em relação às necessidades dos pacientes. Para tanto, a natureza das tarefas implica elevada carga de trabalho, devido às peculiaridades de pacientes sujeitos a alterações hemodinâmicas e com risco iminente de morte. Desta forma, para um serviço de enfermagem seguro, se faz necessária tanto a qualificação dos trabalhadores como a quantificação adequada para desenvolver as atividades de forma eficiente e eficaz, sem colocar em risco a saúde dos pacientes e dos trabalhadores(1). Neste contexto, os Sistemas de Classificação de Pacientes são considerados instrumentos de gestão do enfermeiro, apoio no planejamento e organização do serviço para o paciente(2). Estes instrumentos são baseados em um processo no qual se procura categorizar a complexidade da assistência de enfermagem de acordo com a quantidade de cuidado prestado com o paciente, com a finalidade de auxiliar na avaliação da adequação qualitativa e quantitativa dos recursos humanos de enfermagem com respeito à carga de trabalho(3). Em relação à carga de trabalho da equipe de enfermagem, esta parece se tornar mais intensa em determinadas épocas do ano, onde diferenças climáticas visam a agravar quadros crônicos e exacerbar quadros agudos, o que leva a um maior turnover nos hospitais e, consequente aumento do número de internações e agravos patológicos em unidades de terapia intensiva. Em relação a crianças, epidemicamente nos meses de outono e, principalmente, inverno, ocorre um aumento significativo das doenças respiratórias agudas, tais como infecções de vias aéreas superiores e inferiores, pneumonia, bronquiolite e crise asmática, o que representa um maior número de atendimentos em serviços de urgência/emergência(4). Complicações de tais doenças constituem-se em uma das principais causas de hospitalizações e/ou óbitos de crianças menores de cinco anos(5). Por outro lado, nos meses de verão, doenças de trato gastrintestinal alcançam maiores índices de agravo, culminando, também, em aumento do número de internações em unidades pediátricas, onde muitos casos requerem cuidados mais intensivos. Assim, independente da época do ano, o aumento das taxas de internações hospitalares reflete em maior carga de trabalho para a equipe de enfermagem. Quando em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED), essa carga de trabalho pode ser dimensionada pelo Nursing Activities Score (NAS), um instrumento validado no Brasil, com a finalidade de descrever a carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidades cuidados intensivos, baseando-se no tempo dispensado para realizar as atividades de enfermagem. Esse escore consta de sete grandes categorias e 23 itens, que abrange desde as atividades básicas até o cuidado em terapia intensiva. Cada item possui uma pontuação, portanto o escore atribuído a um paciente resulta da soma das pontuações dos itens que correspondem às necessidades de assistência direta e indireta dos pacientes. Esse escore representa quanto tempo de um profissional de enfermagem o paciente necessitou nas últimas 24 horas. Assim, se a pontuação for 100, interpreta-se que o paciente requereu 100% do tempo de um profissional de enfermagem no seu cuidado nas últimas 24 horas(3). Desde modo, dados obtidos deste instrumento auxiliam nos cálculos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. Objetivo: mensurar a carga de trabalho de enfermagem por meio do NAS em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED), bem como comparar os valores obtidos tanto por período do ano (inverno/verão) quanto por turno de trabalho. Metodologia: estudo transversal de caráter quantitativo, realizado em uma UTIPED de um hospital

universitário do sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio do instrumento NAS preenchido por enfermeiras alocadas na referida da unidade. A amostra constitui-se de registros originários de um banco de dados previamente construído e permanentemente alimentado desde o ano de 2010. Os dados para este estudo foram os referentes aos meses de junho, julho, agosto e dezembro de 2012 e janeiro de 2013, correspondentes aos meses de verão e de inverno. Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18.0, sendo utilizada estatística descritiva, como média e desvio padrão da média (DP), e comparativa por Teste t-Student. P

14248

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GABRIELA VAN DER ZWAAN BROEKMAN CASTRO

CONVIVENDO COM A FISSURA LABIOPALATINA: A EXPERIÊNCIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Castro, GVDZB; Dupas, G;

INTRODUÇÃO: A supervalorização da beleza impulsiona os indivíduos à busca frenética pela forma perfeita. Ter uma malformação constitui uma experiência desafiadora não só de auto-superação das limitações, como também de enfrentamento da estigmatização e da exclusão impostas por esta sociedade[1]. A aparência facial tem uma profunda repercussão nos ambientes sociais das pessoas, podendo influenciar o contato social, o desenvolvimento da personalidade e o progresso educacional, interferindo na qualidade de vida dos indivíduos[2]. No presente estudo, optou-se por priorizar, dentre as malformações gerais, as anomalias craniofaciais e mais especificamente as fissuras de lábio e/ou palato. As implicações das fissuras labiopalatinas são estéticas e funcionais, variando o comprometimento de acordo com o tipo de fissura, podendo acarretar também problemas psicossociais que podem se perpetuar por toda a vida do fissurado[3]. O tratamento tem início logo após o nascimento e visa a reabilitação global: morfológica, funcional e psicossocial. As primeiras cirurgias plásticas reparadoras denominadas de queiloplastia (cirurgia de lábio) e palatoplastia(cirurgia de palato) acontecem aos 3 e 12 meses de idade respectivamente; entretanto estes pacientes serão acompanhados durante todo o seu crescimento4. O processo de reabilitação implica em várias situações de hospitalização, em que se faz necessário a atuação de uma equipe interdisciplinar especializada, abrangendo os aspectos biopsicossociais, para promover a reintegração na sociedade. A atuação da equipe de Enfermagem junto ao paciente portador de fissura acontece durante todo o processo de reabilitação. Esta deve perceber/acolher os sentimentos demonstrados pelo paciente e garantir uma assistência humanizada[3]. OBJETIVOS: Compreender a experiência vivenciada pela criança/adolescente com fissura labiopalatal. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, feita em um município do interior do estado de São Paulo. O instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada. O elemento disparador para as entrevistas, foi: "Contem-me como é para você ter fissura labiopalatina" e com o desenrolar da narrativa: "Quais as maiores dificuldades?" Ao longo das falas, foram utilizadas algumas perguntas e colocações para favorecer a exploração, clarificação e ampliação de núcleos relevantes expostos. Todas as entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes. O método para análise das entrevistas foi a Análise de Conteúdo. Os sujeitos foram crianças e adolescentes de 7 a 18 anos, tendo sido realizadas 9 entrevistas. RESULTADOS: Apreendemos oito categorias - Percepção da criança frente à fissura: os entrevistados relataram susto ao descobrir a presença da fissura e preocupação quanto ao tamanho e tratamento. Dificuldades nas interações sociais: os relatos apontam que hoje os entrevistados se aceitam como são, mas já sofreram algum constrangimento ou preconceito por causa da presença da fissura. Experiência do tratamento: o processo de reabilitação é longo e difícil, o tratamento é realizado no hospital especializado por uma equipe multiprofissional e requer vários procedimentos cirúrgicos. Declaram-se satisfeitos com o atendimento recebido. (Re) Aprendendo a falar: A presença da fissura pode trazer dificuldades na fala, necessitando de atendimento fonoaudiólogo; as percepções com relação a este tratamento variaram, alguns dos entrevistados julgaram que o tratamento obteve êxito e outros que não teve benefícios. Essa disparidade pode ser em decorrência do tipo de profissional que acompanhou o tratamento do entrevistado. Entendimento sobre os motivos da fissura: por ser uma anomalia de etiologia multifatorial a família não tem resposta para suas indagações do por que da ocorrência, nem para as da criança/adolescente. Não saber e não ter como responder os questionamentos da criança/adolescente é

algumas vezes angustiante para a família. Lembranças do Centro Especializado: em geral, as lembranças do Centro de Referência são boas e os entrevistados referem a excelência do serviço prestado e o bom atendimento. Foi também evidenciado o tratamento gratuito como um incentivo à adesão do mesmo. Algumas insatisfações referem-se à mobilidade até o local e ao fato de se depararem com diversas situações dolorosas, diferentes da anomalia deles. Redes de apoio para superação: as redes de apoio tem sido uma forma de auxílio para superação da fissura e dos problemas principalmente psicossociais com ela envolvidos. Durante as entrevistas foram citadas diversas redes de apoio, tais como a família, amigos e professores. Essas redes ajudam na percepção que a doença não é um empecilho para desenvolver as atividades cotidianas. Um ambiente de convívio social saudável parece ser um fator ímpar para que os fissurados atinjam todo seu potencial e tenham um desenvolvimento igual a outras crianças/adolescentes sem a anomalia. Almejando o futuro: as crianças/adolescentes com fissura tem a exata consciência de que para alcançarem seus sonhos devem realizar esforços. Ter uma expectativa/objetivo/meta na vida é um incentivo de superação da fissura. Em alguns casos a fissura pode ser um fator desencadeante de frustração, pois pode limitar em alguns aspectos os envolvidos. CONCLUSÃO: Sabendo dos estereótipos aceitos dentro da nossa sociedade, principalmente em relação ao corpo, nascer com uma anomalia passa a ser difícil, especialmente na infância e adolescência, já que durante este período etário passa-se por momentos de autoconhecimento e construção da autoestima, além de manifestações psicossomáticas. O desvelar da experiência da pessoa com fissura labiopalatina traz a tona as dificuldades enfrentadas por ela, bem como as deficiências na atuação da Enfermagem junto a ela e suas famílias, aspectos importantes de serem conhecidos e utilizados para a melhora no cuidado para com os fissurados. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM: A importância desse estudo fundamenta-se no desvelar da experiência da pessoa com fissura labiopalatina, já que pouco se tem discutido sobre as dificuldades enfrentadas pelo fissurado, bem como da participação da Enfermagem junto a ele e seus familiares. Julgamos que o desvelar dessas lacunas de conhecimento permitirão melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e dar corpo a um conhecimento que a enfermagem coloca em prática e não tem documentado REFERÊNCIAS 1 Monlléo, I.L. Anomalias craniofaciais, genética e saúde pública: contribuições para o reconhecimento da situação atual da assistência no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2004; 2 Sandrini FAL; Robinson WM; Paskulin G; Lima MC. Estudo familiar de pacientes com anomalias associadas às fissuras labiopalatinas no Serviço de Defeitos da Face da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.. 6(2):57-68, 2006 ; 3 Spiri WC; Leite MMJ. Convivendo com o portador de fissura lábio-palatal: o vivencial da enfermeira. Rev. Esc. Enferm. USP, v.33, n.1, 1999; 4 TUJI, F. M.; BRAGANÇA, T. A.; RODRIGUES, C. F.; PINTO, D. P. S. Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato em hospital de atendimento público. 2009. DESCRITORES Criança, Adolescente, Fissura Palatina.

13708

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GEOVANA RHODEN ESTORGATO

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Estorgato, GRE; Amaral, PCA;

Introdução: a Síndrome de Munchausen por Procuração (SMPP) é uma modalidade de maus-tratos na infância no qual o cuidador, geralmente a mãe, induz os sinais/sintomas físicos ou psicológicos na criança, com o objetivo de obter um ganho secundário com a situação1. Neste contexto, a criança sofre diversas hospitalizações, causadas por quadros repetitivos e contínuos, no qual os sintomas incongruentes acabam caracterizando uma doença prolongada e de difícil manejo para a equipe de saúde2,3. Nos Estados Unidos são reportados, em média, 5 mil casos de SMPP anualmente, sendo que de 8 a 10% evoluem à óbito. A faixa etária atingida varia desde recém-nascidos até os 21 anos de idade, predominando nos menores de 5 anos4. O cuidador que sofre com esta desordem psiquiátrica geralmente mostra-se dedicado e cuidadoso, permanece à beira do leito durante todo o período da internação e demonstra conhecimento sobre o quadro clínico da criança. A criação dos sintomas pode ser persistente e ininterrupta, criando uma situação de risco à saúde da criança e dificultando o diagnóstico5. Havendo a suspeita de SMPP, deve-se investigar o caso com o apoio de uma equipe multiprofissional, a fim de que se assegure a integridade do paciente. Objetivo: relatar a condução de um caso de Síndrome de Munchausen por Procuração acompanhado em um hospital pediátrico na cidade de Porto Alegre. Relato de experiência: Menino de 7 anos transferido de um hospital da Serra Gaúcha em outubro de 2010 para um hospital pediátrico na cidade de Porto Alegre, com queixa principal de resíduo gástrico borráceo e plaquetopenia (segundo dia pós operatório de apendicectomia). História familiar prévia de um irmão com diagnóstico de Linfohistiocitose Hemofagocítica que evoluiu a óbito após infecção por Vírus Epstein Barr (EBV) nesta instituição. Criança com queixa de dor abdominal intensa, acompanhada de episódios de vômito. Apresentou ecografia abdominal com presença de litíase biliar sem colelitíase e exame de reação em cadeia da polimerase (PCR) positivo para EBV. Após discussão do caso com a equipe multidisciplinar e pelo quadro clínico compatível com infecção grave por EBV, decidiu-se investigar o diagnóstico de Doença Linfoproliferativa ligada ao X. Paciente foi avaliado pela equipe da imunologia e enviado material para análise da atividade das células B, T e NK. Criança com múltiplos quadros de sepsis por Enterobacter e Candida não albicans (18 hemoculturas positivas), colonizado por Enterococo Resistente à Vancomicina (VRE) e mantendo pico febril persistente. Tratado com, aproximadamente, 25 esquemas de antibióticos, conforme antibiograma. Realizada biópsia de medula óssea que não confirmou o diagnóstico de Linfohistiocitose Hemofagocítica. Recebeu dose de Imunoglobulina endovenosa a cada 3 semanas, sem intercorrências. Apresentou endoscopia digestiva normal, colonoscopia com hiperplasia linfoide do íleo terminal com infiltrado linfóide atípico e ecocardiografia com aumento das câmaras esquerdas e sinais de pericardite. Em maio de 2011, após apresentar queixa de cefaleia intensa, foi realizada ressonância magnética do crânio com gadolíneo, que evidenciou atrofia cerebral difusa. Realizado contato com a equipe da hematologia de instituição referência em Porto Alegre para a programação do transplante de medula óssea. Paciente permanecia com queixa de dor inguinal, parestesia nos membros inferiores, precordialgia e dor abdominal intensa, com resolução somente após administração de Morfina. Em agosto de 2011, a criança relatou à enfermeira da unidade que a mãe manipulava e injetava substâncias no seu acesso venoso e que o fato acontecia desde a internação no hospital da Serra Gaúcha. A mãe foi imediatamente afastada da criança após relatar que injetava leite e água com açúcar no acesso venoso e o paciente transferido para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica da instituição. A partir deste fato, houve resolução completa dos quadros de septicemia, o paciente

permaneceu afebril durante todo o período, melhora dos exames laboratoriais, normalização da ecocardiografia e negativação de todas as hemoculturas. Foram realizados os devidos trâmites legais e o caso foi acompanhado pela 1ª Delegacia de Homicídios de Porto Alegre (realizada oitiva do paciente em setembro de 2011 com a presença da assistente social). A guarda da criança foi transferida para o pai até posterior decisão judicial e a mãe foi internada para tratamento psiquiátrico no hospital de sua cidade. O paciente teve alta hospitalar em setembro de 2011 com retorno para as consultas na instituição, encaminhamento do caso à Promotoria e ao Conselho Tutelar de sua cidade e solicitação de acompanhamento psicológico e psiquiátrico regular para o menino. Discussão: nas formas clássicas da SMPP, o distúrbio não possui um objetivo lógico, caracterizando-se pela necessidade compulsiva do cuidador de assumir o papel de doente para a pessoa de quem cuida. Além dos riscos à saúde física, a criança é submetida também à violência psicológica, causada pelas internações desnecessárias e repetitivas, que as priva de um cotidiano normal. Neste contexto, a criança torna-se vulnerável e acaba sentindo-se portadora de uma doença crônica que não existe, e é submetida a múltiplos procedimentos invasivos e dolorosos. No caso descrito, durante toda a internação a criança permaneceu acompanhada pela mãe, que sempre se mostrou atenciosa com a equipe e com o filho, demonstrava conhecimento sobre o quadro clínico e interesse em aprender sobre normas para o controle de infecção. Entretanto, não se mostrava apreensiva ou temerosa quando o menino era submetido a exames e procedimentos invasivos. A criança permanecia apática e se comunicava com a equipe somente na presença da mãe. Não demonstrava interesse em participar das atividades de recreação disponibilizadas pela instituição, na qual os pacientes saem do leito e permanecem em um ambiente com brinquedos e realizam atividades lúdicas. Durante uma visita do tio materno, a criança verbalizou para a psiquiatra que sua mãe não o deixava brincar e se alimentar. Verbalizou, ainda, que estava incomodado com os procedimentos realizados e que ficava ansioso quando manejavam seu acesso venoso. Diante do seguinte caso, pode-se perceber a importância de uma postura atenta por parte da equipe de saúde diante dos sinais demonstrados pela criança e do comportamento da mãe. A SMPP é uma condição diferenciada e de difícil manejo, que pode estar presente no atendimento da criança e que requer o envolvimento de uma equipe multiprofissional, para que o caso tenha um desfecho favorável para a criança e a família. Descritores: Síndrome de Munchausen; Criança, Relações Familiares. Referências 1. Meadow R. What is and what is not Munchausen syndrome by proxy? Arch Dis Child. 1995; 72:534-8. 2. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. Lancet. 1977; 2:343-5. 3. Fisher GC, Mitchell I. Is Munchausen syndrome by proxy really a syndrome? Arch Dis Child. 1995; 72:530-4. 4. Stirling JJ. THE COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting. Pediatrics. 2007; 119(5):1026-31. 5. Porter GE, Heitsch GM. Munchausen syndrome by proxy: unusual manifestations and disturbing sequelae. Child Abuse Neglect. 1994; 18:789-94. Geovana Rhoden Estorgato- Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Neonatologia, Hospital da Criança Conceição, e-mail: geovanarh@yahoo.com.br. Priscila Coelho Amaral- Pediatra, Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica e Medicina do Adolescente, Hospital da Criança Conceição.

14180

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GISELE ABRÃO QUEIROZ

ERROS DE MEDICAÇÃO: ESTUDO TRANSVERSAL REALIZADO NAS UNIDADES PEDIÁTRICAS DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Queiroz, GA; Sichieri, K; Horibe, HI; Secoli, SR;

Introdução: Erro de medicação é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado do medicamento ou dano ao paciente, estando sob o controle dos profissionais de saúde, pacientes ou consumidores. Objetivo: Caracterizar os erros de medicação das unidades assistenciais pediátricas, nos anos de 2011 e 2012. Método: Estudo transversal, realizado em Hospital Universitário, cujos dados foram obtidos por meio das fichas de notificação de intercorrências. A classificação dos tipos de erro de medicação foi baseada no NCC MERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) e dos medicamentos na classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code). Utilizou-se a classificação do ISMP (Instituto para Práticas Seguras do Uso de Medicamentos) para verificar quais dos medicamentos eram considerados Potencialmente Perigosos. Utilizou-se estatística descritiva para análise dos dados. Resultados: Observaram-se 647 notificações de erros de medicação em todo hospital, das quais 39% (253) foram notificadas pelas unidades pediátricas, com maior frequência no turno diurno (57%), na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (33%) e Pediatria (23%). Os profissionais mais envolvidos nos erros de medicação foram os da enfermagem (81%). Os erros de medicação mais frequentes foram horário errado (18%), não administração (13%) e dose errada (11%). Os grupos de medicamentos mais envolvidos foram anti-infecciosos (21%), soro e eletrólitos (20%) e os de ação no Sistema Nervoso Central (16%), sendo que 22% foram notificações envolvendo Medicamentos Potencialmente Perigosos. Dentre as notificações de erros de medicação, 74% relataram que pacientes não sofreram qualquer tipo de prejuízo. Conclusão: Mais de um terço dos erros de medicação do hospital ocorreram nas unidades pediátricas, destacando-se como principais horário errado, não administração e dose errada. Os erros identificados apontam para a necessidade de investigação das falhas no sistema de medicação das unidades avaliadas, visando elaborar estratégias na tentativa de minimizar a ocorrência desses eventos.

13866

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GISELLI CRISTINA VILLELA BUENO

SEGURANÇA DA CRIANÇA CARDIOPATA ? DIFICULDADES APRESENTADAS PELAS CUIDADORAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM DOMICÍLIO I

Bueno, GCV; Campos, CJG;

Introdução: A literatura mostra que os erros de medicação são frequentes, especialmente nas áreas de atendimento pediátrico1-2. Porém, no atendimento domiciliar, os trabalhos sobre esta temática são escassos3. A complexidade do processo de administração de medicamentos é uma das atividades mais importantes atribuída à equipe de enfermagem. Essa condição determina que todos os membros que compõe esta equipe atuem na aplicação prática das melhores evidências e no desenvolvimento de habilidades técnicas para a realização dos diversos procedimentos que possam surgir com o avanço tecnológico. Como a equipe de enfermagem é responsável pela administração de medicamentos, ela se torna o profissional mais preparado para orientar os cuidadores e/ou pacientes na continuidade deste cuidado em domicílio, de maneira segura e eficaz. Após a década de 50, houve extraordinários avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento das cardiopatias congênitas, permitindo que, aproximadamente, 85% das crianças nascidas com patologias cardiovasculares, pudessem atingir a vida adulta em países desenvolvidos4. Com o aumento da longevidade destas crianças, esta patologia torna-se crônica, e como tal, necessita de cuidados específicos em relação administração de medicamentos em domicílio. Objetivos: Compreender as dificuldades na administração de medicamentos apresentadas pelas cuidadoras de crianças com cardiopatias congênitas em domicílio; Analisar estas dificuldades a luz da prática segura na administração de medicamentos; Metodologia: Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com 8 cuidadoras de crianças de 6 meses a 12 anos de idade incompletos, portadoras de qualquer tipo de cardiopatia congênita, acompanhadas na unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário do interior do estado de São Paulo, durante o período de julho a setembro de 2010. A escolha das cuidadoras seguiu a técnica de amostragem intencional e a delimitação da amostra se deu por meio da técnica de saturação teórica. A técnica escolhida para se analisar os dados foi a análise de conteúdo, especificamente a análise temática. Resultados: As cuidadoras recebem alta com muitas dúvidas relacionadas à administração do medicamento em domicílio, porque as doses necessárias para crianças requerem diluições específicas, dificultando o aprendizado desta cuidadora na alta hospitalar. Não foi evidenciado nas entrevistas, alguma orientação ou encaminhamento para a rede básica que o enfermeiro tenha realizado para auxiliá-la no cuidado domiciliar, assegurando a continuidade do tratamento. A alternativa que estas cuidadoras tiveram, para minimizar suas dificuldades, foi comprar medicamentos manipulados, que são soluções prontas; não é necessário diluir um comprimido em um volume adequado de água para pegar a dose correta, é só aspirar no frasco e oferecer para a criança. A alta hospitalar é uma atividade interdisciplinar, porém o enfermeiro é o elo entre os profissionais, visando garantir os recursos necessários para garantir sua segurança na continuidade do cuidado3. O Modelo de Crença em Saúde desenvolvido em 1950 e publicado em 1966 por Rosenstock, supõe que toda crença é motivada e que existiam algumas variáveis que influenciavam no comportamento de saúde, são elas susceptibilidade e severidade percebida, barreiras e benefícios. Foi possível perceber que as cuidadoras colocavam a segurança de seus filhos em primeiro lugar, não deixando influenciar pelas barreiras que vivenciavam na administração dos medicamentos. Elas entendiam o quanto era grave a cardiopatia congênita e que os cuidados na administração era fundamental para não agravar o estado de saúde de seu filho. A auto-eficácia caracteriza-se pela convicção do indivíduo de que ele pode realizar, com sucesso, a ação que produzirá os resultados esperados5. Quando a cuidadora tem medo de algo

relacionado ao tratamento, como administrar um medicamento, ela não se sentirá convicta para decidir ou realizar aquele determinado cuidado, e isso, poderá influenciar de maneira negativa no tratamento da criança. Por isso, é importante ter um espaço de escuta para que estas cuidadoras se sintam à vontade para expressar suas dúvidas e medos, proporcionando comportamentos positivos que favoreçam a adesão ao tratamento. A preocupação com a segurança do paciente é recente e tem dimensões mundiais. Em 2001, foi publicado um guia pela American Academy of Pediatrics para promover segurança no sistema de saúde, dando atenção especial ao paciente pediátrico. Em 2004, a OMS cria a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, com o objetivo de dedicar a atenção mundial a segurança do paciente. Neste sentido, o Coren-SP (2010) produziu uma cartilha com "10 Passos para a Segurança do Paciente" com o compromisso de promover uma grande campanha pela segurança do paciente. Um dos passos aborda a questão da comunicação e ressalta o quanto ela é imprescindível no processo de cuidado do paciente. Conclusão e Contribuições: As cuidadoras apresentam muitas dificuldades na administração dos medicamentos em domicílio, muitas se sentem inseguras em administrar os medicamentos que retira na Rede básica e optam por comprar medicamentos manipulados em solução, facilitando o preparo deste medicamento. Implicações para enfermagem: A ausência da orientação do enfermeiro nas falas das cuidadoras é um ponto preocupante. As cardiopatias congênitas são patologias complexas, que requerem treinamentos e atualizações constantes para acompanhar o desenvolvimento tecnológico. Porém, o enfermeiro não pode focar apenas no aspecto técnico-assistencial e procurar atualizações que tragam subsídios que desenvolvam os aspectos psicossociais e comportamentais para entender sua clientela e conseguir realizar uma comunicação assertiva, além de produzir métodos que avaliem eficácia de suas ações. O Modelo de Crença em Saúde é uma teoria comportamental que pode embasar e auxiliar o enfermeiro neste processo de elaboração de um plano de cuidados individualizado. Descritores: enfermagem pediátrica, sistemas de medicação, segurança Referências Bibliográficas: 1-Belela ASC, PEDREIRA MLG, PETERLINI MAS . Erros de medicação em pediatria. Rev. bras. enferm. [online]. 2011, vol.64, n.3, pp. 563-569. ISSN 0034-7167. 2-Peterlini MAS, Chaud MN, Pedreira MLG. Órfãos de terapia medicamentosa: a administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizadas. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2003, vol.11, n.1, pp. 88-95. ISSN 0104-1169. 3- Texeira JPDS, Rodrigues MCS, Machado VBE. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm.[online]. 2012, vol.33, n.2, pp. 186-196. ISSN 1983-1447 4-Warnes MD, Liberthson R, Danielson GK Dore A, Harris L, Hoffman JIE, Somerville J, Williams RG, Webb GD. Task Force 1: the changing profile of congenital heart disease in adult life. J Am Coll Cardiol, 2001; 37:1170-1175. 5-Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. In: The health belief model and personal health behavior. United States, Copyright, 1974;

14316

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GISLEINE TIEMI DE SOUZA

AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO COORDENAÇÃO NO ATENDIMENTO À CRIANÇA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM LONDRINA-PR

Souza, GT; Tacla, MTGM; Alves, BA;

Introdução: A Atenção Primária a Saúde (APS) é um conjunto de funções que fornecem a promoção, prevenção, a entrada do usuário ao sistema de saúde, atendimento direcionado para a pessoa, diagnóstico precoce, tratamento e a reabilitação1,2. A APS fundamenta-se em quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação2. A coordenação é o quarto atributo e seria a articulação entre os serviços e ações relacionadas à saúde, que necessitam estar sincronizadas e contínuas para cada atendimento prestado, independentemente do local2. Entretanto, nem todas as necessidades de saúde podem ser contempladas na APS, ou seja, alguns casos precisam de encaminhamento para outro nível de atenção em saúde2. Para os serviços de saúde estarem sincronizados durante esse encaminhamento, é vantajoso o diálogo contínuo entre os níveis de atenção para solucionar qualquer mal entendido e para evitar ausência de informações para o caso2. Sendo assim, a continuidade no atendimento é um elemento estrutural essencial pois, por seu intermédio o profissional de saúde ficará ciente de todos os problemas apresentados2. Apesar da sua funcionalidade dentro do sistema de saúde, a coordenação apresenta alguns desafios dentro da unidade básica de saúde (UBS), já que o paciente é atendido por vários membros da equipe com o qual cada profissional ficará com informações diferentes e intervenções do serviço especializado de curta e de longa duração2. Objetivo: Avaliar o atributo coordenação na atenção primária à saúde da criança em Unidades Básicas de Saúde da área urbana de Londrina-PR. Metodologia: Pesquisa descritiva, de natureza quantitativa, multicêntrica, realizada nos municípios de Londrina-PR, Cascavel-PR e João Pessoa-PB, denominada Avaliação da Efetividade da Atenção Primária em Saúde da Criança. Entretanto, este trabalho tem como objetivo apresentar os resultados encontrados no município de Londrina - Pr. Os dados foram coletados de Agosto de 2012 a Janeiro de 2013 nas UBS da região urbana, totalizando 39 UBS das 53 UBS existentes em Londrina - Pr. A população foi composta por familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 12 anos, totalizando em 609 entrevistados e obedecendo aos seguintes critérios de inclusão (residente da área urbana; ter condições para ser o respondente do formulário; ter conhecimento da UBS que irá avaliar) e aos critérios de exclusão (utilizam o serviço para atividades específicas, tais como imunização; a criança foi consultada menos de 3 vezes). Foram utilizados dois instrumentos para as coletas: socioeconômico demográfico e PCATool - Brasil versão criança3. Segundo este instrumento, a coordenação é subdividida em integração de cuidados, que se refere à relação entre a UBS e o serviço especializado, e sistema de informações referente aos registros de saúde e consulta ao prontuário, com oito questões que podem ser avaliadas por índices numéricos (escores). A coordenação - integração de cuidados possui uma questão norteadora que indaga se a criança já consultou com o médico especialista. Caso a resposta fosse sim daria sequência às próximas questões. Se a resposta fosse não, encerrava-se esta subdivisão e continuava na próxima subdivisão que é coordenação - sistema de informações. A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, Parecer CEP/UEL nº 061/2012, em 15/05/2012, CAAE nº 01295412.2.1001.0107. Resultados: Os dados coletados com o questionário socioeconômico demográfico apontam a predominância de filho único com 39,7%, e quando perguntados sobre quem era o principal cuidador da criança, a mãe foi predominante com 78,8% relatos. Os anos de

estudos predominantes apresentados pelo pai e pela mãe foram de 10 a 14 anos. A ocupação do pai foi 41,4% trabalhando formalmente e a mãe com 35,8% do lar, sendo a renda familiar de dois a quatro salários mínimos a mais citada (73,1%) e a quantidade de dependentes desta renda foi de três a cinco pessoas (85,8%). Do total de 609 entrevistados, apenas 29,2% (n=178) relataram que as crianças consultaram com o médico especialista. Os escores são definidos a partir da média de cada pergunta e é considerado um escore alto, acima ou igual a 6,64. O escore obtido na coordenação - integração de cuidados foi 7,393. Neste item, duas perguntas ficaram com baixo escore, sendo elas: se o médico da UBS conversou sobre o que aconteceu durante a consulta com o especialista e se pareceu interessado na qualidade do atendimento no especialista, ficando com escore 6,553 e 6,573, respectivamente. A pergunta que ficou com maior escore nesta subdivisão foi referente se o médico da UBS sabe da consulta com o especialista, ficando com escore 8,333. Na subdivisão da coordenação - sistemas de informações o escore encontrado foi 7,620, sendo que as perguntas referente a levar os registros de saúde obteve escore 8,940, disponibilidade do prontuário na UBS com escore de 9,223 e à consulta/leitura do prontuário da criança, obteve escore 4,700. Conclusão: A coordenação atingiu altos escores em ambas as subdivisões. No entanto, três perguntas ficaram com baixos escores, o que indica a necessidade de aprimoramento do sistema de saúde. Conclui-se que o atributo coordenação, segundo os entrevistados, obteve alto escore, ou seja, este atributo está sendo capaz de exercer sua função, que é coordenar o sistema e estar ciente dos problemas de saúde do indivíduo, para a continuidade do atendimento independentemente do local em que ocorram as intervenções. Contribuições e implicações: A partir deste estudo observamos a importância da avaliação do atributo da coordenação na atenção primária à saúde. Conhecendo os resultados, os gestores e os profissionais de saúde poderão intervir em suas fragilidades para melhorar a continuidade do atendimento à saúde da criança. Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Continuidade da Assistência ao Paciente. Referências 1. Harzheim E. Texto referência: atenção primária na saúde (APS). Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde: Desafios do SUS. Brasília (DF); 2009. 2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS; 2002. 3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - Brasil. Brasília: MS; 2010. 4. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.

14342

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GISLEINE TIEMI DE SOUZA

AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DA CRIANÇA

Daschevi, JM; Souza, GT; Alves, BA; Tacla, MTGM;

Introdução: A atenção primária em saúde (APS) é o nível do sistema de saúde que oferece entrada a todas as necessidades e problemas, fornecendo atenção a enfermidade e a pessoa em si e suas condições. É o primeiro contato com o sistema de saúde e o responsável por organizar o cuidado à saúde da população em geral. Sendo considerada, portanto como porta de entrada do sistema de saúde1. Um serviço de atenção básica dirigido à população pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresentam os quatro atributos considerados como essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e os três considerados derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural1. Segundo1, orientação familiar é o conhecimento pelos profissionais de saúde sobre os fatores familiares relacionados à origem e aos cuidados das enfermidades. Segundo a mesma autora a orientação para a comunidade é definida como o conhecimento sobre as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato e relação com a comunidade, além de planejamento e avaliação dos serviços prestados. Ambas auxiliam os serviços a identificarem melhor os problemas relacionados à saúde infantil e, consequentemente, contribuem no planejamento de ações que podem melhorar a qualidade do atendimento à saúde, adaptando-as com a realidade e condições da família e da comunidade. O cuidado com a criança na atenção primária envolve também o ambiente familiar e comunitário em que ela está inserida. É a família quemantém um vínculo entre seus membros e tem grande importância na saúde destes, possuindo melhores condições para acompanhar e ajudar no cuidado e tratamento dos processos de saúde e doença de seus integrantes2. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar os princípios de orientação familiar e comunitária, da atenção primária à saúde da criança em Unidades Básicas de Saúde da área urbana de Londrina, Paraná. Materiais e Métodos: Estudo descritivo, de natureza quantitativa que faz parte de um projeto multicêntrico - Avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança - realizado simultaneamente nos municípios de Londrina-PR, Cascavel - PR e João Pessoa - PB. Foi realizado em 39 Unidades Básicas de Saúde do município de Londrina, as quais se encontram em área urbana. Baseado no critério de exclusão, 13 Unidades Básicas que pertencem à área rural, não participaram da pesquisa. A cidade possui uma cobertura de 70% do Programa Saúde da Família (PSF). Para as entrevista, foi utilizado o instrumento de avaliação da Atenção Primária (PCATool)-Brasil versão criança, já validado no Brasil e que permite medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. O período da realização das entrevistas foi entre os meses de agosto de 2012 a janeiro de 2013. Nesse estudo foram utilizadas apenas as perguntas referentes aos dois atributos mencionados no objetivo, o que corresponde aos itens I e J do instrumento. Os resultados são dados em forma de escore, calculados conforme o manual do instrumento3. Participaram da pesquisa pais/responsáveis das crianças menores de 12 anos de idade, as quais tinham realizado atendimento médico ou de enfermagem no mínimo três vezes na UBS de referência. Além disso, responderam também um questionário socioeconômico e assinaram o de consentimento livre e esclarecido (TCLE), onde os participantes foram informados e orientados sobre os objetivos e a garantia de sigilo dos dados pessoais presentes na pesquisa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, Parecer CEP/UEL nº 061/2012, em 15/05/2012, CAAE nº 01295412.2.1001.0107. Resultados: Das 609 entrevistas realizadas, as mães foram as principais

cuidadoras das crianças com 79,15%. Houve prevalência dasfamílias com filho único (40,72%). Mais da metade dos cuidadores possuíam acima de 10 anos de estudo (54,9%).A orientação familiar obteve um resultado não satisfatório com escore 5,082. O considerado ideal é no mínimo 6,64. Das três perguntas que compõe o atributo, duas, receberam valores inferiores a esse valor. Estas se referiam à participação dos cuidadores no tratamento das crianças e sobre possíveis reuniões entre os profissionais e a família da criança, recebendo os escores 3,350 e 5,007, respectivamente. A única pergunta que recebeu um escorealto foi a que questionava se os profissionais perguntavam sobre doenças que ocorrem na família (6,887). A orientação comunitária também não teve resultados satisfatórios (5,462). Neste atributo apenas a pergunta sobre a realização de visitas domiciliaresatingiu o valor ideal de escore (7,057). O conhecimento dos problemas da vizinhança pelo serviço obteve escore 6,357; a realização de pesquisas para identificar os problemas recebeu 5,430 e o pior escore foi o relacionado ao convite para a participação no conselho de saúde (3,003). Conclusões: Levando em consideração, que Londrina possui uma cobertura de 70% do PSF, e que esse serviço tem como foco principal a família e, em consequência, a comunidade, notamos que os serviços não estão conseguindo ainda fornecer uma atenção adequada a elas, e que as mesmas não estão sendo valorizadas para a atenção voltada à criança. Conclui-se então que ambos os atributos precisam ser melhor desenvolvidos nas unidades, através do aperfeiçoamento e implantação de novas medidas para que possam então ajudar na melhoria da qualidade da atenção básica à saúde da criança. Contribuições para a enfermagem: Uma avaliação dos serviços auxilia a enfermagem a identificar os problemas relacionados à saúde infantil e, consequentemente, contribuipara o planejamento de ações no próprio serviço que poderão melhorar a qualidade do atendimento à saúde, adaptando-as à realidade e condições da família e da comunidade. Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde; Atenção primaria á saúde; Serviços de saúde. Referências 1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS; 2002. 2. Angelo M, Bousso S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde-Brasília: Manual de Enfermagem / Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. p. 09-13. 3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - Brasil. Brasília: MS; 2010. 4. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.

13999

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GLAUCIA RANQUINE LUZ

O SIGNIFICADO DE CUIDAR DA CRIANÇA COM LEUCEMIA: A VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO.

Luz, GR; Pacheco, STA; Rodrigues, BMRD;

Introdução: Entre as neoplasias mais frequentes na infância, na distribuição mundial, estão as leucemias (33%), diagnosticadas em crianças menores de quinze anos, seguidas pelos tumores de sistema nervoso central (20%) que constituem o mais frequente grupo de neoplasias sólidas malignas na faixa pediátrica, de acordo com a estimativa do INCA1. Ainda hoje apesar dos avanços o manejo da leucemia infantil é um desafio para a equipe multidisciplinar e em especial para o enfermeiro que realiza cuidados contínuos durante todo tempo em que a criança permanece internada. Nesse contexto, a atuação do enfermeiro junto ao paciente oncológico pediátrico e sua família deve se constituir não somente de cuidados que envolvam o planejamento de intervenções, aplicação de conhecimentos técnico-científicos, mas também de cuidados que abarquem todo o contexto biopsicossocial desta criança e sua família2. Entretanto, estudos apontam que os profissionais de enfermagem, ao lidar com crianças nessa situação, vivenciam vários conflitos internos deixando aflorar em suas emoções a fragilidade e a impotência do ser humano diante de situações tão complexas como a de cuidar dessas crianças3. Em face do exposto, o presente estudo tem por Objetivos: compreender o significado de cuidar de uma criança com leucemia para o enfermeiro, conhecer os elementos que motivam esses profissionais a continuar cuidando desta criança e identificar as estratégias de enfrentamentos dos enfermeiros para cuidar da criança com leucemia. Descrição metodológica: estudo qualitativo, descritivo. O cenário foi um hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro e os sujeitos, 08 enfermeiros que cuidam de crianças com leucemia. Atendendo as recomendações da Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa, foi submetido à apreciação e à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição na qual a pesquisa foi desenvolvida. Para a coleta de dados realizou-se a entrevista semiestruturada, gravada em fita cassete. Posteriormente estas foram transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo, na modalidade temática4. Resultados: Como resultados emergiram 03 categorias: 1. Cuidar da criança com leucemia e sua família; 2. A motivação de cuidar a partir do sorriso da criança e 3. Diversas estratégias de enfrentamento realizadas pelos enfermeiros ao cuidar de uma criança com leucemia. A partir dessas categorias foi possível perceber que para os enfermeiros, cuidar da criança com leucemia significa cuidar não só da criança como também de sua família. Ao cuidar da criança e da família busca fazer o melhor, dar atenção e carinho. A busca pela construção de uma relação de apoio para com esses familiares por parte dos enfermeiros é inevitável, pois na maioria das vezes, essas crianças permanecem internadas por um extenso período para tratamentos e/ou por hospitalizações frequentes. Estudos que tratam das vivências da família frente ao câncer infantil apontam que o núcleo familiar sucumbe diante da doença da criança, tendo seu cotidiano alterado e sendo envolvida no mundo da doença de seu filho. Sendo assim o diagnóstico do câncer infantil representa um impacto também para os pais5. Portanto, é preciso estar sempre atento às particularidades de cada criança e sua família para prestar um cuidado com qualidade. Vale ressaltar que, a qualidade do cuidado está diretamente relacionada a um contato mais próximo e à qualidade da relação, os quais, por sua vez, poderão influenciar a recuperação do ser que é cuidado. Com relação a principal motivação para os enfermeiros continuarem cuidando da criança com leucemia encontra-se no sorriso expresso por esses pequeninos e pela gratidão demonstrada pelos familiares. Motivo é tudo aquilo que dá estímulo ao ser. As pessoas se motivam por formas diferentes. Somos motivados quando realizamos tarefas que gostamos que nos deem prazer. Atuar com estas crianças para esses enfermeiros se torna mais fácil diante da alegria

delas, de estarem tendo o seu trabalho, esforço e assistência reconhecidos, o que com certeza os impulsiona a estarem ali ao lado delas. Além disso, a família ao demonstrar o sentimento de gratidão para com os enfermeiros reconhece que este profissional realizou um cuidado diferenciado em favor de sua criança, valorizando desse modo, o papel deste profissional neste momento tão especial de suas vidas. No que se refere às estratégias que os enfermeiros utilizam para continuar cuidando desta clientela pediátrica, apontaram: a busca de mais conhecimento acerca da doença, a realização de atividades de lazer (ir ao cinema, shopping), praticar algum esporte, frequentar uma academia e fortalecer sua fé, buscando ainda mais sua religião. Conclusão: Concluímos que para o enfermeiro, cuidar da criança com leucemia, significa se apegar à criança, apoiando na medida do possível sua família. Cuidar de crianças portadoras de leucemia significa levar em consideração não apenas os elementos técnico-científicos, mas também as atitudes que caracterizam o cuidar humanizado. Implicações para a enfermagem: O estudo sugere que sejam desenvolvidas formas de apoiar, tanto tecnicamente quanto emocionalmente, os profissionais que atuam com crianças com diagnostico de leucemia permitindo que eles expressem suas vivências e ajudem-se mutuamente melhorando a sua qualidade de vida e consequentemente a assistência prestada a essas crianças. No que tange aos aspectos relacionados às estratégias de enfrentamentos desenvolvidas pelos enfermeiros para cuidar das crianças com leucemia, os resultados deste estudo corroboram com a relevância de um suporte emocional a ser proporcionado a esses profissionais. De maneira prática, o que sugerimos é a constituição de um grupo terapêutico para que esses profissionais se expressem e se percebam mais habilitados e preparados para enfrentar as especificidades e adversidades de seu cenário de trabalho. Acreditamos na importância dos enfermeiros e demais profissionais de saúde compreender a necessidade do cuidar de si e consequentemente cuidar de forma melhor do outro, o que pode propiciar um cuidado mais efetivo. Descritores: enfermagem; leucemia; criança. Referências: 1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010-Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: http://www.inca.gov.br. Acesso em 18/03/2012 2. Maranhão TA, Melo BMS, Vieira TS, Veloso AMMV, Batista NNLAL. A humanização no cuidar da criança portadora de câncer: fatores limitantes e facilitadores J Health Sci Inst. 2011; 29:106-9. 3. Paro D, Paro J, Ferreira DLMO. enfermeiro e o cuidar em oncologia pediátrica. Arquivo de Ciências da Saúde. 2005; 12: 151-57. 4. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004. 5. Moreira GMS, Valle ERM. Estudos bibliográficos sobre publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil, no período de 1980 a 1997. Revista Brasileira de Cancerologia. 1999; 45:27-35.

13930

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GLAUCIA STEIN MARTINS

O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COM INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DO ENFERMEIRO AO CUIDAR DA CRIANÇA COM ANEMIA FALCIFORME

Almeida, FABIANE; Martins, GLAUCIA;

Introdução: O brinquedo terapêutico (BT) tem sido cada vez mais utilizado, ainda que de forma modesta, considerando as inúmeras vantagens desta prática. Para a criança, possibilita o alívio da tensão ao lidar com situações estressantes por meio da brincadeira, auxiliando-a a compreender o que acontece com ela (BT dramático).1-2 Permite, ainda, que ela aprenda sobre os procedimentos realizados, como se sentirá e como colaborar nesse momento (BT instrucional).1-2 Também é muito efetivo ao transformar uma atividade terapêutica necessária à recuperação da criança em brincadeira, motivando-a a realizá-la com prazer (BT capacitador de funções).1-2 Os familiares, por sua vez, ao perceberem que a criança é respeitada e atendida em suas necessidades, cooperando com os procedimentos, tranquilizam-se. E também se beneficiam das explicações do profissional sobre o que acontecerá com seu filho. Quanto aos profissionais, com a maior cooperação da criança no procedimento, aumentam as chances de sucesso, tornando-o mais rápido e menos estressante para todos.2 Entretanto, o BT pode ser muito valioso ao permitir ao enfermeiro compreender como a criança vivencia a experiência traumática, constituindo-se em importante estratégia diagnóstica para o planejamento de sua atuação. Diante disso, as autoras deste estudo propõem-se a explorar mais sobre o uso do BT como instrumento de avaliação de crianças hospitalizadas. Objetivo: Descrever o uso do BT dramático como instrumento de avaliação pelo enfermeiro ao cuidar de uma criança com anemia falciforme. Método: Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. Foi realizado um estudo de caso com uma menina de seis anos, internada em um hospital público especializado em pediatria, situado na cidade de São Paulo. Os dados foram coletados por meio da observação e entrevista com a criança na sessão de BT dramático, entrevista com a mãe e pesquisa em prontuário. A sessão durou 28 minutos, utilizando-se boneca, estetoscópio, seringa, frasco de soro, equipo com bureta e esparadrapo. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Resultados: ACCS mora com os pais adotivos, sendo diagnosticada a anemia falciforme no 6º mês de vida, quando os dedos das mãos e dos pés edemaciaram. Esta hemoglobinopatia genética e hereditária caracteriza-se por manifestações sistêmicas decorrentes da hemólise pela destruição aumentada das hemácias e da obstrução causada pelo afoiçamento destas células, causando hipóxia e necrose. O quadro inicia nos primeiros meses de vida, quando a hemoglobina F (fetal) passa a ser substituída pela S que, quando desoxigenada, forma cristais alongados que dão forma de foice ao eritrócito. 3-4 A crise álgica é a primeira manifestação clínica, ocorrendo na forma de dor e edema de mãos e pés. 3-4. ACCS tem sido hospitalizada com frequência e, dessa vez, foi internada devido a crises álgicas e infiltração em pulmão direito ao raio X. Essa alteração radiológica, associada a febre, dor torácica e sintomas respiratórios, caracteriza a síndrome torácica aguda.3-4 Taquicárdica, taquipnéica, com retração de fúrcula e subdiafragmática e queda da saturação de O2, a criança permanecia em oxigenoterapia, recebendo broncodilatador inalável e corticoide injetável. Descorada devido à anemia (hemoglobina=8,0g% e hematócrito= 25,4%), apresentava hiperemia orofaríngea e algia lombar, utilizando dipirona, morfina e hidratação venosa. A desidratação intensifica as crises álgicas. 3-4 No 2º dia, apresentou febre, iniciando antibioticoterapia e recebendo hemotransfusão. Infecções e anemia acentuada também intensifica as crises álgicas.3-4 No dia subsequente, apresentou melhora progressiva do estado geral e da febre, quando foi realizada a sessão de BT. Aceitando prontamente o convite, ACCS pegou a sacola e começo a explorar os

brinquedos. Dramatizou várias vezes a punção de veia e a infusão de soro e medicamentos pela bureta. Ao final da sessão, concordou em terminá-la, pedindo para brincar mais alguns minutos. A análise do conteúdo das sessões possibilitou elaborar três categorias: "Enfrentando o medo e o sofrimento relacionado à terapia intravenosa"; "Tendo que conviver com a dor e o desconforto"; "Mostrando-se fortalecida para lidar com a hospitalização". A dramatização repetida do uso da bureta evidencia uma fonte de constante preocupação e estresse para ela. Torna-se claro que ela teme sofrer com a perda do acesso venoso ao final da infusão de medicamentos ou quando a punção não é realizada com sucesso, tendo que repeti-la: "Olha a veia dessa menina, está quase estourando...instala aqui, enquanto eu vou conectar aqui primeiro...conecta aqui, rápido...(pede ajuda do adulto)...não perdeu, ela está com polifix". As crises álgicas foram abordadas na sessão, quando a criança dramatizou a administração de morfina: "ela vai tomar... ah , morfina, morfina, morfina... (o adulto pergunta para que serve)... Ela está com dor...você sabe muito bem". Ela também relatou o desconforto ao verificar a pressão arterial (PA): "é para medir pressão (responde ao adulto quando lhe pergunta para que serve o manguito de PA)... não, eu acho chato, dói... o problema é que aperta o braço e fica inchado (responde quando lhe perguntam se gosta de verificar a PA). A dor e o sofrimento causados pela doença também são manifestados por crianças de um estudo durante a brincadeira, apontada por elas como uma fonte de alívio.4 Todavia, apesar do sofrimento, a criança mostrava-se fortalecida emocionalmente, interessando-se por brincar, dominando a situação, decidindo, recusando intervenções do adulto que a desviavam do seu foco de atenção e aceitando aquelas relacionadas ao contexto dramatizado por ela:"Pega o soro ali, tira dali, tira....isso, vai, vai...Deixa isso aqui (soro)! Você segura o braço dela e eu furo... será que não está inchado aqui? Vamos, vamos... já foi (manda o adulto fixar o cateter com esparadrapo)...Graças a DEUS....põe para lavar...". A capacidade de brincar livremente é um indicador confiável do estado geral da criança e de ego fortalecido. Informações obtidas durante a brincadeira reforçam a presença de diagnósticos de enfermagem como: Dor crônica, Medo e Disposição para comunicação aumentada.5 Conclusões: Os dados evidenciam, mais uma vez, que o BT é uma tecnologia avançada de cuidado que deve ser reconhecido pelo enfermeiro como indispensável em sua prática. Ainda que o uso como estratégia de intervenção seja bastante divulgado na literatura, seu papel como instrumento de avaliação diagnóstica ainda é pouco explorado. Ao propiciar à criança expressar-se livremente, o BT possibilita ao profissional conhecer melhor as necessidades dela, podendo trazer contribuições significativas na validação de diagnósticos de enfermagem específicos para a área pediátrica.

Referências 1- Ribeiro CA, Almeida FA, Borba RIH. A criança e o brinquedo no hospital. In: Almeida FA, Sabatés AL (orgs). Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri: Manole; 2008. p. 65-77. 2- Jansen MF, Santos RM, Favero L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. Rev Gaúcha Enferm 2010; 31(2):247-53. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de Eventos Agudos em Doença Falciforme. [internet] 2009; Brasília: Ministério da Saúde. [citado 2013 jul19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_eventos_agudos_doenca_falciforme.pdf 4. Souza AAM, Ribeiro CA, Borba RIH. Ter anemia falciforme: nota prévia sobre seu significado para a criança expresso através da brincadeira. Rev Gaúcha Enferm 2011; 32(1):194-6. 5. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnóstico de Enfermagem da Nanda: definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010. Descritores: jogos e brinquedos; criança hospitalizada; anemia falciforme.

14480

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GRASIELE CAROLINE RODRIGUES

ASSOCIAÇÃO ENTRE DIABETES MELLITUS TIPO 1 E DOENÇA CELÍACA: QUAIS SÃO AS EXPERIÊNCIAS DAS CRIANÇAS?

Rodrigues, GCR; Damião, EBCD; Brancaglioni, BCAB; Queiroz, MSQ; Nery, MN;

Entre todas as doenças crônicas que podem ocorrer na infância, Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) é considerada a endocrinopatia mais comum e corresponde a 5-10% dos casos de diabetes, aproximadamente. Ele é caracterizado por início súbito e, embora seu início seja predominante na infância, pode ocorrer em qualquer idade (1). Como o DM1 é uma doença causada por um processo auto-imune,outros processos semelhantes podem ocorrer simultaneamente podendo haver a associação do diabetes com os distúrbios da tireóide e a doença celíaca (DC), que é uma desordem intestinal crônica imuno-mediada que se caracteriza por hipersensibilidade e intolerância permanente ao glúten do trigo, centeio, cevada e aveia (2-5). A prevalência da DC em pacientes com DM1 é muito maior, podendo ultrapassar 10% (5,6). A doença crônica pode influenciar emocionalmente a criança, principalmente quando se refere às dificuldades encontradas no tratamento. A partir do diagnóstico, a criança e seus familiares vivem uma série de sentimentos e dúvidas acerca dessa nova doença. O impacto do diagnóstico causa a primeira dificuldade da família: aprender a vivenciar a doença crônica da criança (7). A literatura aponta que os estudos sobre a prevalência da Doença Celíaca entre portadores de DM1 são escassos e, em muitos serviços de saúde a investigação da DC ainda não foi incorporada à rotina de seguimento dos pacientes com DM1. Só foram encontrados estudos sobre o impacto dessas doenças separadamente. Com base nas considerações apresentadas, é necessário que sejam realizadas pesquisas sobre a experiência da criança ao conviver com essas duas doenças crônicas, visto que não há estudos nacionais ou internacionais que enfoquem a experiência da criança ao se deparar com o diagnóstico da DC durante o tratamento da DM1. Desse modo, propusemo-nos a realizar um estudo exploratório, qualitativo e descritivo sobre a experiência das crianças que convivem diariamente com o DM1 e DC, tendo como objetivos: a) Compreender como a criança com DM1 e DC vivencia a sua experiência de doença e b) Identificar como a criança lida com as duas doenças crônicas no dia a dia. Compreender as percepções das crianças pode aprimorar o conhecimento sobre o manejo de duas doenças crônicas, o que pode colaborar para a prática de enfermagem, pesquisas, cuidados em saúde e formação de novos conhecimentos. Além disso, possibilita maior compreensão das necessidades da criança nesta fase de sua vida, auxiliando o diálogo entre ela e o profissional de saúde e o enfermeiro poderá colaborar com a equipe multidisciplinar para o sucesso do manejo das duas doenças com o apoio da criança e de sua família. O método qualitativo é recomendado quando se conhece pouco a respeito de um fenômeno ou pretende-se descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito(7). Escolhemos como metodologia para a análise dos dados a Análise de Conteúdo, que é compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa, que inclui a análise do documento em busca de seu sentido formando categorias que podem ser apriorísticas ou não. Utilizamos as categorias não apriorísticas, que são aquelas que emergem totalmente do texto formado pela entrevista. Desse modo, o processo de categorização exigiu um ir e vir ao material analisado, a fim de não se perder de vista os objetivos do estudo. A partir da definição das categorias e subcategorias, foi realizado o agrupamento temático das mesmas. Foram convidadas a participar do estudo crianças escolares de 9 a 11 anos que tenham diagnóstico de DM1 há pelo menos um ano e diagnóstico confirmado de Doença Celíaca, sem importar o tempo do mesmo, porém com o tratamento já estabelecido, mas a amostra encontrada foi de apenas 3 crianças mesmo com alta incidência na literatura, sendo necessário incluir participantes com maior

faixa etária. Convidamos então adolescentes de 12 a 18 anos, seguindo os mesmos critérios de inclusão. O período de um ano após o diagnóstico de DM1 foi estabelecido a fim de que os participantes tivessem tempo de se recuperar do impacto do diagnóstico, além de permitir que eles vivenciem a experiência de doença. Em relação à DC, não achamos necessária a determinação do tempo de doença, pois interessa-nos a experiência de um segundo diagnóstico de doença crônica, incluindo o período de diagnóstico e início de tratamento. Os dados foram coletados em um ambulatório de endocrinologia pediátrica de um hospital escola da cidade de São Paulo e na casa de duas crianças através de entrevistas semi-estruturadas áudio-gravadas digitalmente, tendo como questão norteadora: "Conte-me como é para você conviver com duas doenças: o Diabetes e a Doença Celíaca". A partir desta questão, outras foram formuladas a fim de esclarecer melhor e fundamentar a experiência de doença da criança e do adolescente. Os dados foram divididos em nove categorias que englobam o momento do diagnóstico de uma segunda doença crônica, as relações familiares, o convívio social, as dificuldades encontradas, e a adaptação com a nova condição crônica. As categorias estabelecidas foram: Sendo difícil receber outro diagnóstico de doença crônica; Sendo difícil conviver com a dieta da doença celíaca; Convivendo com a doença celíaca; Tendo vida social; Convivendo com o diabetes; Utilizando recursos; Recebendo apoio; Não tendo apoio e Ainda adaptando-se às doenças. A categorização e a subcategorização nos permitiu entender a maneira como as crianças e os adolescentes vivenciaram a experiência de lidar com duas doenças crônicas de forma simultânea, onde a dieta isenta de glúten se mostra como a principal dificuldade. Ao narrarem sua experiência de vivenciar duas doenças crônicas, os entrevistados atribuem maior dificuldade à DC, principalmente as limitações impostas pela dieta, que é um ponto de intersecção entre as duas doenças, além disso, o impacto dela na vida das crianças pode variar de acordo com as características socioeconômicas da família e o suporte social. Outra necessidade apresentada pelos participantes foi a de obter mais informações sobre a DC, pois a escassez sobre a mesma potencializou o impacto negativo do diagnóstico. Este estudo proporcionou às crianças e adolescentes com DM1 e DC um espaço para falarem sobre sua experiência em conviver com duas doenças crônicas, colocando em foco suas necessidades, dificuldades e expectativas. O estudo mostra a importância do enfermeiro em planejar estratégias junto à criança/adolescente e sua família que minimizem o impacto da dieta e das doenças na vida dos mesmos. Palavras-chave: Criança, Diabetes Mellitus Tipo 1, Doença Celíaca REFERÊNCIAS 1.Ize-Ludow D, Sperling MA. The classification of diabetes Mellitus: A conceptual framework. Pediatr Clin North AM. 2005;52(6):1533-52. 2.Prázný M, Skrha J, Límanová Z, Vanícková Z, Hilgertová J, Prázná J, et al. Screening for associated autoimmunity in type 1 diabetes mellitus with respect to diabetes control. Physiol Res. 2005;54(1):41-8. 3.Mathieu S, Stassen A, Paquot N, Scheen AJ. Le diabète de type 1 et la maladie coeliaque. Rev Médicale de Liège. 2006; 61(9):637-42. 4.Castro LP, Coelho LGV. Gastroenterologia. Vol 2. Rio de Janeiro. Medsi, 2004. 5.Araújo J, Silva GAP. Doença celíaca e diabetes melito tipo 1: explorando as causas dessa associação. Rev Paul Pediatr. 2006; 24(3):262-9. 6.Mont-Serrat C, Hoineff C, Meirelles RMR, Kupfer R. Diabetes e Doenças Auto-imunes:Prevalência de doença celíaca em crianças e adolescentes portadores de Diabetes Melito Tipo 1. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2008;52(9): 1461-1465. 7.Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Ver Bras Enferm. 2004; 57 (5): 611-4.

13783

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GREICE CARVALHO DE MATOS

PET- SAÚDE DA FAMÍLIA: ESPAÇO DE CUIDADOS À SAÚDE DA CRIANÇA

Matos, GCM; Aires, NTA; Pereira, CSP;

Introdução: A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento da criança saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial.1 A puericultura visa a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também a prevenção de agravos à saúde da criança, por meio de acompanhamento periódico e sistemático da equipe multiprofissional de atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta da consulta de enfermagem, consulta odontológica, consulta medica, visitas domiciliares e grupos educativos no âmbito da Atenção Básica.[2] A consulta de enfermagem à criança envolve uma sequencia de ações sistematizadas: histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem, e avaliação da consulta; visando oferecer uma assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.[1] Nesta perspectiva a Lei nº7.498/86 do Exercício Profissional da Enfermagem regulamenta esta atividade como privativa do enfermeiro, assim como a Resolução COFEN/159 que estabelece a consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição publica e privada, e regulamenta a consulta, prescrição de medicamentos e requisições de exames como ações do enfermeiro.[3] Desta forma, o profissional de enfermagem pode utilizar-se deste espaço para promover o cuidado à saúde integral da criança. Objetivo: O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do cuidado de enfermagem realizado na consulta de puericultura, por acadêmicas de enfermagem inseridas no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Pró- Saúde/Pet-Saúde - Redes de atenção. Metodologia: As atividades de puericultura foram realizadas em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família do interior do Rio Grande do Sul. Este estudo caracteriza-se como um relato de experiência realizado por acadêmicos integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Pró- Saúde/Pet-Saúde - Redes de atenção (que se constitui num programa do Ministério da Saúde e Educação destinado a viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS), durante as consultas de puericultura realizadas com crianças pertencentes aquela área, compreendendo o período entre os meses de novembro de 2012 à abril de 2013. As crianças foram atendidas pelas acadêmicas de enfermagem inseridas no programa supracitado, supervisionadas pelo enfermeiro da Unidade, todas as segundas-feiras no período da manhã, agendadas em tempos predeterminados conforme idade e desenvolvimento de cada uma.Durante as consultas foi realizado o histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, e prescrição de enfermagem, visando oferecer uma assistência de enfermagem integral, em prol da saúde da criança em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde. Resultados e Discussão: As consultas de puericultura foram realizadas em uma Unidade Básica de Saúde do interior do Rio Grande do Sul, por acadêmicos do PET-Saúde, onde os mesmos executaram as atribuições do enfermeiro, preconizadas pelo programa de puericultura, que são: realizar o exame físico na criança, identificando riscos em seu crescimento e desenvolvimento; agendar a primeira consulta com o pediatra e demais quando forem identificados riscos

de agravos à saúde; fornecer a relação dos nascidos vivos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e solicitar a busca ativa para identificação dos faltosos do programa; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança; verificar e administrar as vacinas conforme o calendário básico de vacinação; incentivar o aleitamento materno exclusivo (AME) até o seis meses e após este período orientar acerca da alimentação complementar; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; ouvir as dúvidas da mãe ou de outros membros da família que participam das consultas procurando esclarecê-las.4 Os familiares demonstraram-se receptivos às orientações, e isto foi possível devido o vinculo estabelecido no decorrer das consultas. Acredita-se que esta interação positiva trouxe apenas benefícios para a criança, desenvolvendo suas potencialidades, e para os pais/cuidadores que se mostraram seguros, ampliando sua autonomia, afim de prestar cuidados essenciais para o bom desenvolvimento de seus filhos.Por meio das atividades dos alunos, em conjunto com a equipe da Unidade de Saúde, foi possível detectar déficits de peso e/ou estatura e também de casos de obesidade, e atuar afim de evitar comprometimentos futuros à saúde da criança. Nesta perspectiva, a consulta de puericultura mostra-se, mais uma vez, como um instrumento de triagem na detecção precoce de riscos e agravos ao desenvolvimento infantil, além de ser o cenário no qual o profissional enfermeiro pode orientar pais e familiares buscando promover um ambiente seguro e facilitador para que a criança se desenvolva de maneira saudável.5 Conclusão:O presente trabalho possibilitou conhecer a importância do cuidado de enfermagem à família e a criança, pois a consulta de puericultura permitiu identificar dificuldades, avaliar e intervir tendo assim um envolvimento colaborativo de ambas as partes. Ainda, verificou-se a satisfação dos envolvidos com o atendimento, o que resulta em satisfação profissional para nós, enquanto acadêmicos, que participarmos deste processo.Este espaço permitiu aos acadêmicos de enfermagem do PET-Saúde qualificar sua formação profissional, possibilitando que os mesmos adentrem no mercado de trabalho mais preparados para executa-las de maneira adequada, com vista a atingir a promoção do cuidado integral da família, criança e da comunidade. Contribuições/ implicações para a Enfermagem: As consultas de puericultura possibilitam ao profissional/acadêmico de enfermagem cuidar da saúde da criança de forma integral, prevenindo doenças e agravos à saúde, e ao mesmo tempo possibilita ter uma visão critica e social do ser humano, e desta maneira contribuir para os avanços dos programas de Atenção Básica e da consolidação do Sistema Único de Saúde. O PET-Saúde aparece como um dispositivo facilitador e estimulador no processo ensino-aprendizagem e na integração ensino-serviço. Eixo II: Cuidado à Saúde da Criança Descritores: Enfermagem. Cuidado da Criança. Saúde da Família. Referências: 1. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saparolli, ECLS.Consulta de enfermagem em puericultura:a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.São Paulo (SP). Rev Esc Enferm USP.2011.45(3):566-74 2. Ceará. Secretaria do Estado da Saúde. Manual de normas para saúde da criança na atenção primária: módulo I: puericultura.Fortaleza; 2002. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília:Ministério da Saúde, 1986 [acesso em 2013 Ago 20]. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/node/4161 4. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marco SS.Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. Cogitare Enferm. 2012. Jan-Mar; 17(1):119-25. 5. Santos, MEA, Quintão TN, Almeida, RX. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Esc. Anna Nery. 2010.14(3):591-8.

14136

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GREICE MACHADO PIESZAK

ASPECTOS CULTURAIS DO CUIDADO FAMILIAL À CRIANÇA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Pieszak, GM; Neves, ET; Arrué, AM; Naidon, AM; Schaefer, TIM; Silveira, A;

INTRODUÇÃO O cuidado familial é um conceito amplo, que representa o processo apreendido e construído pela família, definido a partir da cultura da família, das interações sociais intrafamiliares e extrafamiliares, ao longo do processo de vida da família, e nas etapas de vida do ser humano1. Neste contexto, a família pode ser definida de distintas formas, pois não é formada apenas por pessoas, mas por diversas relações construídas. Diante desse contexto,os aspectos culturais do cuidado estendem-se às práticas de cuidado à saúde dos indivíduos possuem uma estreita ligação com as crenças, valores, relações, deveres e direitos do sistema familiar. A cultura, a estrutura social e o ambiente físico influenciam a forma como os indivíduos percebem e vivenciam o processo estar saudável/estar doente e as suas necessidades de cuidados, e isto, por sua vez, determina a forma como as famílias cuidam de seus membros1. Diante disso, o interesse em estudar as influências dos aspectos culturais no cuidado à saúde da criança, sucedeu de reflexões e estudos. Por conseguinte, o empenho em analisar as produções científicas acerca dessas influências culturais pauta-se no fato de pensar modos e maneiras de entender as diferentes práticas de cuidado destinado a manutenção da saúde da criança. Além disso, espera-se contribuir para sintetizar o conhecimento disponível e apontar suas implicações para a prática da enfermagem e para a condução de pesquisas futuras. OBJETIVOS Este estudo teve como objetivo, identificar nas produções científicas os principais aspectos culturais que influenciam no cuidado à saúde da criança. METODOLOGIA Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que teve como questão norteadora: quais os aspectos culturais influenciam no cuidado à saúde da criança? O estudo foi realizado por meio de busca online das produções científicas que contemplassem a temática saúde da criança e cultura. A captura dessas produções foi processada na Biblioteca Virtual em Saúde, no mês de agosto de 2013. Os descritores utilizados foram: "saúde da criança" e "cultura", conforme os Descritores em Ciências da Saúde, e empregou-se, juntamente, o operador boleano AND. Não foi utilizado recorte temporal. Estabeleceram-se como critérios de inclusão para a seleção: artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol em texto completo que atendessem aos objetivos do estudo. Os critérios de exclusão: apenas resumo disponível online e produções científicas na forma de editoriais. Perante o exposto, foram encontrados 1126 artigos na totalidade, destes, 156 estavam disponíveis em texto completo, sendo, 50 em língua portuguesa, 94 em língua inglesa e 13 em língua espanhola. Considerando-se os critérios de inclusão, após a leitura de títulos e resumos, permaneceram 21 artigos disponíveis para análise dos dados. Especificamente nas bases de dados encontrou-se: 17 artigos na LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), 1 artigo na LILACS e BDENF (Base de Dados de Enfermagem), 2 artigos na MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), um artigo na PAHO (Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde)/REPEDISCA(Literatura em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente). Os artigos selecionados foram organizados em uma ficha documental, utilizando os seguintes indicadores: código, autores, título, objetivo, caracterização do estudo e população, bem como a conclusão. Após, os dados foram analisados utilizando a técnica de análise temática de Minayo2. RESULTADOS E DISCUSSÃO A análise dos manuscritos possibilitou a construção de uma categoria que atende as especificidades no cuidado à saúde da criança nos diferentes aspectos: hábitos de higiene, doenças respiratórias, aspecto nutricional. O cuidado é uma prática universal e dinâmica que permeia atitudes, formas de viver, se expressar, se relacionar e, sobretudo, sofre influências familiares de acordo com aspectos educacionais,

socioeconômicos, históricos e culturais, como afirma a enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger em sua Teoria do Cuidado Transcultural3. Referente aos atores do cuidado à saúde da criança observou-se, em alguns estudos, a presença da mãe e das sogras (avós), e, nenhuma referência é feita ao homem-pai. Por consequência, essa situação pode estar relacionada à forte questão social e cultural que responsabiliza, exclusivamente, as mulheres no cuidado e educação dos filhos, por estarem biologicamente envolvidas com a maternidade no ato de gestar, parir e amamentar 4. Da mesma forma, os saberes e as práticas, necessárias para as mães prestarem o cuidado aos seus filhos, são construídos principalmente no convívio com as pessoas próximas a elas, pessoas que cuidaram delas, ensinaram-nas a cuidar e que são seus referenciais, como: mães, sogras, avós, tias, entre outras. Isso acontece porque essas pessoas que ensinam são e estão muito presentes, além de possuírem vasta experiência no cuidado com os filhos3,4. Quanto ao cuidado à saúde da criança, pelos profissionais, algumas produções abordam que, com frequência, essas práticas não surtem efeito, por haver desconhecimento das crenças ou desconsideração dos entraves culturais entre o saber científico e o saber popular5. Em alternativa, trata-se que esse cenário apenas será modificado quando o universo sociocultural das ações em saúde for contemplado, a fim de que a assistência planejada esteja de acordo com o modo de vida de cada grupo social. Então, é preciso entender o cuidado à saúde da criança a partir de ações compartilhadas entre profissionais, mães e/ou responsáveis. O conhecimento profissional poderá ser assimilado pelas famílias, se colocado de maneira compreensiva e numa linguagem coerente com cada cultura. Há de se entender, no entanto, que as famílias preservam, de certa forma, seu modo de cuidar conforme aprendido em seu meio cultural e isto é legítimo5. Entretanto, alguns estudos analisados destacam que o cuidado à criança vai além das práticas e técnicas de alimentar, higienizar e curar, mas também contempla os cuidados afetivos, para que a criança sinta-se amada, desejada e feliz. Esses cuidados começam ainda na gestação, por meio da adoção de práticas saudáveis de vida e da aceitação da gravidez pela mulher e pela família que, nessa etapa, lhe oferece carinho, afeto e suporte. CONCLUSÃO Por meio deste estudo, concluiu-se que a cultura, a qual os diversos grupos sociais pertencem, exerce intensa influência no cuidado aos seus membros, de diferentes terapêuticas populares utilizadas, na maioria das vezes pela figura da mulher, para reestabelecer o equilíbrio vital da criança doente. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM Nesse contexto, cabe ressaltar que a forma que o cuidado à saúde da criança é realizado por diferentes sujeitos, e que este cuidado é reflexo de seu meio social. Portanto, faz-se necessário que o saber científico, representado pelos profissionais, compreenda e valorize os aspectos culturais que permeiam o cuidado a fim de promover a qualidade de vida da criança e sua família. REFERÊNCIAS 1. Elsen, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: Elsen, I. (Org.) Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-77. 2.Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010. 3. Silva MDB, Silva LR, Santos IMM.O cuidado materno no manejo da asma infantil: contribuição da enfermagem transcultural. Esc. Anna Nery RevEnferm. 2009;13(4): 772-779. 4.Zanatta EA, Motta MGC. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. Rev Gaucha Enferm. 2007;28(4):556-563. 5. Nations MK, Calvasina PG, Martin MN, Dias HF. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil.Cad Saúde Pública. 2008;24(4):800-808.

14067

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GUSTAVO MARINO FERREIRA SORGI

PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO: CARACTERIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS.

Sorgi, GMF; Monteiro, ATA; Ferrari, RAP; Silva, SDSS; Rocha, EL;

PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO: CARACTERIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS. Gustavo Marino Ferreira Sorgi[1], Ariane Thaíse Alves Monteiro1, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari[2], Suellen dos Santos Silva1, Ester Leonardo Rocha1. Palavras-chave: Dermatopatias. Puericultura. Enfermagem Pediátrica [1] Enfermeiro Residente em Enfermagem em Saúde da Criança, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências de Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR [2] Enfermeira Doutora, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências de Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL) Londrina -PR Telefone para contato: 043-96465840 EMAIL: gustavo_sorgi691@hotmail.com INTRODUÇÃO Considerada de grande importância, a pele estabelece-se como um órgão de múltiplas funções, exercendo o papel de barreira cutânea, proteção mecânica, termorregulação, vigilância imunológica e prevenindo perdas de fluidos corporais1. Formada por apenas poucos milímetros de espessura, é o maior órgão funcionando como barreira do corpo humano. A propriedade de defesa da pele varia de acordo com sua espessura, o meio ambiente, sua capacidade de ação imunológica e, até, mesmo com a permeabilidade2. Após o parto o recém- nascido passa por uma adaptação ao ambiente do útero para o ambiente aeróbio e durante esse processo, sua pele auxilia na termorregulação, funcionando como uma barreira3. Mas, é na primeira infância, que se deve levar em conta a vulnerabilidade e imaturidade da criança em relação aos problemas dermatológicos, pois sua pele é mais sensível e seu corpo esta em formação. Entende-se que muitos fatores podem ser agravantes para o desenvolvimento de uma dermatose como: fragilidade física e imunológica, presença de alergias, desnutrição, suscetibilidade individual, uso de roupas inadequadas, umidade na pele, alterações na temperatura e outros agravantes4. Em especial, no primeiro mês de vida, fase em que a criança vive um processo de adaptação, é necessário que no exame físico se considere alterações na pele como: lesões de pele por contato de fraldas, formações de milium sebáceo; alterações da coloração como icterícia; dificuldades para cicatrização do coto umbilical e, consequente, formação de granuloma umbilical; eritema tóxico; monilíase perineal; monilíase oral, entre outras afecções. Tais problemas podem ser de fácil resolução, caso sejam diagnosticados precocemente e, acompanhados sistematicamente nas puericulturas pelo enfermeiro no serviço de saúde. O enfermeiro deve realizar orientações para o cuidado diário que será realizado pelo cuidador, que geralmente é a mãe e a avó, favorecendo para que o familiar fique mais seguro no cuidado da criança e mais atento a possíveis futuros agravos. Uma das lesões de pele mais encontradas em crianças são as dermatites de contato na fralda, que provém de uma reação inflamatória na pele causada por um grupo de dermatoses de etiologia multifatorial, que pode aparecer caracterizada por eczema, em forma de vesículas, exsudação, pápulas, escamas, liquidificação e, que podem estar juntas ou não. Cerca de 80% das dermatites de contato são causadas por alguma substância irritante, provocada inicialmente por uma substância primária que danifica a pele com seu uso repetido ou prolongado, como sabões, cremes, detergentes, fezes e urina ou pode ser causado por alguma substância que danifica a pele no momento em que entram em contato, causando bolhas e até mesmo ulcerações com aparência de uma queimadura, como exemplo, alguns ácidos2. OBJETIVO Caracterizar os problemas dermatológicos em recém-nascidos atendidos na primeira consulta de enfermagem na Unidade Básica de Saúde.

METODOLOGIA Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, retrospectiva, quantitativa, utilizando-se parte dos dados da pesquisa intitulada: "Atenção à saúde da criança na Unidade Básica: Caracterização dos atendimentos em consultas de enfermagem", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, CAAE nº 08728912.0.0000.5231. Os dados foram coletados em duas Unidades Básicas de Saúdes (UBS) na região norte de Londrina- PR nos anos de 2009 a 2012. O critério de inclusão da população de pesquisa foi à criança estar cadastrada no programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, realizada na primeira consulta pelos enfermeiros da Unidade e enfermeiros residentes em Saúde da Criança, independente da idade. Os dados encontrados foram obtidos através do registro das consultas armazenado em uma ficha de puericultura que faz parte do prontuário da criança e armazenados e analisados no programa Epi Info. RESULTADOS No ano de 2012 foram realizadas 99 primeiras consultas de enfermagem na UBS. 47 apresentaram algum tipo de problemas dermatológicos, correspondendo a 47,5 % dos casos, sendo 29 crianças do sexo masculino. A média de tempo da primeira puericultura foi de 22,96 dias de vida da criança. Outros problemas identificados na primeira consulta foram: granuloma umbilical com 25,5 %, a icterícia com 23,4 % das crianças, a miliária e dermatite de fraldas, com o total de sete crianças, correspondendo a uma porcentagem de 14,9 % cada uma. Também foram encontradas 6 crianças com ressecamento de pele não se enquadrando a nenhuma patologia , 3 crianças com eritema tóxico, correspondendo a 6,4% do total, uma com monilíase oral e uma monilíase perineal. CONCLUSÃO: As dermatoses comumente encontradas na primeira consulta de enfermagem do recém-nascido se reafirmaram no presente estudo, as quais podem ser evitadas mediante intervenções preventivas e de promoção de saúde. A atuação dos enfermeiros na atenção primária é fundamental para um acompanhamento efetivo e de qualidade ao recém-nascido, para evitar possíveis agravos. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM Levando em conta que um enfermeiro trabalha tanto na gerência como na assistência, este profissional pode contribuir de forma significante para a detecção das dermatites ao decorrer das puericulturas, trabalhando em conjunto com o profissional médico, e deixando de focar apenas na patologia, trazendo a família também como responsável pelo cuidado da criança, sempre focando na prevenção e promoção da saúde. REFERÊNCIAS 1- Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas. Parte I. An. Bras. Dermatol. vol.83 no.6. Rio de Janeiro . 2008. 2- Motta A, Aun MV, Kalil J, Bianchi PG. Dermatite de contato. Rev. bras. Alerg. Imunopatol. - Vol. 34. N° 3, 2011. 3- Fontenele FC, Pagliuca LMF, Cardoso MVLML. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. Esc Anna Nery (impr.)2012; 16 (3):480-485. 4-Rodrigues ALS, Carvalho AYC, Moura JG, Komarsson, Almeida PC, Ximenes LB. Fatores de risco para problemas dermatológicos em crianças na primeira infância no ambiente familiar. Cienc Cuid Saúde 2008; 7(2):163-170.

14074

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GUSTAVO MARINO FERREIRA SORGI

TRANSTORNO MENTAL: CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL

Sorgi, GMF; Reis, TBD; Machado, RCBR;

TRANSTORNO MENTAL: CARACTERÍSITCAS DOS ATENDIMENTOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL Gustavo Marino Ferreira Sorgi[1], Taísa Bastos dos Reis[1], Regina Célia Bueno Rezende Machado[2], Flávia Lopes Sant'Anna[2]. Palavras-chave: Criança. Serviços de Saúde Mental. Enfermagem Psiquiátrica. _____ [1] Enfermeiro Residente em Enfermagem em Saúde da Criança, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências de Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR. [2] Enfermeira, Mestre, Professora do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências de Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL) Londrina- PR. Telefone para contato: 043-96465840 EMAIL: gustavo_sorgi691@hotmail.com INTRODUÇÃO: A saúde mental é determinada por fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais. Ter uma boa saúde mental é estar no estado que o individuo realiza suas próprias atividades, trabalha de forma produtiva e de alguma forma contribui para sua comunidade, não significando apenas ausência da doença ou transtorno. Uma boa saúde mental é base para o bem estar individual1. Transtornos mentais são alterações da mente que causam dificuldades na relação da pessoa com a família, na vida social, no trabalho, nos estudos e na própria capacidade autocrítica2. Segundo Neto et al.3, os transtornos mentais mais comuns constituem-se de sintomas depressivos e de ansiedade, podendo levar o individuo a manifestações somáticas. Afetam uma a cada quatro pessoas no mundo em algum momento de sua vida e envolvem uma grande quantidade de problemas com sintomas diferentes, porém geralmente são caracterizados por uma combinação de pensamentos anormais, emoções, comportamento e relacionamento interpessoal. Alguns exemplos são a esquizofrenia, depressão, retardo mental e transtornos devido ao abuso de drogas2. Aproximadamente 450 milhões de pessoas sofrem de algum distúrbio mental ou neurológico, sendo os transtornos mentais uma das principais causas de problema de saúde em todo o mundo4. Segundo Ministério da Saúde5, 3,0% da população brasileira sofre de transtornos mentais severos e persistentes, mais de 12,0% necessita de algum atendimento em saúde mental, seja continuo ou eventual4. Embora a ocorrência destes transtornos seja mais comum em adultos, é frequente casos na infância e, que geralmente, é de difícil detecção e acompanhamento, pois necessita de centro especializado. A assistência às crianças com transtornos mentais nos serviços de saúde envolve a família tanto no tratamento como na manutenção do bem-estar infantil. Sendo assim, torna-se indispensável que a equipe multiprofissional desses serviços desenvolvam projetos terapêuticos articulados com as famílias para efetivamente obter sucesso no tratamento e reabilitação destas crianças. OBJETIVO: Caracterizar crianças com transtorno mental atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza quantitativa utilizando-se parte dos dados da pesquisa intitulada: "Assistência aos familiares de crianças e adolescentes acompanhados em centro de atenção psicossocial infantil", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, com parecer de aprovação nº081/2011, CAAE: 0063.0.268.000-11. Os dados foram coletados no CAPSi do município de Ibiporã- PR, entre julho e agosto de 2011. Foram levantados dados dos prontuários para identificar dados da criança quanto à: idade da criança, sexo, escolaridade e local, hipótese diagnóstica, tempo de tratamento, uso outras especialidade e de medicação e; dados maternos tais como: escolaridade, ocupação e número de filhos. Utilizou-se análise descritiva por meio de número e porcentagens. RESULTADOS: Participaram da pesquisa oito mães

de crianças portadoras de transtorno mental atendidos no CAPSi, sendo a escolaridade para 50,0% o ensino fundamental e 50,0% o ensino médio. Em relação à ocupação, 75,0% exerciam atividades "do lar" e 25,0% trabalhavam como vendedoras autônomas de artesanato ou costura, conciliando a garantia de uma renda extra para família e o cuidado com a criança. Do total das mães, 25,0% tinham dois filhos cada, totalizando 10 crianças em acompanhamento no CAPSi. Entre as crianças 60,0% eram do sexo masculino. Todas frequentavam a escola, sendo uma em sala especial e o restante o ensino fundamental. Verificou-se que 50,0% das crianças tinham Transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), que traz como tríade sintomatológica desatenção, hiperatividade e impulsividade, características facilmente descritas pelas mães. A Síndrome de Asperger, caracterizada por disfunção na capacidade de socialização e comunicação, foi identificada em apenas uma criança. O restante não teve diagnóstico definido. Pouco mais da metade das crianças utilizavam medicação para controlar os sintomas do transtorno, sendo as mais comuns: ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, e em alguns casos drogas associadas. Segundo os relatos maternos foi notável a melhora do comportamento da criança depois do início do tratamento medicamentoso. Além do tratamento oferecido pelo CAPSi, 40,0% das crianças faziam outro tipo de acompanhamento como fonoaudióloga e neurologia em centros de especialidades na cidade metropolitana. CONCLUSÃO: Verificou-se que mais de setenta porcento das mães não tinha ocupação fato este para se dedicar ao filho que possui algum tipo de transtorno mental. A maioria das crianças era do sexo masculino e boa parte fazia uso de medicação. A quase totalidade das crianças estava inserida no sistema educacional regular. Embora o número da população no presente estudo seja limitado é relevante considerar que crianças podem desenvolver transtornos mentais e, por sua vez, devem ser acompanhadas em centros especializados por uma equipe multiprofissional para tratamento e reinserção social, bem como, apoiar a família durante este processo. Por outro lado, cabe aos serviços de atenção psicossocial não apenas agir sobre a doença, mas enfatizar a promoção da saúde do usuário e de seus familiares, garantindo espaço que seja próprio para a escuta da família, onde os ideais de humanização e desinstitucionalização da reforma psiquiátrica sejam valorizados, proporcionando uma melhor convivência com o transtorno mental infantil. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM Visto que o enfermeiro desenvolve tanto atividades assistenciais como gerenciais, vale referir que este profissional pode contribuir significativamente no acompanhamento e desenvolvimento da criança com transtorno mental, bem como, desenvolver o cuidado centrado na família para dar suporte durante o tratamento e reabilitação da criança. REFERÊNCIAS: 1- WHO (World Health Organization). Media Centre. Mental health: strengthening our response. Geneva; Sept 2010. (Report on WHO consultation). 2 - WHO (World Health Organization). Division of mental. Mental disorders affect one in four people. Geneva; 2001 (Report on WHO consultation). 3- Neto JFR, Figueiredo MFS, Faria AADS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa ? estudo de base populacional. J Bras Psiquiat. 2008;57(4):233-239. 4- BRASIL, [internet] Ministério da Saúde. Brasília (DF). 2013. O que é Reforma Psquiátrica. Acesso em agosto de 2013. http://portal.saude.gov.br 5- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p

14417

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

HILDA MARIA BARBOSA DE FREITAS

REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS NA INFÂNCIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Freitas, HMB; Ribeiro, CA; Backes, DS; Paula, CC;

Introdução: Ao considerar os estudos sobre a revelação do diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/aids) que tenham como sujeitos as próprias crianças, percebemos a necessidade de realizar uma pesquisa que aprofundasse conhecimentos aos profissionais de saúde e de enfermagem, bem como aos pais/familiares, auxiliando-os no processo da revelação do diagnóstico na infância. A compreensão do melhor momento da revelação do diagnóstico expresso por quem já vivenciou/experienciou este processo pode subsidiar a formulação de novas políticas públicas no contexto do HIV/aids na infância ou, ainda, propiciar uma (re)organização das existentes, trazendo outras possibilidades de atenção, além de direcionar e qualificar o cuidado em enfermagem. Assim, consideramos que existem inúmeras possibilidades de revelação do diagnóstico do HIV/aids na infância, favorecendo uma melhor interação entre pais/familiares e filhos no contexto em que vivem e se desenvolvem. Apesar de sabermos que esse processo é complexo, pois cada ser é único e com sua história de vida, o trabalho contribuirá para construção de um planejamento de assistência de enfermagem à criança com HIV/aids e seus pais/familiares na temática da revelação do diagnóstico, a partir dos próprios sujeitos que a vivenciam. A pesquisa justifica-se pela relevância da temática, pois, a partir de experiências e estudos sobre o tema do HIV/aids na infância será possível planejar ações e tecnologias de cuidado específicas visando a promoção da saúde infanto-juvenil. Também, pela necessidade de qualificar a assistência de enfermagem a essa demanda específica, considerando a complexidade do processo de revelação do diagnóstico do HIV/aids, auxiliando os pais/familiares que venham ao serviço de saúde. A revelação do diagnóstico de HIV/aids é um dos maiores desafios na assistência à criança e adolescente. Objetivo: Compreender como é para criança vivenciar o processo de revelação do diagnóstico de HIV/aids. Descrição Metodológica: Dentro das possibilidades de pesquisa qualitativa, no presente estudo em andamento está sendo utilizado como referencial teórico o Interacionismo Simbólico1 e como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados2 (TFD-Grounded Theory). A coleta dos dados iniciou-se após aprovação do CEP nº 60692 no período de julho a dezembro de 2012, no Serviço de Infectologia/Ambulatório Pediátrico do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM. Os sujeitos são crianças em idade escolar e adolescentes que tenham sido informados sobre o diagnóstico de HIV/aids durante a infância, ou seja até os 12 anos de idade. Em relação ao número de participantes, utilizou-se do critério de saturação teórica3. Como critérios de inclusão: criança em idade escolar e adolescentes que tenham HIV/aids; ter tido a revelação do seu diagnóstico de HIV/aids; ter disponibilidade de horário para participar da pesquisa; e ser residente na cidade de Santa Maria ou região; em acompanhamento clínico na cidade de Santa Maria; não apresentar limitações cognitivas e de compreensão para realizar uma comunicação verbal. A análise dos dados está sendo realizada concomitantemente à coleta dos mesmos, de acordo com que é preconizado pela TFD de forma comparativa e constante, seguindo os seguintes passos: codificação substantiva (codificação inicial e codificação seletiva), codificação teórica e a formulação da teoria. Estão sendo observados os procedimentos éticos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde4. Resultados Parciais: A possibilidade de compartilhar experiências por meio do diálogo, de estar aprendendo com as crianças e adolescentes me permitiu conviver com as suas emoções e expectativas, fazendo com que a intuição e a sensibilidade fossem manifestadas como

elementos do saber. A partir das entrevistas emergiram algumas categorias, sendo descritas duas. A primeira categoria "Tendo reações frente à descoberta/confirmação do diagnóstico" se apresenta como condição de consequência da experiência da revelação do diagnóstico de HIV/aids para a criança, visto que expressa as reações vivenciadas, por cada uma delas, de forma singular e autônoma. Afirmaram que precisaram de um tempo para assimilar a doença, e sentem-se inseguros e desconfortáveis, frente ao processo que, muitas vezes, não lhes é esclarecido e/ou exemplificado como sendo algo normal. Na entrevista, uma delas questionou sobre as pessoas que não têm o diagnóstico de HIV/aids falarem do mesmo, como se fosse algo normal. Salientaram que é fácil falar sem ser portador do diagnóstico. Sentem receio das pessoas saberem o que os acomete, por ser uma doença estigmatizada pela sociedade, o que acaba sendo ameaçador e faz com que mantenham em segredo o uso das medicações, as consultas periódicas e a própria doença. Na segunda categoria "Ficando triste, com medo e envergonhado" enumera-se a condição causal para essa experiência, pois expressa os sentimentos da criança relativo a revelação do diagnóstico do HIV/aids na infância. Elas vivenciaram uma série de sentimentos que vão desde a surpresa, o choque, o medo, a tristeza, o pavor até a vergonha por perceberem-se "fora dos padrões normais". Para as que não desconfiavam que tinham HIV/aids, a revelação do diagnóstico promoveu um sentimento de surpresa, às vezes, tão forte que se configurou como um choque, ainda que avaliassem que esse conhecimento tinha efeitos positivos, no sentido de promover o auto cuidado. Considerações Finais: Os resultados relatam que as crianças vivenciam a revelação ou a confirmação do diagnóstico do HIV/aids acompanhado, por uma série de reações e sentimentos que precisam ser superados com a ajuda dos familiares e profissionais de saúde. Foi possível visualizar como a criança compreende a sua doença, e a importância da equipe de saúde no acompanhamento e orientações durante as consultas de enfermagem e médica. Implicações para a Enfermagem: As possíveis contribuições da pesquisa servirá para o aprofundamento do conhecimento em relação ao processo de revelação do diagnóstico do HIV/aids na infância, poderá oferecer subsídios aos profissionais de saúde para qualificarem suas ações de cuidado, junto à criança e seus pais/familiares. A compreensão da revelação do diagnóstico expresso por quem já vivenciou este processo, poderá subsidiar a formulação de políticas públicas no contexto do HIV/aids na infância, ou propiciar uma (re)organização das existentes trazendo outras possibilidades de atenção. Além, de maior relação entre a criança, os pais/familiares e os profissionais de enfermagem auxiliando na produção do conhecimento para o cuidado à saúde da criança e adolescente que tem HIV/aids. PALAVRAS-CHAVE: HIV/AIDS; Criança; Revelação; Enfermagem. Referências 1. Blummer H. Simbolic Interacionism: perspective and method. Berkeley, CA: Prentice Hall; 1969. 2. Glaser BG, Strauss AL. The discovery o f grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine;1967. 3. Glaser BG. The Grounded Theory Perspective: conceptualization contrasted with description. Mill Valley, CA: The Sociology Press; 2001. 4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Mundo da Saúde. 1996; 21(1): 52-61.

14188

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

HILDA MARIA BARBOSA DE FREITAS

CRIANÇA HOSPITALIZADA: CUIDADO DE ENFERMAGEM POR MEIO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Freitas, HMB; Viecili, JB; Ribeiro, CA; Grasel, JT; Rangel, RF;

Introdução: A doença e a hospitalização acarretam mudanças significativas para a criança por ser afastada do seu contexto familiar, dos amigos, da escola, de objetos pessoais e de tudo aquilo que é significativo no seu cotidiano. No ambiente hospitalar, a criança fica exposta a procedimentos dolorosos e desagradáveis, os quais podem abalar seu estado psicológico e emocional1-2. A inserção de atividades lúdicas no processo de cuidar na unidade pediátrica poderá contribuir na minimização dos efeitos estressores da hospitalização e tornar o cuidado de enfermagem, consideravelmente, mais humanizada1-2. O brinquedo tem sido utilizado na assistência de enfermagem à criança hospitalizada, não só como uma forma de satisfazer a necessidade recreacional e propiciar o desenvolvimento físico, mental, emocional e a socialização. Mas, também representa um meio de alívio para tensões impostas pela doença e hospitalização, além de uma possibilidade de comunicação pela qual os enfermeiros podem dar explicações, bem como receber informações da criança sobre os significados das experiências vividas por elas e, assim, traçar metas de assistência de enfermagem2. Para tanto, preconiza-se o uso do Brinquedo Terapêutico (BT) que se constitui em uma atividade lúdica estruturada e realizada com a criança, com o intuito de aliviar a ansiedade gerada por experiências e vivencias atípicas para sua faixa etária. O BT fundamenta-se na função catártica da brincadeira e, na sua aplicação, segue princípios da ludoterapia. Brincar deriva da palavra brinco, que vem do latim vínculo e significa fazer laços, ligar-se2. A utilização da técnica do BT pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada é regulamentada pela resolução nº 295 de 24 de outubro de 2004 do Conselho Federal de Enfermagem (CFE)3. Com base no exposto, compreende-se que o cuidado à criança precisa ser permeado por atividades lúdicas que se contrapõem ao ambiente assustador do hospital. Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, precisam conhecer as normas e leis que amparam o cuidado à criança em unidade pediátrica, entre as quais destaca-se a Lei nº 11.104 de 21/03/2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedoteca em todas as unidades de saúde, públicas ou privadas, que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação2. O BT poderá auxiliar os pais e profissionais da saúde a entenderem as reações da criança, diminuindo seus temores e ansiedades, potencializando sua capacidade de cuidar. Para a equipe de enfermagem será possível, a partir do que a criança expressar na sessão de BT, compreender como é esse processo para ela e programar ações de cuidado voltadas às suas necessidades. É importante que esses profissionais ampliem sua visão sobre o valor do brinquedo no mundo da criança, aliando-o ao cuidado de enfermagem. Objetivo: Compreender o significado do processo de hospitalização para a criança, por meio das reações manifestadas em uma sessão de BT. Metodologia: Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa4, desenvolvida na unidade pediátrica de um hospital de médio porte, da região central do Rio Grande do Sul. Os sujeitos foram dez crianças pré-escolares e escolares, com idades de 3 a 12 anos, que estiveram internadas naquela unidade, de agosto a outubro de 2012, que aceitaram participar do estudo e cujos pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta dos dados ocorreu por meio de uma entrevista mediada pela sessão de BT, que é um ato simbólico onde ocorre ação/interação5. Ela foi convidada a brincar na sala de recreação, a "Imaginoteca", e a entrevista foi norteada pela questão: Conte como está sendo para você estar aqui no hospital. Os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo4. O projeto do estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro

Universitário Franciscano, sob o nº 129.341. Resultados: Das entrevistas emergiram cinco Categorias Temáticas: "Sendo importante brincar para enfrentar a situação; Conhecendo os materiais de cuidado da unidade pediátrica; Contando sobre a internação; Demonstrando reações físicas e psíquicas; e Contando sobre a família". A mediação do brinquedo na entrevista foi fundamental para as crianças demonstrarem a visão que têm da hospitalização, o sofrimento determinado por ela, a importância do brincar para enfrentarem essa vivência, repetindo diversas vezes procedimentos, cuidados e rotinas realizados com elas conforme exemplificado: O boneco ta bom vou dar injeção nele (aspira o remédio do soro). Vou ser enfermeira, médica (ausculta a mãe, faz percussão com dedos e diz que ta ótimo). Agora vou ver se ele (boneco) pode ir embora. Fique quieto, olha! "perdeu a veia, que coisa feia!". Quero uma tesoura para cortar atadura e fazer curativo nele, que ta saindo muito sangue do braço, penteia o boneco [...] vou ter que fazer injeção na bunda C9; Olha as bonecas [...]faz soro na vó, pega equipo observa, pega a seringa, ausculta o coração da vó, fala que "ta acelerado", observa outros brinquedos, fala dos alimentos e que o "sal não faz bem", fala que colocam a agulha no equipo e colocam remédio, observa o cateter venoso, brinca de casinha e interage com toda família, e diz que estão esperando a filinha voltar do hospital C10. Discussão: A hospitalização é um momento de sofrimento e medo para a criança, pelo novo e desconhecido. A compreensão de que brincar é uma necessidade básica, é essencial para as pessoas que cuidam da criança, inclusive no ambiente hospitalar, sendo valorizada tanto quanto a higiene, alimentação, medicação ou curativo2. A criança demonstrou conhecimento sobre os cuidados de enfermagem realizados durante sua hospitalização e a importância dos mesmos, sendo imprescindível que o enfermeiro esteja atento à importância de explicar os procedimentos antes de realizá-los, utilizando-se do BT como forma de cuidado de enfermagem1-2. O cuidar em enfermagem pediátrica caracteriza-se por conhecer e atender as necessidades de cada criança a ser cuidada, em dar oportunidade a ela de cuidar-se e de desenvolver o seu potencial, oportunizando, prioritariamente, o brincar. Considerações Finais: Os resultados deste estudo reforçam a importância do BT durante a internação hospitalar da criança, favorecendo a efetiva recuperação da mesma. O enfermeiro deve pensar em estratégias diferenciadas de cuidado visando à integralidade, equidade e principalmente as necessidades de cada criança, além de medidas terapêuticas. Sendo o cuidado pediátrico por meio do BT ainda incipiente, é preciso ser valorizado e discutido nas academias, nos ambientes hospitalares e nas políticas públicas de cuidado à criança. Descritores: Jogos e brinquedos; Criança hospitalizada; Cuidados de enfermagem REFERÊNCIAS 1 Mitre RM. Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz; 2000. 2 Ribeiro CA.; Almeida FA.; Borba de RIH. A Criança e o Brinquedo no Hospital. In: Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri, SP - Manole, 2008. 3 Conselho Federal de Enfermagem - CFE. Dispõe sobre a utilização do brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência prestada à criança hospitalizada. Resolução n. 295, de 24 de outubro de 2004. Revista COREN - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2004; 54:18. 4 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paul: Hucitec, 2010. 5 Ribeiro CA. Crescendo com a presença protetora da mãe: a criança enfrentando o mistério e o terror da hospitalização. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

14206

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

INGRID FELIX MODESTO

INFLUÊNCIA DA POSIÇÃO NO LEITO SOBRE O SONO DA CRIANÇA: REVISÃO INTEGRATIVA

Modesto, IF; Llaguno, NS; Avena, MJ; Pinheiro, EM; Pedreira, MLG; Avelar, AFM;

Introdução: O sono constitui necessidade humana básica que influencia o desenvolvimento da criança. Objetivo: Identificar na literatura publicações sobre como a posição da criança no leito influencia o sono. Metodologia: Estudo de revisão integrativa, em bases de dados nacionais e internacionais, delimitando-se o período de 2001 a 2012, com os descritores sono, criança, posição e posicionamento. Estabeleceu-se como critério de inclusão publicações nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa. Excluíram-se artigos cujo conteúdo não respondia à pergunta norteadora, mesmo quando havia os descritores nos títulos e ou resumos. Identificou-se 6 artigos, que foram categorizados em despertar e padrões do sono. Resultados: Na categoria despertar, estudos indicam que a posição prona é um fator que aumenta o limiar dos despertares, enquanto a posição supina eleva sua frequência. Quanto a categoria padrões do sono, na posição prona a criança tem maior duração de sono quieto (SQ), se comparada à supina. Nesta última posição, constatou-se que a criança permanece por mais tempo em sono ativo (SA) e em estado de vigília(1). Conclusão: A posição supina é favorável para promoção de sono de mais qualidade para a criança, pois proporciona maior tempo de SA, favorecendo o desenvolvimento em geral, sobretudo a maturação do sistema nervoso central. A posição prona pode constituir fator de risco para a criança, pois contribui para menor resposta do sistema nervoso aos estímulos para o despertar. Implicações para a enfermagem: No que concerne à promoção da qualidade do sono, a equipe de enfermagem deve priorizar a posição supina no cuidado à criança. (1) Jarus T et al. Effects of prone and supine positions on sleep state and stress responses in preterm infants. Infant Behav Dev. 2011 Apr;34(2):257-63. Descritores: sono, criança, posição.

14044

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

IONE CORRÊA

A EXPERIENCIA DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM A CRINÇA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Ionecorrêa, IC; Veraluciagonçalves, VLG;

Introdução: Desde 2000, foi criado a consulta de enfermagem (CE)a criança em unidade básica de saúde seguindo o pressuposto conselho regional de enfermagem que determina que CE é uma atividade do enfermeiro, conforme decreto Lei n.º 94406 de junho de 1987, sendo utilizada prioritariamente para promoção da saúde e qualidade de vida " É uma atividade utilizada por profissionais capacitados para fornecer parecer, instrução ou examinar determinada situação afim de decidir o plano de ação sobre sua área de conhecimento em relação às necessidades apresentadas." Objetivo: Realizar a consulta de enfermagem a criança do nascimento até 2 anos de idade. Metodologia: A consulta é realizada conforme determinação do Conselho regional de enfermagem, com modificações para a coleta de dados, avaliação e sua implentação. Resultado: Para atingir o objetivo foi elaborado um impresso de coleta de informações da criança que sé de uso comum a todos os profissionais que atende a criança. Neste impresso está contemplado os dados de identificação do paciente, história familiar, historia da gestação e parto, levantamento de problemas, dados referente a prescrição para serem executada na unidade no dia da consulta, consulta domiciliar, e a descrição no retorno da criança para avaliação do seguimento mensalmente. Resultados: Percebe-se por meio deste projeto de extensão universitária que nessa clientela em específico houve uma redução do desmame precoce, assim como a introdução de chás para cólicas abdominais nos primeiros dias de vida. Além da oportunidade de orientação de prevenção de acidentes na infância relacionada com cada faixa etária na prevenção de doenças prevalentes na infância. Para o aluno fica claro o crescimento em um projeto que proporcionar o aprendizado pela vivencia na comunidade do aprender "fazendo". Referencia Bibliográfica: Oliveira, Sherida Karanini Paz de ET AL. Temas abordados na consult de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm [on line].2012,vol.65.n.1,PP.155-161

13852

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

IONE CORRÊA

EFETIVIDADE DA MÚSICA COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO NA RESPOSTA CLÍNICA DA CRIANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Chadi, PF; Medolago, NB; Corrêa, I;

Introdução: O ambiente hospitalar gera ansiedade, pela possibilidade de surpresa, do desconhecido, da dor, da perda da autonomia e da percepção da própria fragilidade ao enfrentamento da hospitalização e da doença. Neste contexto, a música é considerada uma importante estratégia de comunicação e entretenimento para o cuidado da criança em diversos aspectos como alívio da dor e aceitação da hospitalização. Objetivo: Avaliar os efeitos de uma intervenção musical sobre parâmetros clínicos em crianças hospitalizadas em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica Metodologia: Foi conduzido um ensaio clínico randomizado que avaliou a efetividade da música como instrumento terapêutico versus nenhuma intervenção em lactentes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital Regional de Assis, São Paulo. Resultados: Verificou-se que a música sugere alguns sinais como melhora gradativa dos aspectos clínicos, redução da dor, e percepções emocionais positivas (i.e., sorrir, dormir) com um risco relativo (RR) de 2,20. Conclusão: A música deve ser utilizada como um instrumento terapêutico em lactentes hospitalizados, como em unidades de terapia intensiva pediátrica. Descritores: Criança; Música; Terapias alternativas. Referências 1. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n.295/2004, de 24 de outubro de 2004. Dispõe sobre a utilização de técnicas do brinquedo/ brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência prestada à criança hospitalizada [legislação na internet]. Brasília; 2004 [citado 2009 Jul 12]. Disponível em: http://corensp.org.br/legislacoes. 2. Hatem TP, Mattos SS. O efeito da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. J Pediatr Rio de Janeiro. 2006;82(3):186-92. 3. Franco M, Rodrigues AB. A música no alivio da dor em pacientes oncológicos. Einstein. 2009;7(2 Pt1):147-51.

14048

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

IONE CORRÊA

EXPERIÊNCIA ACADÊMICA DE ALUNAS DE ENFERMAGEM EM CONSULTAS PEDIÁTRICAS DE RECÉM-NASCIDOS

Caamano, T; Bertoldo, KA; Domingues, FS; Maziero, L; Corrêa, I;

Introdução: No processo de construção e elaboração da puericultura, foram estabelecidas, pelo Ministério da Saúde, cinco ações básicas que deverão ser seguidas durante as atividades voltadas para a prática da assistência à saúde da criança: promoção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade; prevenção e controle de patologias de origens diarreicas e das infecções de ascendências respiratórias agudas; imunização; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2002). Os enfermeiros que trabalham com as populações pediátricas na comunidade precisam de um entendimento dos conceitos e processos críticos a fim de lidar com as preocupações pediátricas por meio de uma perspectiva de saúde de comunidade (1) Em unidades de atenção básica a saúde, como na UBS do bairro Vila Jardim, a consulta de enfermagem é uma atividade exclusiva do enfermeiro como preconiza o Conselho Federal de enfermagem (COFEN), nesta pratica são utilizado componentes do método cientifico para identificar as situações de saúde/doença, visando realizar prescrições e programar medidas de enfermagem que contribuam com a promoção prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do individua, família e comunidade, é uma atividade que proporciona ao enfermeiro condições para atuar de forma direta e independente com o paciente possibilitando, dessa forma, sua autonomia profissional. Essa atividade, por ser privativa do enfermeiro, fornece subsídios à determinação do diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano assistencial, servindo como meio para documentar sua prática. O principal enfoque da enfermagem pediátrica é assistir a criança, atendendo às suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, e de sua família, proporcionando-lhe atendimento individual em sua comunidade (1). Objetivo: Relatar a experiência das alunas de graduação na realização de consulta de enfermagem ao RN em Unidade básica de saúde (UBS). Metodologia: Para o presente estudo foram realizadas consultas de enfermagem pediátricas com crianças de 0 a 2 anos de ambos os sexos no periode de abril a julho de 2013. As informações colhidas foram principalmente com as mães que ao as principais cuidadoras. Resultados: No período de Abril a Julho de 2013, durante as consultas supervisionadas pela Vera (Enfermeira da unidade) e Ione (Professora de Enfermagem Pediátrica), as alunas tiveram oportunidade de conhecer o perfil das crianças da unidade de saúde do Vila Jardim - Botucatu/SP. Uma atividade de extensão de extrema importância, pois tivemos a chance de unir o que aprendemos na teoria com a prática, conhecer o papel da Enfermeira e da unidade básica de saúde na área de pediatria. Além de praticar a consulta, fazer visitas domiciliares, aprendemos a lidar e fazer laço afetivo com a criança e seus familiares. No total foram 43 atendimentos, variando de 1° consulta á retornos agendados, sendo a consulta composta de: histórico/anamnese, exame físico, controle do crescimento e ganho de peso, diagnóstico de enfermagem e intervenções. Um fato importante que observamos é a falta de entendimento dos pais quanto á real intenção da consulta, que não visa apenas uma queixa patológico mas sim um acompanhamento holístico da criança. A grande maioria das consultas, as crianças estavam acompanhadas das mães, outras acompanhadas de tias ou avós e raramente os pais. Os familiares das crianças se mostraram bem comprometidos com a saúde, sempre vinham acompanhados de dúvidas e mitos em relação ao cuidado básico. Orientamos em todos os atendimentos quanto a alimentação, visando a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, pega correta e problemas como ingurgitamento das mamas e rachaduras. Como a maioria das crianças faz uso de chupeta e mamadeiras, aconselhamos quanto aos

prejuízos que esses objetos trazem a saúde. Em geral, as crianças atendidas estavam em boas condições de higiene e suas principais queixas eram: tosse, constipação, cólicas, dermatites. Durante as consultas, uma das nossas preocupações é com infecções de vias áreas superiores, então investigamos sobre o uso de produtos neutros durante a limpeza de roupas e do ambiente, a importância de abrir janelas e deixar o ar circular. Quando há queixas de constipação, orientamos a mãe a uma alimentação correta e sugerimos o uso de óleo mineral (com supervisão da enfermeira ou professora). Um erro comum entre as mães é o uso do lenço umedecido durante a higiene íntima das crianças; sendo abordados assuntos de piora em assaduras e possíveis alergias. Outra preocupação é sobre os hábitos de sono da criança, o local onde dorme, se dorme em quarto separado ou com os pais,os horários e mamadas, especificando a importância da criança dormir em um local seguro e em um berço seguro; e para crianças com refluxo diagnosticado é importante o uso de travesseiros apropriados. Na consulta de puericultura utilizamos a promoção em saúde, que se trata do conjunto de ações utilizadas para realiza à educação em saúde e assim evitar o aparecimento de possíveis doenças (prevenção), o que nos permite orientar aos pais os cuidados básicos e necessários e porque de sua realização do jeito recomendado. A enfermeira deve trabalhar com os familiares, identificando suas metas e necessidades e planejando as intervenções que melhor atendam aos problemas identificados. Além disso, a enfermeira ajuda as crianças e seus familiares a fazerem opções conscientes e a agirem de acordo com o melhor interesse da criança (1) Conclusão: As consultas de enfermagem realizadas são de grande importância para nós, alunos do curso de graduação de Enfermagem, pois nos coloca no real dia a dia de uma UBS. É um espaço onde podemos entrar em contato com a forma de trabalho e assim podemos cada vez mais construir esse conhecimento tão importante e necessário para a profissão, com as vivências diárias e também situações reais, contando com o auxilio da enfermeira Vera e da professora Ione. A dinâmica nos atendimentos entre as graduandas permitiu que as alunas do terceiro ano que ainda não cursaram a disciplina de pediatria conseguissem desenvolver e realizar as atividades sem problema nenhum, as alunas do quarto ano foram de extrema importância, pois ajudaram tanto na orientação como na busca de informa para facilitar as mais novas no desenvolvimento e atingir como um todo os objetivos dos atendimentos. Foi possível também a possibilidade de realizar um acompanhamento de alguma das crianças o que enriqueceu anda mais a experiência por que até esta atividade muita das graduandas não tiveram a oportunidade de realizar uma consulta de enfermagem ao mesmo paciente com isso facilitou ainda mais o aprendizado. Bibliografia: 1- http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/8-consulta-de-enfermagem-peditrica-a-percepo-dos-acompanhantes-no-psatendimento.html 2- http://www.conversandocomopediatra.com.br/paginas/dicas_do_pediatra/dicas_do_pediatra.aspx 3- http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html.

14592

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ISABELLA DOS SANTOS SALLA

O PAPEL DO ENFERMEIRO DIANTE A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SINTOMAS E DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO.

Salla, ISS; Aita, BA; Bittencourt, MOB; Oliveira, MPO; Brill, NB; Machado, KCM;

O PAPEL DO ENFERMEIRO DIANTE A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SINTOMAS E DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO. Isabella dos Santos Salla[1], Bianca Aita[2], Mariana Oriques Bittencourt[3], Marcele Penteado de Oliveira4, Natalya Brill5, Karine Cáceres Machado6. INTRODUÇÃO: A depressão é classificada como transtorno de humor, cuja característica principal é alteração de humor e perda de interesse pelas atividades diárias. Seus sintomas, independentes da idade, são: humor deprimido, falta de interesse, perda ou ganho de peso, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou de indecisão, dificuldade de concentração e pensamentos de morte ou tentativas de suicídio. Caso o Episódio Depressivo Maior ocorra em uma criança os sintomas são alteração do humor, do apetite e dificuldade de concentração. Neste caso, a criança pode manifestar irritabilidade, ao invés de tristeza. Há também uma tendência, nessa faixa etária de perda de peso e, finalmente, a criança pode apresentar queda no rendimento escolar devido à dificuldade de concentração e atenção. O Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV TRTM descreve que os sintomas básicos de um Episódio Depressivo Maior no adulto são os mesmos para crianças e adolescentes, de forma que a depressão na população infantil pode ser diagnosticada pelos mesmos critérios que a depressão maior no adulto.[1] O diagnóstico precoce de depressão pode encontrar alguns obstáculos: os indícios de depressão em indivíduos jovens são muitas vezes vistos como flutuações normais próprias da idade; pediatras podem sentir-se relutantes em rotular seus pacientes como doentes mentais; além disso, os transtornos que produzem depressão são considerados próprios do adulto. No entanto, o início da depressão tem ocorrido cada vez mais cedo na vida. As dificuldades para o diagnóstico na infância estão associadas também às limitações da criança em identificar e descrever emoções. Podem tornar-se irritadas e agressivas sem contar o que lhes molesta, sendo que a irritabilidade pode ser a manifestação mais proeminente em crianças menores.[2] OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo conhecer e discutir sobre a depressão e o papel da enfermagem ao cuidado com pacientes pediátricos no contexto desta doença. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada nos meses de março a julho de 2013, no decorrer da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Foram utilizados artigos completos, disponíveis em suporte eletrônico, no idioma português. A busca ocorreu na base de dados online LILACS, onde os achados foram selecionados minuciosamente em relação ao assunto estudado. O interesse em pesquisar sobre esta temática surgiu no decorrer da vida acadêmica quando se verificou a pouca abordagem por parte da enfermagem em relação a depressão pediátrica. RESULTADOS: A depressão infantil tem merecido destaque, nos últimos anos. Nota-se que, com o aumento crescente das taxas de prevalência de depressão na população em geral, o problema passou a ser reconhecido na literatura, o que contribuiu para a ampliação e a divulgação de estudos acerca do tema[3]. A freqüência de depressão é baixa até os 6 anos e aumenta com a idade, sendo de até 8% na adolescência. Na infância, o risco de depressão é o mesmo em meninos e meninas. Na adolescência, é duas vezes maior em meninas. Para se afirmar que uma criança ou adolescente tem depressão em sua forma mais clara - transtorno depressivo maior -, é preciso que vários dos principais sintomas do DSM-IV estejam presentes. Essas manifestações devem comprometer o desempenho e não podem ser explicadas pelo uso de drogas ou por causa ambiental clara, como luto, por

exemplo. Entretanto, as manifestações iniciais podem ser mais leves, e nem todos os sintomas podem estar presentes[2]. São vários os fatores que aumentam as chances ou podem desencadear depressão em crianças e adolescentes, como: tabagismo, perda de um pai ou ente querido, ruptura com namorado ou namorada, déficit de atenção, transtorno de conduta e outras condições produzindo dificuldades de aprendizagem, abuso ou negligência e separação dos pais. Considerando o aumento de crianças com sintomatologia depressiva, conclui-se pela necessidade de estudos nacionais mais representativos da sua prevalência no ensino fundamental e de esforços que sejam direcionados não só para a identificação dos fatores de risco, de proteção e das variáveis associadas à depressão infantil mas também ao refinamento de seus instrumentos de medida, a fim de que se possa gerar um corpo de conhecimento mais sólido para melhor auxiliar profissionais da área da saúde na prevenção, triagem, diagnóstico e enfrentamento desse problema[3]. CONCLUSÃO: A partir do presente estudo foi possível verificar o quão é pouco estudado o tema de depressão em crianças e adolescentes. Assim como os tratamentos desta doença em adultos são raros, em crianças vemos menos ainda, e as pessoas leigas nem imaginam que este tipo de doença é possível de acontecer em crianças, tão novas.Precisamos de mais informações para tratar desta doença que é dita como a "doença do século". É de suma importância, que os profissionais de saúde que estarão encarregados no tratamento deste paciente tenham uma melhor maneira de conduzir o cuidado, para isso seria necessário treinamentos para profissionais da saúde, mantendo-lhe atualizados para assim melhorar o quadro clínico. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Seria importante uma contribuição entre pais, familiares, e pessoas que convivem com todo o tipo de pacientes, principalmente, crianças que são mais vulneráveis em relação a tratamentos como este, que tivessem uma relação de troca com a equipe de enfermagem, para que o tratamento não seja uma troca tão brusca no dia-a-dia das crianças e adolescente, e que estejam há tempos no convívio com estes. Acreditamos que estudos mais profundos seriam de grande valia para que todas as pessoas tenham um melhor embasamento e saibam lidar melhor com esta doença, que está cada vez se expandindo mais dentre a pediatria. DESCRITORES: enfermagem; depressão; infância. REFERÊNCIAS: 1 -CRUVINEL, Miriam e BORUCHOVITCH, Evely. Regulação emocional em crianças com e sem sintomas de depressão. Estud. psicol. (Natal) [online]. 2011, vol.16, n.3, pp. 219-226. ISSN 1413-294X. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300003. 2- GRILLO, Eugênio and SILVA, Ronaldo J. M. da. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2004, vol.80, n.2, suppl., pp. 21-27. ISSN 0021-7557. http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300004. 3- CRUVINEL, Miriam e BORUCHOVITCH, Evely. Sintomas depressivos em crianças: estudos com duas versões do CDI. Psicol. cienc. prof. [online]. 2008, vol.28, n.3, pp. 574-585. ISSN 1414-9893.

13799

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ISABELLA SCHROEDER ABREU

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE

Abreu, IS; Kourrouski, MFC; Bullinger, M; Nascimento, LC; Lima, RAG; Santos, CB;

Introdução: O diagnóstico de uma criança ou adolescente com insuficiência renal crônica acarreta consequências negativas em sua qualidade de vida, bem como mudança na dinâmica familiar, repercutindo em vários aspectos de suas vidas. Objetivos: Conhecer e analisar aspectos impactantes da qualidade de vida de crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico, sob a ótica dos profissionais de saúde. Método: Estudo descritivo e exploratório, com análise qualitativa dos dados, cujo material empírico foi coletado por meio de entrevistas realizadas pela própria pesquisadora, com 12 profissionais de saúde de duas instituições hospitalares, uma no interior de São Paulo e outra na capital do Paraná, a partir das orientações desenvolvidas pelo grupo DISABKIDS®. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo que o tempo médio de duração de cada entrevista foi de quarenta minutos. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática, proposto por Bardin, tendo como referência os domínios de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, propostos pelos estudos realizados pelo referido grupo. Resultados: Os subdomínios impactantes da qualidade de vida dos participantes identificados foram: apoio familiar, impacto do diagnóstico, expectativa do transplante renal, autocuidado, evasão escolar, socialização e preconceito. Conclusão: Aspectos impactantes da qualidade de vida das crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica identificados servirão como base para que os profissionais da área de nefrologia desenvolvam uma assistência de qualidade a essa clientela e, consequentemente, repercutindo positivamente na qualidade de vida destes pacientes. Descritores: Qualidade de vida, insuficiência renal crônica, criança, adolescente.

14036

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JANETE SEVERO DE CARVALHO

ESTÁGIO DE VIVÊNCIAS: CONTRIBUIÇÕES PARA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Carvalho, JSC; Neves, ETN; Buboltz, FLB; Zamberlan, KCZ; Silveira, AS; Silva, JHS;

Introdução: A atenção à saúde das mulheres e crianças é uma prioridade na maioria dos países, tendo em vista o interesse em garantir a reprodução da população em condições favoráveis e o desenvolvimento adequado das gerações futuras. Com isso, possibilitam a formação de indivíduos saudáveis, úteis e socialmente adaptados, pois são nos primeiros anos de vida, devido à maior plasticidade cerebral, que melhor se pode estimular o desenvolvimento global do indivíduo.1 Particularmente as crianças despertam um sentimento de proteção, devido a sua extrema fragilidade e inocência, de tal forma que políticas que priorizem a sua atenção costumam se constituir em políticas de consenso. Apesar disso, a magnitude da mortalidade e do adoecimento na infância é ainda muito elevada em grande parte do mundo, em consequência das condições de vidas adversas experimentadas por grande parte da população.2 Diante disso constata-se a importância de um primeiro atendimento prestado nas emergências, a recuperação da saúde depende de um atendimento rápido, seguro e humanizado. Frente a isso o acadêmico de enfermagem necessita de conhecimento e prática nos diversos campos de atuação do profissional enfermeiro. Diante deste cenário é importante destacar a atuação do enfermeiro em unidades de Pronto-socorro em específico os que prestam assistência à saúde da criança. Nesta perspectiva a rapidez de acúmulo do conhecimento no mundo contemporâneo exige, destarte, novos parâmetros de aprendizagem, pautada na assimilação de metodologias ativas onde o aluno, como sujeito do seu processo de ensino, busca alcançar um perfil para aprender com rapidez lidar com imprevistos e ser flexível, alcançando uma sólida formação geral que lhe possibilite lidar com necessidades específicas.3 Objetivo: Este trabalho tem como objetivo relatar as atividades desenvolvidas durante o estágio de vivências do curso de graduação em Enfermagem . Metodologia: Trata-se de um relato de experiências de um estágio de vivências do curso de graduação em enfermagem desenvolvido no Pronto - Socorro Pediátrico de um hospital de ensino nos meses de maio a julho de 2013 na cidade de Santa Maria/RS. O estágio foi realizado por acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da (FISMA) Faculdade Integrada de Santa Maria, com supervisão da enfermeira da unidade e do professor orientador bem como o auxilio de técnicos de enfermagem. Assim, o presente estudo reconhece o processo de transformação do acadêmico de enfermagem como um instrumento para o processo de trabalho do enfermeiro e a sua utilização nas atividades assistenciais com a articulação às atividades gerenciais caracteriza de forma mais abrangente a prática profissional, sem a divergência entre o cuidar e o administrar. Muitas são as competências que parecem ser necessárias ao enfermeiro na sua prática profissional e desenvolvê-las é, pois um grande desafio tanto dos órgãos formadores, como dos serviços na perspectivada educação permanente. Resultados: No estágio de vivências do curso de graduação em enfermagem no Pronto-Socorro Pediátrico consegui desenvolver atividades inerentes ao enfermeiro. Dentre estas atividades incluem-se: gerenciamento da unidade; atividades de educação e saúde com familiares/ acompanhantes; habilidades e competências do enfermeiro, atividades lúdicas com os pacientes internados na sala de observação direcionado ao público infantil e seus familiares. Além disso, desenvolvi técnicas inerentes ao enfermeiro durante o atendimento de urgência/emergência e assim consegui aprimorar meus conhecimentos científicos aliando a prática à teoria. Neste sentido, considerei importante oferecer apoio emocional e informações aos familiares das crianças atendidas na sala de emergência. Durante o estágio percebi o quanto é importante e essencial a prestação do cuidado humanizado e a diferença do profissional técnico para o acadêmico de graduação, esta vivencia

possibilitou a realizar procedimentos antes não realizados. A humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam as instituições de saúde4. Conclusão: O estágio foi fundamental para formação profissional e acadêmica, pois foi através dele pode-se refletir sobre da importância do cuidado humanizado e da necessidade de aprimorar os conhecimentos na assistência de enfermagem à criança e seu familiar em situação de urgência/emergência. Pode-se perceber que compreender o real significado do trabalho em equipe requer uma permanente reflexão sobre as práticas de enfermagem em qualquer segmento de atuação, visto que essa é uma ferramenta essencial no trabalho. Um bom atendimento em saúde com qualidade e eficiência requer envolvimento coletivo dos profissionais, enfatizando que o vínculo entre estes é de fundamental importância fato este que aponta uma análise apurada das relações interpessoais no desempenho das equipes5. Constata-se a importância do apoio emocional e das orientações aos familiares após a estabilização da criança em situações graves de saúde. Estas são ações que devem permear o cuidado de enfermagem em atendimento de Pronto-Socorro Pediátrico, pois seus familiares estão desorientados e com dificuldade de um bom entendimento sobre o que ocorreu com seu filho. Desta forma, é necessário compreender que a equipe de enfermagem está inserida em um trabalho que exige comprometimento, dedicação e humanização sendo sempre necessário estar aprimorando o conhecimento com vistas na humanização da assistência e assim tornando-se um constante crescimento profissional. Área temática: Cuidados à saúde da criança. Descritores: Enfermagem; Saúde da Criança; Humanização da Assistência. Referências: 1.Unicef. Relatório da sessão especial da assembleia geral das nações unidades-base a criança. As metas das nações unidas para o milênio. Nova York: Organização das Nações Unidas; 2002 2.Unicef. Situação mundial da infância. Sobrevivência infantil. Nova York: Organização das Nações Unidas; 2002 3.Fernandes JD, Rosa DS, Vieira TT, Sadigursky D. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. Esc Enferm USP [internet] 2008. São Paulo. 42(2): 396-403. [Acessado em 18/08/2013]. Disponível em > http://www.scielo.br/scielo. 4.Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005. 13(1): 105-11. . [Acessado em 18/08/2013]. Disponível em > http://www.scielo.br/scielo. 5.Abreu LO, Munar DB, Queiroz ALB, Fernandes CNS. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. Ver Bras Enferm. 2005. 58(2): 203-207 [Acessado em 19/08/2013]. Disponível em > http://www.scielo.br/scielo.

14346

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JAQUELINE DIAS

INCIDÊNCIA DE SIBILOS EM LACTENTES DO INTERIOR DO PARANÁ

Silva, DJ; Almeida, GP; Higarashi, IH; Dias, J; Varela, PLR;

Introdução: A sibilância é um dos sintomas respiratórios mais comuns na infância, podendo resultar de diversas doenças respiratórias, com graus variados de comprometimento. Pode ser definida como um som musical de alta tonalidade, ouvido principalmente na fase expiratória da respiração, podendo ser audível também na fase inspiratória em alguns casos. Comumente, está presente na asma, conseqüente a diminuição do diâmetro e elasticidade das vias aéreas que estão associados ao edema da mucosa de brônquios e bronquíolos inflamados. Desta forma, os sibilos constituem o principal achado em pacientes com broncoaspiração ou estreitamento de vias aéreas respiratórias(1;2). Os episódios de recorrência podem ser classificados em recorrente quando ocorrem tem-se três ou mais episódios em doze meses e recorrente grave com seis ou mais episódios no mesmo período(1). Fisiologicamente, as vias aéreas de recém nascidos e lactentes tem menor diâmetro, quando comparadas a crianças maiores, permanecendo mais estreitadas durante o primeiro ano de vida. Assim, o aparecimento de sibilos nesta faixa etária é um achado comum, além de estarem relacionados a elevado risco de desenvolvimento de asma no futuro. Neste contexto surgiu o Estudo Internacional de Sibilâncias em Lactentes (EISL), desenvolvido para avaliar o impacto da sibilância recorrente no primeiro ano de vida, a partir de relatos de sintomas respiratórios, do uso de medicações, diagnósticos médicos e possíveis fatores de risco. Em um estudo de revisão literária sobre prevalência, gravidade e fatores de risco para sibilância e asma em lactentes, constatou-se que a sibilância ocorre principalmente no primeiro ano de vida. A esta ocorrência associam-se um grande número de consultas médicas, utilização dos recursos de saúde e alta taxa de morbimortalidade por complicações respiratórias na América Latina. A relação dos sibilos com fatores genéticos se evidenciou através do gênero masculino, antecedentes pessoais e familiares de atopia, a etnia, a sensibilização precoce a alérgenos, função pulmonar reduzida ao nascimento e alterações no sistema imunológico. Os risco ambientais relacionam-se ao tabagismo passivo, infecções respiratórias virais, animais de estimação, fatores psicossociais e socioeconômicos(1). No EISL reproduzido em Curitiba 45,4% das crianças apresentaram pelo menos um episódio de sibilância e 22,6% apresentaram episódios recorrentes. Os fatores de risco identificados foram: gênero masculino, história familiar de asma, convivência da mãe com animais domésticos durante a gravidez, crianças que freqüentam creches, episódios repetitivos de resfriado, história pessoal de dermatite e presença de mofo no domicílio(6;9). Na cidade de São Paulo 46% dos lactentes sibilaram pelo menos uma vez e 26,6% apresentaram sibilância recorrente e 9,8% manifestaram sibilância recorrente grave(7). Aos episódios recorrentes foram associados ao uso de corticoide inalatório, sintomas noturnos frequentes, necessidade do atendimento em pronto socorro e diagnóstico de pneumonia. A recorrência grave foi associada aos sintomas noturnos freqüentes, a percepção dos pais da falta de ar do lactente, a hospitalização por sibilância e ao diagnóstico de pneumonia(7). Em Salvador o chiado recorrente foi relatado em 52,7% dos lactentes que tiveram sintomas no primeiro ano de vida e recorrente grave em 14,2% deles. Independente da idade em que o primeiro episódio de chiado ocorreu, houve relato de infecção de vias aéreas superiores concomitantes em 82,2%(11). Diante dos dados apresentados, torna-se importante conhecer a realidade de cada região, visto que as condições socioeconômicas e ambientais são determinantes na incidência deste sintoma. A identificação da incidência deste sinal semiológico em lactentes poderá servir como subsídio para a identificação de fatores de risco modificáveis, bem como, para o planejamento de ações preventivas dos profissionais relacionados a esta área. Metodologia: Trata-se de

uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido em uma unidade básica de saúde da cidade de Paranavaí-PR, que conta com uma população de 1.975 famílias e 145 crianças de 0 a 24 meses de vida cadastradas no programa de saúde da criança. A coleta de dados foi realizada a partir da triagem de 49 mães de crianças com idade entre 12 a 24 meses cadastrados. O questionário sobre sintomas respiratórios durante o primeiro ano de vida foi aplicado pelas pesquisadoras no domicílio ou na própria UBS. Os dados obtidos foram transferidos para um banco de dados elaborado no Microsoft Excel, sendo analisados em termos de frequência da sibilância demonstradas em porcentagem. A pesquisa cumpriu as exigências preconizadas pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres humanos da Universidade Estadual de Maringá, conforme o parecer 318.692. Resultados e discussão: Todos os lactentes apresentaram pelo menos um episódio de chiado que variou de um a três para 54,2%, de três a seis para 37,5% e foi superior a seis para 8,3% dos lactentes. Os estudos confirmam que a prevalência de sibilância recorrente em lactentes é alta, e os fatores associados a este sinal podem ser úteis para o diagnóstico de asma, que devem receber tratamento criterioso que evite a administração desnecessária de corticóide inalatório ou sistêmico(11). O primeiro episódio ocorreu nos meses de janeiro (12,5 %), julho (16,6%) e agosto (20,8%), com as freqüências restantes distribuídas uniformemente entre os meses restantes. Nem todas as mães confirmaram o uso de terapia medicamentosa, porém 70,8% confirmaram a utilização de broncodilatadores e 25% de corticóides. Ao se avaliar a gravidade dos episódios de sibilancia, constata-se que 50% necessitaram de serviços de saúde, 29,2% já ficaram hospitalizados com diagnóstico de bronquite e 12,5% por pneumonia, entretanto, somente 4,1% das mães receberam um diagnóstico de asma. Os fatores de risco para hospitalização por doenças respiratórias agudas foram identificados em um estudo de grupo controle onde se destacaram o baixo nível de escolaridade materna, historia de sibilância anterior, desmame precoce, uso de bico, tabagismo materno, faixa etária menor que seis meses e sexo masculino. Constatou-se uma forte influencia dos fatores sociais e comportamentais da família, bem como a historia pregressa de morbidades respiratórias da criança como fatores de risco para a hospitalização(24). Conclusão: A incidência de sibilancia recorrente em lactentes na região do estudo segue os padrões identificados em pesquisas anteriores. Considerando-se a diversidade dos fatores de risco e sua relação com o surgimento de sibilos no primeiro ano de vida, torna-se necessário complementar a pesquisa com os fatores de risco regionais. Referencias 1. Dela Bianca ACC, Wandalsen GF, Solé D. Lactentes sibilantes: prevalência e fatores de risco. Saõ Paulo. Revista brasileira de alergia e imunologia. Vol 33. N° 2. 2010. pg 43-50. 2. Dela Bianca. ACC, Miyagi. K, Camargo. L, Cezarin. D, Wandalsen. GF, Solé. D. Estudo Internacional de sibilâncias em lactentes (EISL): validação de questionário escrito para lactentes com até 36 meses de vida da cidade de São Paulo. Rev. Bras. Alerg. Imunopatol (2007). 232 -239. 3. Chog Neto. HJ, Rosário NA, Grasselli. EA, e Silva. FC, Bojarski. LF, Rosário. CS, et al. Sibilância recorrente em lactentes: mudanças epidemiológicas. J Pediatr (Rio J). 2011; 87(6): 547-550. 4. Macedo SEC, Menezes AMB, Albernaz E, Post P, Knorst M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2007 June [cited 2013 Aug 28] ; 41(3): 351-358.

13929

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JAQUELINE SILVA SANTOS

INTEGRALIDADE DAS AÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS: PRERROGATIVA PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA

Andrade, RDA; Santos, JSS; Pina, JCP; Furtado, MCCF; Mello, DFM;

As práticas de saúde necessitam ser fortalecidas para maior integralidade da atenção e do exercício do direito à saúde, destacando-se aqui as ações em favor da criança, um ser especialmente vulnerável na sua própria advocacia. O objetivo do presente estudo foi analisar narrativas de enfermeiros sobre a integralidade das ações voltadas às crianças e suas famílias, apreendendo fortalezas e fragilidades em busca da defesa do direito à saúde. Trata-se de um estudo exploratório com análise qualitativa temática dos dados, fundamentado no cuidado e direito à saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 14 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Passos-MG. As narrativas mostram aspectos relacionados à comunicação entre os profissionais e os serviços, lacunas nas relações de parcerias e limites na integralidade e intersetorialidade das ações. Parcerias positivadas e não positivadas foram mencionadas, sendo valorizado o trabalho conjunto entre profissionais e serviços. Considera-se que abordagens ampliadas para um cuidado integral são importantes para construir perspectivas de trabalho que evitem lacunas nas relações de parceria e ampliem a integralidade e intersetorialidade das ações em rede, especialmente diante do conjunto de leis e programas que visam à proteção integral das crianças. Assim, este estudo aponta que os enfermeiros devem ser agentes públicos imbuídos de observação e intervenção para respeitar, proteger e efetivar os direitos humanos na proteção da saúde da criança de modo integral e longitudinal. Descritores: Criança, Enfermagem, Assistência Integral à Saúde. Andrade RD, Mello DF, Silva MAI, Ventura CAA. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. Rev Bras Enferm. 2011 jul/ago; 64(4):738-44. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ: ABRASCO; 2009.

13962

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JEFFERSON FERREIRA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE TRAUMA

Ferreira, JF; Vignuda, TVS;

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE TRAUMA: ESTUDO BIBLIOGRÁFICO Jefferson Ferreira* Tania Vignuda de Souza** INTRODUÇÃO: O trauma constitui um problema de saúde pública de magnitude e transcendência figurando, concomitantemente, um enorme e crescente desafio ao país em termos sociais e econômicos, pois as suas consequências não se limitam às vidas perdidas.1 Todavia, a despeito de ele produzir forte impacto na morbimortalidade da população a chance de sobrevivência de uma vítima que recebe tratamento adequado é, provavelmente, maior do que a de qualquer outro tipo de paciente2 e tratando-se das crianças é requerida a adoção de cuidados ainda maiores e critérios padronizados para classificá-los, pois a assistência dirigida a eles pode fazer a diferença entre a vida e a morte; entre uma sequela temporária, grave ou permanente; ou entre uma vida produtiva e uma destituída de bem-estar. Diante do que se apresenta e considerando a relevância dessa temática bem como a importância do papel do enfermeiro à frente do processo de assistência a esses pacientes junto à equipe multidisciplinar o presente estudo, de cunho revisional, teve como objetivo pontuar as evidencias na literatura nacional sobre a assistência de enfermagem às crianças vítimas de trauma. MÉTODO: O levantamento bibliográfico se deu pelo resgate de artigos em periódicos indexados nas bases de dados da BDENF, LILACS, CAPES e SciELO utilizando nesse processo palavras-chave que descrevessem os tipos de trauma e que constassem no vocabulário estruturado e trilíngue - DeCS - da BIREME. Dispondo-se, portanto de um conjunto constituído por 67 unitermos e conjugando-os em arranjos de três elementos sem que eles repetissem e contendo obrigatoriamente em cada arranjo um termo referente à enfermagem, um ao trauma e um à criança obteve-se um total de 268 combinações diferentes. Adotou-se como critérios de inclusão os artigos em língua vernácula, produzidos entre janeiro de 2000 a dezembro de 2009 e os que estavam disponíveis gratuitamente e na íntegra nas bases supramencionadas. RESULTADOS: foram selecionados 57 estudos sendo 28 (49,1%) extraídos da BDENF, 15 (26,3%) da CAPES, 11 (19,3%) da LILACS e três (5,3%) da SciELO. Analisando-os quantitativamente constatou-se que a maior parte (79,3%) foi publicada a partir da segunda metade da década de 2000. Com relação às fontes das publicações viu-se que 48 (84,2%) estudos foram publicados em periódico específicos de enfermagem, mas a característica que merece maior destaque é a concentração dessas pesquisas na região Sudeste, especialmente nas áreas metropolitanas. Referente ao tipo de pesquisa detectou-se predomínio de trabalhos empíricos (77,2%) sobre os teóricos (22,8%) e concernente à metodologia adotada, verificou-se que mesmo havendo uma crescente tendência na realização de pesquisas qualitativas no meio acadêmico-científico, os estudos quantitativos e exploratório-descritivos foram largamente utilizados. No que se refere à distribuição dos estudos com relação à sua área temática percebeu-se que as abordagens sobre a violência intrafamiliar e/ou negligência a crianças ocupavam posição de vanguarda - sendo representados por 52,6% dos estudos -, seguido dos estudos sobre a violência sexual infantil (10,5%) e posteriormente os de causas/tipos de acidentes em crianças (10,5%) e atendimento/assistência às crianças traumatizadas (8,8%). De acordo com os estudos analisados não foram encontradas abordagens análogas à da atual pesquisa e no que diz respeito à população/objeto de estudo, observou-se que os estudos e os registros foram o foco de interesse dos pesquisadores destacando-se ao mesmo tempo o número expressivo de trabalhos direcionados especificamente aos profissionais da saúde, mormente aos da enfermagem. Quanto à categoria dos autores detectou-se que 80,7% dos estudos foram publicados por enfermeiros, assistentes ou docentes e os demais

por acadêmicos de enfermagem (5,3%), assistentes sociais (7%), engenheiro civil (1,7%), médicos (3,5%) e psicólogo (1,7%) sendo os autores, majoritariamente, discentes ou egressos de programas de pós-graduação senso amplo (8,8%) e estrito (56,1%). Apesar de alguns dos estudos terem sido publicados por outras categorias profissionais eles não foram excluídos da análise por preencheram os critérios de elegibilidade e apresentarem conteúdo pertinente aos cuidados que a enfermagem também deve adotar com as crianças traumatizadas. CONCLUSÃO: o estudo evidenciou que conquanto tenha sido constatada nítida progressão no número de publicações evidenciando o interesse despertado nos profissionais da enfermagem para uma questão que está intimamente relacionada às suas práxis, a produção científica sobre o assunto ainda é incipiente. Presume-se que apesar de os profissionais ligados à assistência estarem cônscios da necessidade e importância das pesquisas na área, o déficit na sua participação sucede à falta de investimento na produção de conhecimento e incentivo no envio de trabalhos finalizados para publicação, pois muitos se sentem desmotivados pelo processo de submissão, geralmente longo, e pelas necessidades de reajustarem seus textos, como também à mudança de prioridade ao final do curso. Além disso, viu-se que a maioria dos estudos se concentra no Sudeste. O contingente populacional dessa região, bem como o numero elevado de unidades hospitalares e instituições de ensino superior poderia ser a explicação. Por outro lado, tal característica sugere que as demais regiões do país carecem de estudos sobre o assunto implicando, portanto, na necessidade de novas investigações e estímulo à produções científicas para aumentar a abrangência das informações pertinente ao tema em todo o Brasil. Em suma, não houve a pretensão de esgotar o assunto neste estudo tampouco buscar soluções acabadas para a prevenção e controle do trauma em pediátricos e, sim, contribuir para o desenvolvimento da enfermagem oferecendo subsídios para o ensino, a prática e pesquisas nesta área. Logo, apesar de testemunharmos os avanços na área da saúde, a produção científica de enfermagem sobre o tema é pouco expressiva e considerando a década indicada pode-se afirmar que tal realidade destoa da lógica, portanto, é mister que esses profissionais sejam motivados a investigarem mais sobre um assunto. REFERÊNCIAS: 1. Freire E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu, 2001. 2. Whitaker YI, Gutiérrez MGR, Koizumi MS. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. Rev Assoc Med Bras. 1998 abr/jun; 44(2): 111-9. 3. COSTA, M. A. F.; COSTA, M. F. B. Conceitos e técnicas. In: _____. Metodologia da Pesquisa. Rio de Janeiro: Interciência, 2001, p. 62. DESCRITORES: Enfermagem pediátrica; Trauma; Publicações. AUTORES: * Enfermeiro e Bombeiro Militar em Minas Gerais. ** Professora Dra junto ao Departamento de Enfermagem Materno-infantil da EEAN-UFRJ.

14516

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JEINIFER MARIA DE OLIVEIRA FÉLIX

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A CRIANÇA AUTISTA

Félix, JMOF; Souza, ACFS; Lazarini, SL; Villaça, TMV;

1-INTRODUÇÃO O autismo é um transtorno de desenvolvimento, manifestado tipicamente antes dos três anos de idade e caracterizado por um comprometimento de todo desenvolvimento psiconeurológico, Há um comprometimento nas áreas de cognição, linguagem e no desenvolvimento motor e social (1). É, certamente, uma das síndromes mais desconcertantes e desafiadoras da atualidade, por se tratar de uma doença de múltiplas causas, que envolve várias áreas de conhecimento em busca de um conhecimento em comum (1). Mais recentemente, são citadas prevalências de até 60 autistas para cada 10.000 crianças. É um transtorno que acomete mais frequentemente meninos, em uma proporção de 3 a 4 meninos para uma menina. (2) Na vida adulta, os problemas de comunicação e socialização tendem a persistir, e apenas uma pequena parcela alcança independência. Até o momento, não se alcançou à cura para o autismo, o tratamento visa ajudá-los a alcançar independência para atividades diárias, como vestir-se e se higienizar (3). Existem ainda outras manifestações que caracterizam o autismo como comportamentos ritualistas, auto agressividade, alterações no sono e alimentação, ausência de noções de perigo, hipo ou hiper reações a estímulos sensoriais como luz ou sons, bem como apego a datas e itinerários e ainda demonstração de predileção por objetos rígidos e incomuns e geralmente apresenta medo e fobia inespecíficos. A criança com esta síndrome não estabelece contatos físicos, visuais ou auditivos e nem tão pouco afetivos. O isolamento social também é marcante nestes portadores, sendo assim não demonstram interesse em participação de jogos cooperativos, brincadeiras em grupo, no entanto, podem surgir momentos de interações afetivas, mas da mesma forma que elas surgem, elas desaparecem. (3) Horta refere-se à Enfermagem como a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento das suas necessidades básicas, no intuito de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto cuidado: de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. (2) Diante desta situação, é papel do enfermeiro estar atento às reações da criança ao se relacionar com alguém. Também cabe a ele proporcionar conhecimentos aos pais acerca do autismo, avaliar o grau de compreensão desses pais sobre a doença, bem como o enfrentamento deles diante dessa inesperada realidade que se apresenta. (1) Vale ressaltar que uma boa orientação de enfermagem só poderá ser dada se o profissional tiver um embasamento para isso. Por esse motivo, torna-se necessário ter estudos mais aprofundados acerca do autismo, uma vez que mesmo durante o período acadêmico, pouco se estuda a respeito. Além disso, há escassez bibliográfica em relação ao autismo e o papel do enfermeiro, tornando-se importante a investigação desta relação, uma vez que o enfermeiro é um dos profissionais de saúde que mais tempo passa com a criança, seja no hospital ou em postos de saúde, devendo, portanto, estar apto para identificar alguns sinais bastante evidentes do autismo. (1) É indiscutível a valorização do enfermeiro na avaliação inicial, diagnóstico das alterações, apoio à família, tratamento e acompanhamento da criança. Também se valoriza a integração da equipe em pesquisas e estudos sobre as causas da doença e busca de mais conhecimentos para embasar uma atuação prática consensual que vise uma intervenção realmente efetiva. 2-OBJETIVO O presente estudo tem como objetivo identificar, na literatura científica nacional, a atuação dos enfermeiros frente à criança com autismo e sua família. 3-METODOLOGIA Revisão bibliográfica realizada com a finalidade de obter informações a respeito da assistência de enfermagem na abordagem a uma criança autista, por meio da análise de artigos obtidos na base de dados BIREME (Lilacs e Scielo). Foram utilizados os descritores autismo, transtorno autístico e enfermagem. Como critério de

inclusão foram utilizados artigos na língua portuguesa, exclusivamente da área da enfermagem, em um período de tempo de 10 anos. Foram encontrados apenas dois artigos. Assistência de enfermagem As teorias de enfermagem são importantes como um guia de ação, um guia para coleta de fatos, um guia na busca de novos conhecimentos e que explica a natureza da ciência. (2) Orem, citado por Foster et al (2000) desenvolveu a sua teoria de enfermagem baseada no conceito 'autocuidado', indicando que um indivíduo deve estar sob os cuidados de enfermagem quando este é incapaz de proporcionar o autocuidado, então a enfermeira providencia a assistência necessária, e no caso das crianças, os cuidados de enfermagem são necessários quando os pais ou responsáveis não são capazes de proporcionar cuidados em quantidade e qualidade suficientes. (2) Os enfermeiros devem reconhecer que nem todas as crianças com autismo são iguais, precisando, portanto, de avaliação e de tratamento individuais. (1) Observação de comportamento é essencial para prestar uma boa assistência em Enfermagem psiquiátrica; por meio da observação do comportamento é possível coletar dados constantemente e esse processo auxilia o planejamento da assistência, a avaliação e o diagnóstico. (2) Partindo do pressuposto de que o autismo, assim como tantas outras condições crônicas, envolve toda a família e muitas vezes se torna uma 'doença familiar', os enfermeiros devem ajudar a aliviar a culpa e a vergonha frequentemente associada a essa doença. Devem da mesma forma, ajudar os pais a compreender que não são a causa da condição da criança. (1) É também papel do enfermeiro auxiliar no enfrentamento dos pais, explicando que tipo de doença é o autismo e incentivando-os a buscar mais informações, de forma a ajudar no tratamento do filho. (1) 4-RESULTADOS De uma forma geral, os estudos encontrados tem como enfoque a desestabilização emocional da família pela convivência com um membro autista, além de deixar claro o papel do enfermeiro referente a assistência de enfermagem prestada, citando a necessidade de atenção especializada não só à criança com autismo, mas também a todos que com ela convive. Evidencia-se também uma crítica ao despreparo profissional da equipe de enfermagem, tendo como causa a falta de registros na literatura que conjugue a teoria e a prática da assistência nesses casos. 5-CONCLUSÃO A partir da pesquisa realizada, evidenciou-se a carência de maior produção científica sobre a temática. Destaca-se ainda a preocupação com uma assistência eficaz ao tratamento da criança autista e sua família, o que, para tanto, é necessário que o enfermeiro saiba principalmente sobre os detalhes da doença bem como o comportamento dessa criança. Durante a prática de estágio, os graduando de enfermagem notaram que é necessária a elaboração de uma assistência individualizada, principalmente nesses casos, pois o comprometimento do quadro clínico da criança autista pode acontecer se não existir uma abordagem correta do profissional, acarretando em uma resposta negativa ou não colaborativa por parte do autista. permanente em enfermagem para uma avaliação eficaz das reações da criança autista. 6-REFERENCIAS 1-Carniel, E. L.; Saldanha, L. B.; Fensterseifer, L. M. A atuação do enfermeiro frente à criança -autista. Pediatria (São Paulo) 2010;32(4):255-60. 2-Sudré,R.C.R; Oliveira, R.F; Faile, P.G.S; Teixeira, M.B. Assistência de enfermagem a crianças com Transtorno Global do desenvolvimento (TGD): autismo. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo (São Paulo) 2011;56(2):102-6. 3-Monteiro, C. F. S. et al. Vivências maternas na realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem. Rev. bras. Enferm, (Brasília) 2008;61(3):330-5.

14034

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JEINIFER MARIA DE OLIVEIRA FÉLIX

APLICAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO DRAMÁTICO EM CRIANÇAS ONCOLÓGICAS HOSPITALIZADAS

Félix, JMOF; Gonçalves, LPAG; Martins, LMM; Senna, SCS; Villaça, TMV;

AUTORES: Orientadora: Tatiana Magnaboschi Villaça. Relator: Jeinifer Maria de Oliveira Félix. Estudante. Realiza Graduação de Enfermagem na Universidade Anhembi Morumbi. E-mail: jenifer.felix@terra.com.br . Letícia Magosso Martins. Estudante. Realiza Graduação de Enfermagem na Universidade Anhembi Morumbi. Lídia Paula Alves Gonçalves. Estudante e Técnica de Enfermagem. Realiza Graduação de Enfermagem na Universidade Anhembi Morumbi. Solange Cutrim Sena. Estudante e Auxiliar de Enfermagem. Realiza Graduação de Enfermagem na Universidade Anhembi Morumbi. APLICAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO DRAMÁTICO EM CRIANÇAS ONCOLÓGICAS HOSPITALIZADAS INTRODUÇÃO: O tratamento oncológico exige em determinados períodos que o paciente compareça quase diariamente ao hospital para consultas, exames e procedimentos, o que interfere não só na sua frequência escolar, mas também na quantidade de tempo livre que a criança tem para atividades sociais e lazer[1]. Durante o processo de tratamento oncológico que podemos considerar um fator extremamente estressante, podem obter agravos emocionais, caso não haja manejo adequado para a liberação de sentimentos como medo, angústia, abandono, a quebra de vínculos, o distanciamento de familiares e amigos, ansiedade, dor e privação do ato brincar[1]. Não podemos esquecer que todo esse processo é traumatizante, simplesmente por passar a conviver com inúmeras restrições devido a uma série de tratamentos dolorosos e invasivos, onde podemos englobar à quimioterapia, radioterapia, iodo terapia, transplantes de medula óssea e cirurgias. Ao se tratar de câncer infantil estamos lidando com crianças imunodeprimidas, aspecto qual possui uma relevância extremamente importante, pelo fato de acarretar um desgaste físico e emocional mais intenso para essas crianças[2]. Como válvula de escape podemos contar com o ato de brincar, que apesar das restrições e limitações existentes, não torna o mesmo impossível[3], principalmente porque Piaget descreve que o brincar é como um berço obrigatório das atividades intelectuais da criança. A brincadeira não é apenas uma forma de desafogo ou entretenimento para gastar energia das crianças, mas como meios que contribuem e enriquecem o desenvolvimento intelectual. O esforço em desempenhar com fidelidade aquilo que observa em sua realidade, faz com que a criança atue em um nível superior ao que na verdade se encontra criando assim uma zona de desenvolvimento proximal[2]. Sendo assim, diante da situação difícil e traumatizante em que a criança oncológica se encontra no período de internação, e os benefícios proporcionados pelo brinquedo terapêutico. OBJETIVOS: buscar na literatura, artigos que descrevessem os efeitos do brinquedo terapêutico dramático (BTD) e os sentimentos emergidos pela criança com câncer. METODOLOGIA: Revisão bibliográfica realizada através do levantamento de dados das fontes Lilacs e Scielo. O critério de escolha incluiu artigos num período de tempo de 10 anos (de 2003 a 2013), e que tratavam da aplicação do BTD em crianças oncológicas. Foram selecionados 10 artigos e 03 teses. RESULTADOS: Ao longo da pesquisa nos deparamos com os seguintes resultados: Obtemos resultados positivos sobre a eficácia do BTD proporcionando analgesia através de sentimentos de alegria, entretenimento e envolvimento com a realidade vivenciada, sem haver necessidade de, na maioria das vezes, administrar analgésicos, de forma humanizada?; Observamos o benefício da catarse, proporcionado durante o BTD, fazendo com que a criança libere suas emoções e sentisse conforto e alívio por meio da dramatização de sua realidade vivenciada durante o tratamento e hospitalização?; Certificamos a importância do BTD, sobre a mudança da interpretação e percepção dessas crianças e seus familiares

diante de um ambiente hospitalar, que transpassa a sensação de tristeza, procedimentos invasivos e dolorosos e até mesmo á possibilidade de morte, contudo o BTD reverte essa sensação e percepção, oferecendo de momentos de alegria e conforto, melhor adesão ao tratamento e amenização do sofrimento por um todo?; Podemos vislumbrar a descrição de sentimentos de medo, insegurança e raiva diante os profissionais de saúde, onde durante as sessões de BTD, dramatizavam através dos bonecos e demais materiais e brinquedos oferecidos, os procedimentos que foram realizados e a falta de preparo desses profissionais e a humanização, entretanto também demonstraram o impacto de deixar seus familiares, sua casa, seus amigos, dramatizando á volta para casa, família, amigos e escolas, com meio de minimizar o sofrimento causado pela quebra de vínculos constituídos antes do tratamento?; Notamos que as sessões de BTD, implementado e mediado pela enfermagem durante o tratamento de crianças com leucemia resultaram em modificação do ambiente, do comportamento e principalmente, da estrutura psicológica de cada criança no decorrer de seu tratamento, ajudando a aceitar melhor a ideia do processo de internação, bem como, o processo de recuperação, bem estar e qualidade de vida?. Conclusão: Diante desses resultados, percebe-se que a aplicação do BTD é uma prática extremamente necessária e vital para o tratamento da criança com câncer. Em concordância com os resultados encontrados nos artigos, a experiência como graduandos de enfermagem nos mostrou também que no momento das sessões de brinquedo, os sentimentos de medo, tristeza, e o comportamento apático dessas crianças eram substituídos pela alegria e até mesmo pela simulação de cura do boneco utilizado na brincadeira. Isso demonstra uma mudança de comportamento relevante, onde a brincadeira fez emergir o sentimento de esperança, o qual julgamos ser essencial para que a criança com esse diagnóstico continue lutando pela vida. Em relação aos artigos publicados, notamos a escassez do tema, o que possa significar a não utilização do BTD em unidades pediátricas oncológicas ou a falta de registro das experiências vivenciadas através dessa prática. Existe, portanto, a necessidade de outros estudos aprofundando o tema para que a criança com câncer receba uma assistência humanizada, proporcionando bem-estar e principalmente, uma nova percepção diante da doença. DESCRITORES: Brinquedo Terapêutico; Criança; Câncer; Hospitalização. REFERÊNCIAS: 1. MALAGUTTI, William. Oncologia Pediátrica: Uma Abordagem Multiprofissional. São Paulo. Martinari. 2011. 2. Vygotsky, L.s. A Formação Social da Mente. São Paulo. Martins Fontes. 1991. 3. ALMEIDA, Fabiane de Amorim; SABATÉS, Ana Llonch., Enfermagem Pediátrica: A Criança, o Adolescente e Sua Família no hospital - Barueri, SP - Manole, 2008. 4. PIAGET, Jean., Psicologia e Pedagogia. Trad. Por Dirceu Accioly Lindoso e Rosa, Maria Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1976. 5. SABINO, Michelle Batista de Mello. ALMEIDA, Fabiane de Amorim. Therapeutic Play as a Pain Relief Strategy For Children With Cancer (O Brinquedo Terapêutico como Estratégia Alívio da Dor em Crianças com Câncer). Einstein.2006; 4(3):196-202.

14596

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JOÃO BATISTA DA SILVA MACIEL

O CUIDADO FAMILIAR À CRIANÇA PORTADORA DE ESTOMIA.

Silva, ANDRÉIA; Gomes, GIOVANA; Maciel, JOÃO; Rocha, CRISTIANE; Nogario, ALINE;

Introdução: A palavra estomia é um designativo genérico de uma condição orgânica resultante de intervenção cirúrgica com o objetivo de restabelecer a comunicação entre uma víscera e o meio externo, compensando seu funcionamento afetado por alguma doença. Diversas razões podem levar à necessidade da estomização de uma criança como: atresia do ânus, tumor no reto distal, traumatismo anorretal, incontinência anal por lesão medular grave e definitiva, entre outras. Na situação de uma criança, a família torna-se parte integrante dos cuidados dando continuidade no domicílio, devido a isso precisam ser ensinados no período de internação, todavia, geralmente, o que ocorre é um treinamento rápido sobre procedimentos técnicos, sem se atentar para as necessidades individuais do paciente e sua família. A transição dessa população infantil para o domicílio exige elaborado planejamento de alta pela equipe multidisciplinar e a participação dos familiares, a fim de garantir o prosseguimento do cuidado com qualidade. A realização deste estudo pode auxiliar as famílias a se potencializarem como cuidadoras de suas crianças estomizadas e as enfermeiras a compreender o processo pelo qual a família da criança estomizada passa, podendo, assim auxiliá-las no enfrentamento da sua problemática. Objetivo: O presente trabalho tem por finalidade conhecer como as famílias de crianças portadoras de estomias realizam o seu cuidado. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa permite a livre expressão das percepções e subjetividade dos seres humanos, dando ênfase às realidades dos sujeitos, buscando contemplar as pessoas cuja experiência está sendo estudada. Foi realizada no primeiro semestre de 2013 no Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário, o qual presta seus serviços há dezesseis anos. Participaram do estudo 12 familiares cuidadores de crianças portadoras de estomias ou que a reverteram nos últimos 2 anos cadastrados neste serviço. Como critérios de inclusão foram escolhidos intencionalmente por serem cuidadores de crianças portadoras de estomias cadastradas no Serviço de Estomaterapia do HU e que, após orientados acerca dos objetivos e métodos do estudo, aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este termo foi assinado em duas vias sendo que uma ficou com as pesquisadoras e a outra com cada familiar. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e analisados pelo método de Análise Temática. Quanto aos aspectos éticos o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa Área da Saúde (CEPAS) da Universidade de Rio Grande - FURG com parecer favorável sob n°127/2012. No que tange a resolução 196/96 foram respeitados os aspectos éticos para pesquisa com seres humanos4. Resultados: Após a análise dos dados foi possível identificar quatro categorias: conhecimento acerca da ostomização e dos cuidados com o ostoma; dúvidas sobre os cuidados com o ostoma; facilidades enfrentadas pelas famílias das crianças para cuidar e dificuldades enfrentadas pelas famílias das crianças para cuidar. Conhecimento acerca da estomização e dos cuidados com o estoma: o estudo revelou que apenas uma mãe tinha conhecimento do que é uma estomia, no entanto, seus saberes advinham de experiência familiar anterior com um adulto. Verifica-se, assim, que a ostomização continua sendo um procedimento cirúrgico pouco conhecido da população em geral. Dúvidas sobre os cuidados com o estoma: ficou evidenciado que grande parte das famílias não refere dúvidas sobre os cuidados com a criança levando-nos a entender que foram bem orientadas e que durante a internação adquiriram as habilidades necessárias para o cuidado, porém percebeu-se que a maioria desconhecia a necessidade de continuidade do tratamento com novos procedimentos cirúrgicos. Facilidades apresentadas pelas famílias para cuidar da criança estomizada: a

aceitação da situação pela família foi apontada como facilidade que garante que a criança não sofra nenhuma rejeição. Além disso, quando mais de um membro da família se envolve no cuidado direto da criança, diminui a sobrecarga dos cuidadores e possibilita o desenvolvimento de outras atividades tornando o cuidado menos estressante e cansativo. A orientação recebida pelos profissionais da área de saúde tornou-os competentes no exercício do seu papel de cuidador da criança. Dificuldades apresentadas pelas famílias para cuidar da criança estomizada: logo após a realização da cirurgia a família relata o surgimento de dificuldades como angústia quando a criança necessita de internação em unidade de terapia intensiva e a necessidade da mesma realizar diversas atividades lúdicas devido o entendimento de proteção. Além disso, a família passa a depender de pomadas peristomais que não são encontradas no SUS e bolsas de estomia que possuem alto custo e o Estado fornece apenas oito por mês para cada paciente. Outro fator é a dificuldade de acesso a consulta médica periodicamente, mostrando que muitas vezes, as famílias ficam desassistidas. Conclusão: O estudo evidencia que a grande parte das famílias não refere dúvidas sobre os cuidados com a criança e que a aceitação da família é o que garante que a criança não sofra rejeição. Entende-se, assim, que as famílias das crianças portadoras de estomia foram bem orientadas acerca dos cuidados antes da alta hospitalar da criança e que no tempo de convivência com a estomia já adquiriram as habilidades necessárias para o cuidado da criança. Outro fato evidenciado, é que todas as famílias, após a alta da criança do hospital recebem acompanhamento contínuo no Serviço de Estomaterapia do hospital por uma enfermeira e um assistente social. Contribuições/Implicações para a enfermagem:Este estudo vai auxiliar as enfermeiras a compreender o processo pelo qual a família da criança estomizada passa, podendo, assim auxiliá-las no enfrentamento da sua problemática. Descritores: Enfermagem. Estomia. Família. Referências:1. LEITE NSL, CUNHA, SR. A família da Criança Dependente de Tecnologia: aspectos fundamentais para a prática de enfermagem no ambiente hospitalar. Esc. Anna Nery [online]. 2007, vol.11, n.1 [cited 2011-09-17], pp. 92-97 .2. OSÓRIO F. Indicações para estomias digestivas. In: FERNANDES I (org). Ostomizados: redescobrindo a vida saudável. Ed. Associação Gaúcha de Ostomizados. 2001.3. BARRETO L, CAGLIARI L, CARDOSO, MHCA, VILLAR MAM, GILBERT ACB. Percepções dos profissionais de uma unidade de internação pediátrica sobre a alta de crianças ostomizadas. Rev Gaúcha Enferm. 2008 set; 29(3):438-45.4. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria n° 196/96. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996.

14511

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JOSEANE GUIMARÃES RAFAEL

FATORES DESENCADEANTES DE CRISE ASMÁTICA NO DOMICILIO DE CRIANÇAS EM UM DISTRITO DE SAÚDE.

Rafael, JG;

FATORES DESENCADEANTES DE CRISE ASMÁTICA NO DOMICILIO DE CRIANÇAS EM UM DISTRITO DE SAÚDE. Joseane Guimarães Rafael, Beatriz Sebben Ojeda, Andréia da Silva Gustavo, Beatriz Regina Lara dos Santos, Carolina Reis Renz , Jéssika Cefrin Pinto. Introdução: A prevalência média mundial de asma é de 11,6 em escolares e 13,7 em adolescentes1. Objetivo: Identificar a prevalência de fatores desencadeantes de asma no domicílio e associar esses fatores com variáveis demográficas das crianças e cuidadores. Métodos: Estudo transversal realizado em seis Unidades de Saúde da Família. A amostra foi de 155 cuidadores de crianças com 03 a 12 anos incompletos, diagnosticadas com asma. Os dados foram obtidos através de inquérito domiciliar2 realizado com o cuidador da criança. Para analise utilizou-se a estatística descritiva - distribuição absoluta e relativa, teste Qui-quadrado para análise bivariada e regressão logística binária não condicional para analise multivariada.. Resultados e Discussão: Os achados estatísticos apontam que 83,2% das crianças tiveram crises asmáticas, detectando como fatores preditores: sexo feminino, idades de 03 a 05 anos, mudança de temperatura, tabagismo no domicilio e presença de mofo no quarto da criança. Identificou-se que a criança dormir sozinha é um fator de proteção para crises asmáticas. Conclusões: Na maioria dos domicílios há presença de fatores desencadeantes de asma, o que assinala a importância de ações educativas na prevenção, tratamento e controle dos sintomas da asma. Descritores: Asma, criança, cuidadores. Referências: 1 Sole D. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC):o que nos ensinou? J bras. Pneumol. 2005; 31(2): 93-94. 2 Zhang L, Costa M, Ávila L, Bonfanti T, Ferruzzi E. Conhecimento de pais de crianças asmáticas sobre a doença no momento da admissão a um serviço especializado. Rev da Assoc Méd Bras 2005; 51(6): 342-7.

14642

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JOSIANE DALLE MULLE

PRINCIPAIS INDICAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Mulle, JD; Iung, CMB; Francisco, MF; Quadro, LSG; Cartagena, MIS; Breigeiron, MK;

Introdução: O cateter central de inserção periférica (CCIP) é um dispositivo indicado para pacientes com necessidade de infusão de diferentes drogas, uso de nutrição parenteral e longo tempo de tratamento, além de permitir a mensuração da pressão venosa central, apresentar reduzida taxa de complicações, favorável relação custo versus beneficio e redução do risco de arritmias cardíacas, dor, estresse e trauma por repetidas tentativas de punções periféricas. Objetivos: descrever as principais indicações para utilização do CCIP em pacientes internados em unidades pediátricas. Metodologia: estudo descritivo, quantitativo. Amostra constituída de CCIP inseridos em pacientes de unidades pediátricas de um hospital universitário de Porto Alegre/RS, entre 2008 a 2013. Foi empregada estatística descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa. Projeto submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição responsável. Resultados: do total da amostra (n=290), 54,5% eram do sexo masculino, com predomínio para diagnóstico clínico relacionado aos sistemas hematológico, respiratório e digestório. O cateter foi inserido com sucesso em 99,1% da amostra. As principais indicações para a utilização do CCIP foram: uso de drogas vesicantes associado ao uso nutrição parenteral e terapia com quimioterápicos (39,6%), terapia com quimioterápicos (26,5%), nutrição parenteral (13,9%), dentre outras. Conclusão: o CCIP é considerado como um dispositivo de acesso vascular seguro, por permitir a administração de fluidos e medicamentos que não podem ser infundidos em veias periféricas diretamente na circulação central. Para tanto, as indicações para o uso do CCIP neste estudo corroboraram com a literatura, onde avanços da tecnologia permitem proporcionar maior conforto e benefícios aos pacientes. O enfermeiro é o profissional que poderá identificar as necessidades destes pacientes e as possibilidades terapêuticas que aliadas ao conhecimento científico e capacitação técnica trarão a verdadeira humanização ao ato de cuidar.

14266

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JÚLIA HEINZ DA SILVA

PERMANÊNCIA DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE NO ATENDIMENTO À EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS (NOTA PRÉVIA)

Silva, JH; Neves, ET; Buboltz, FL; Zamberlan, KC; Carvalho, JS; Bruinsma, JL;

PERMANÊNCIA DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE NO ATENDIMENTO À EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS (nota prévia) V CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA, ADOLESCENTE E FAMÍLIA (I SISCAF) 14º ENCONTRO DO LABORATÓRIO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM FAMÍLIA E SAÚDE (LEIFAMS) Silva, Júlia Heinz da Neves, Eliane Tatsch Buboltz, Fernanda Luisa Zamberlan, Kellen Cervo Carvalho, Janete Severo de Bruinsma, Jamile Lais Introdução: A presença dos familiares/acompanhantes no ambiente hospitalar vem se tornando, ao longo dos anos, uma prática que visa à humanização da assistência em saúde. Quando relacionado à hospitalização de uma criança, isso é um direito garantido por lei. Frente a isso, os profissionais da equipe de saúde, principalmente o enfermeiro que é quem permanece mais tempo junto ao paciente, têm enfrentado diversas mudanças no âmbito do processo de cuidado, tendo que se adaptar a essa nova realidade dos serviços e aprender a incluir a família diante da prática assistencial. A inserção da família no hospital requer da equipe de saúde uma compreensão acerca da dinâmica das relações interpessoais. Muitos profissionais não entendem como deve acontecer a participação da família durante a hospitalização, o que tem gerado conflitos. O objeto de cuidado da enfermagem é ampliado para o binômio criança-família, desencadeando a necessidade de diferentes instrumentos de trabalho para que se dê conta dessas novas características da prática assistencial. Os profissionais precisam entender que o cuidado à criança não deve ser desvinculado da família e das suas necessidades1. Porém, quando se trata de situações de emergência pediátrica, ainda se percebe que a presença do familiar durante os atendimentos é pouco habitual, devido a diversos fatores2. Alguns autores referem que muitos profissionais de saúde ainda não permitem a presença da família, porque acreditam que o familiar pode influenciar negativamente no desempenho dos procedimentos técnicos3. Em contrapartida, outros autores defendem a permanência dos pais durante o atendimento de emergência por acreditarem que a presença de um membro da família possa oferecer apoio e segurança para a criança durante os procedimentos4. Frente a isso, a equipe de saúde dos serviços de Pronto Socorro Pediátrico, em especial a de enfermagem, depara-se constantemente com a questão da permanência ou não dos familiares durante os atendimentos de emergência. Observa-se que esta é uma questão polêmica que necessita de mais estudos para verificar a possibilidade de uma operacionalização mais efetiva para que equipes de emergência consigam desempenhar, com vistas na humanização, o melhor atendimento ao paciente em risco de vida. Diante do exposto, considera-se um problema: como operacionalizar a permanência ou não, do familiar/cuidador de crianças que buscam atendimento de emergência no Ponto Socorro Pediátrico (PS PED), sem causar prejuízos ao trabalho da equipe de saúde e nem ferir o direito do familiar de permanecer junto à criança durante o atendimento de emergência. Assim, questiona-se: qual a percepção dos enfermeiros que vivenciaram situação de emergência no PS PED sobre a permanência dos familiares ou não durante o atendimento de emergência? Objetivos: Descrever a percepção dos enfermeiros sobre a presença ou não de familiar/acompanhante durante o atendimento à criança em situação de emergência em Pronto Socorro Pediátrico. Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, que será desenvolvido no PS PED de um hospital de ensino credenciado ao SUS da região central do Rio Grande do Sul. Os sujeitos desse estudo serão os enfermeiros da equipe de

enfermagem do PS PED deste hospital. Os enfermeiros serão selecionados pelo pesquisador a partir dos seguintes critérios: de inclusão (incluem-se os enfermeiros funcionários permanentes do referido hospital e os atuantes no serviço de pronto socorro pediátrico do referido hospital); de exclusão (enfermeiros que fizeram parte da elaboração do projeto). A coleta de dados dar-se-á por meio da entrevista com roteiro semiestruturado, com a finalidade de dar voz aos sujeitos do estudo e será gravada e realizada em hora e local conforme a disponibilidade dos sujeitos e posteriormente transcrita na íntegra pela pesquisadora. A análise será realizada a partir dos depoimentos que emergirem das entrevistas com os profissionais da equipe de saúde e dos familiares/acompanhantes. Para esta etapa seguir-se-á a proposta metodológica de análise de conteúdo segundo Bardin5 que, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Este método possui três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Ressalta-se que a pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), CAAE: 18519513.0.0000.5346 e está em fase inicial de coleta de dados. Resultados esperados: A partir dos resultados encontrados na pesquisa e sua analise, pretende-se criar um protocolo a fim de que este possa auxiliar na operacionalização da presença ou não do familiar/acompanhante da criança que necessita de atendimentos de emergência em Pronto Socorro Pediátrico. Assim, pretende-se melhorar o atendimento do serviço vislumbrando a humanização e a qualidade dos serviços de enfermagem respeitando a perspectiva dos profissionais e dos usuários. Conclusão: Observa-se a necessidade de realizar esta pesquisa, visto que, embora haja algumas publicações que já abordem esta temática, muitos dos estudos encontrados para embasamento teórico durante a elaboração do projeto foram estrangeiros. Com isso, há a necessidade de maiores investigações no setor de emergências pediátricas no Brasil, para que possa ser implementado um protocolo de operacionalização da permanência ou não do familiar/acompanhante da criança em atendimento de emergência, de acordo com a realidade dos serviços de saúde e atendimento do país. Contribuições/implicações para a Enfermagem: Espera-se que este estudo sirva para estimular a enfermagem brasileira à refletir sobre a importância de estar inserindo a família como objeto de cuidado, juntamente com a criança e que o protocolo de operacionalização possa auxiliar na forma de abordar e agir frente à esses familiares/acompanhantes durante a situação de emergência pediátrica, fazendo com que a decisão de permanência ou não destes, seja sensata e prudente. Descritores: Saúde da Criança; Família; Relações Profissional-Família. EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança; Referências: 1. FERNANDES, C.N.S.; ANDRAUS, L.M.S.; MUNARI, D.B. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2006 [citado 2007 ago. 16];8(1):[cerca de 11p.]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_14.htm 2. LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. Rev Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 7, n.2, p33-9. 1999. 3. EPPICH, W.J. et al. Family member presence in the pediatric emergency department. Current Opinion in Pediatrics. n.15, p294-8. 2003. 4. GONZÁLEZ, G.S.; TOMÁS, R.J.; ETXANIZ, J.S. Family presence during pediatric emergency procedures: the perspectives of family and medical staff. Emergencias. n.22, p175-80. 2010. 5. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 8 ed. Portugal: Geográfica Editora. 2011.

12954

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANA DE OLIVEIRA FREITAS MIRANDA

VIVÊNCIA DE TUTORES NO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE EXTENSÃO EM EDUCAÇÃO E TREINAMENTO CONTINUADO NO ATENDIMENTO À CRIANÇA POTENCIALMENTE ENFERMA.

Miranda, JOF; Portela, D; Mendoza, R; Pitombo, MCNO;

Introdução: A educação e o treinamento continuado na atenção à criança potencialmente enferma é uma estratégia para promoção de melhorias na qualidade na assistência pediátrica. Objetivo: Relatar a vivência dos tutores no desenvolvimento do projeto de extensão em educação e treinamento continuado no atendimento à criança potencialmente enferma. Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência, que descreve as etapas vivenciadas pelos tutores no desenvolvimento de um projeto de extensão para capacitação da equipe multidisciplinar no atendimento à criança potencialmente enferma. Resultados: Seis categorias descrevem as etapas do projeto: diagnóstico das necessidades; definição das metas; seleção do público para capacitação; capacitação teórico-prática; verificação do conhecimento apreendido; avaliação do conhecimento transmitido. Conclusão: o projeto de educação e treinamento continuado no atendimento à criança potencialmente enferma têm se mostrado uma ferramenta importante no desenvolvimento de habilidades teórico-práticas de profissionais e discentes que atuam na saúde infantil. Contribuições para a enfermagem: o treinamento multidisciplinar no atendimento à criança potencialmente enferma pode colaborar com a capacitação da enfermagem no reconhecimento dos sinais de gravidade e atuação eficaz nas situações de urgência e emergência pediátrica. Descritores: Pediatria; Capacitação; Serviço hospitalar de emergência. REFERÊNCIAS 1. CALDEIRA, T. et al. O dia-a-dia de uma urgência pediátrica. Acta Pediatr. Port, v. 37, n. 1, p. 1-4, jan/fev. 2006. Disponível em: . Acesso em: 13 abr. 2012. 2. PHTLS - Prehospital trauma life support. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2004. 3. Pediatric Avanced Life Support: 2010 American Heart Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care in: Circ.ahajournals.org by on October 18, 2010.

14668

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANA MARIA RÊGO MACIEL CARDOSO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CONDIÇÃO CRÔNICA: ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Cardoso, JMRM; Silva, TP; Santos, AS; Morais, JRMM; Leal, RJ;

Introdução: O cuidado do enfermeiro à criança com condição crônica revela-se como uma experiência peculiar e intensa1 que demanda do profissional sensibilidade, competência e conhecimento científico com vistas a oferecer à criança um cuidado de qualidade. Sob essa perspectiva destaca-se que o cuidado não pode ser fragmentado, tecnicista, parcelar, necessitando, portanto, ser gerenciado visando contemplar as múltiplas dimensões do ser criança com condição crônica. Objetivos: Identificar e analisar as pesquisas em enfermagem acerca do cuidado direto e/ou indireto do enfermeiro à criança com condição crônica. Métodologia: Foi realizado um estudo bibliográfico com busca nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde); BDENF (Bases de Dados de Enfermagem); seguindo os critérios de inclusão previamente estabelecidos. O levantamento de dados foi realizado nos meses de abril e maio de 2013 utilizando os seguintes descritores: Enfermagem Pediátrica; Doença Crônica; Cuidados de Enfermagem. Como resultados foram encontrados onze estudos. Resultados: Observa-se nos estudos selecionados uma valorização da família como unidade de cuidado e reconhecimento do cuidado como processo complexo. O estudo realizado evidencia uma necessidade de maiores estudos acerca do cuidado direto e/ou indireto do enfermeiro à criança com condição crônica. Na busca de informações sobre o objeto em estudo, observou-se que muitos têm como foco a família e suas necessidades de cuidado, sua organização e re-organização diante do diagnóstico da condição crônica. Essa assertiva revela o quanto é importante contemplar a família como unidade de cuidado e vislumbrá-la como facilitadora nas relações de cuidado o que sugere um paradigma emergente. Descritores: Enfermagem Pediátrica; Doença Crônica; Cuidados de Enfermagem.

14092

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANA MARTINS DE SOUZA

DESENVOLVIMENTO INFANTIL:CONSTRUINDO O CONCEITO

Souza, JM; Veríssimo, MLOR;

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma importante ferramenta para o enfermeiro atuar na promoção do desenvolvimento Infantil (DI), porém depende de conceitos consistentes e que permitam a construção de planos de cuidados adequados. Apresenta-se a fase teórica da Análise de Conceito do termo DI, segundo o Modelo Híbrido. Objetivo: descrever e analisar os antecedentes, atributos, consequências e definição do termo desenvolvimento infantil, segundo a literatura científica. Método: Busca bibliográfica em 11 bases de dados e livros, com o descritor desenvolvimento infantil; limites para periódicos: publicação do último ano, faixa etária até 01 ano. Resultado: Analisados 245 estudos. Na categoria Antecedentes do conceito, os artigos descrevem: aspectos relacionados à gestação; fatores intrínsecos da criança; fatores relacionados com o contexto como o cuidado e aspectos sociais. As Consequências do DI são descritas em relação a seus antecedentes. A Definição do conceito e suas Características não aparecem nos artigos e serão baseadas nas principais teorias sobre o DI. Discussão: O DI é um termo complexo; há expressiva produção sobre o assunto, que evidencia teorias já elaboradas. Os aspectos relacionados ao ambiente aparecem como fatores primordiais para o DI. Conclusão: A revisão da literatura contribui para a análise de conceito do termo DI. Implicações para a enfermagem: A análise do conceito de DI sistematiza aspectos relativos ao fenômeno que subsidiam o aprimoramento das classificações de enfermagem. Palavras chave: desenvolvimento infantil, formação de conceito, enfermagem. Referências Bibliográficas 1-Bronfenbrenner U. Morris PA. The bioecological model of human development. In: Damons W, Lerner RM editors. Handbook of child psychology. 6ª ed. New York: Wiley;2006. p. 793-828. 2-Schwartz-Barcott D, Kim HS.An expansion and elaboration of the Hybrid Model of concept development. In Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications; 2ªed. Ed Saunder (Elsevier), 2000. p. 129-159.

13737

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANA PIRES RODRIGUES

O CUIDADO E A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Rodrigues, JPR; Garcia, DFG; Lopes, LSL; Salomão, PRS;

O CUIDADO E A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA Objetivo: realizar uma revisão integrativa da literatura nacional sobre a atenção a saúde para a criança e adolescente vítima de violência sexual bem como as estratégias recomendadas para a prevenção. Método: revisão integrativa da literatura desenvolvida por meio das bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram incluídos 14 artigos, oriundos de estudos realizados no Brasil, publicados no período de janeiro de 2002 a julho de 2012. Resultados: a leitura exploratória dos estudos realizados possibilitou a discussão em duas categorias, cuidados e ações de enfermagem e estratégias de promoção da saúde e prevenção da violência. Conclusão: O número de estudos sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes ainda são insuficientes, nota-se a necessidade que se façam mais pesquisas sobre o assunto com abordagens não apenas aos profissionais, mas que incluam a família e a própria vítima. Descritores: Violência; Criança; Violência sexual; Maus-tratos infantis; Negligência. Referências: Brasil. Ministério da Justiça. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto- Juvenil. Brasília: Ministério da Justiça, 2002. 59 p.; Silva LMP. Violência doméstica contra a criança e o adolescente. Recife (PE): Edupe; 2002; Woiski ROS, Rocha DLB. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. Escola Anna Nery. 2010;14(1):143-50; Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJ, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência. Revista Saúde Pública. 2007;41(3):472-77; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Brasília, 2010. 104 p.

14159

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANA REZENDE MONTENEGRO MEDEIROS DE MORAES

CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: O IMPACTO NO COTIDIANO FAMILIAR

Simonasse, MFS; Moraes, JRMMM;

este estudo objetivou identificar na literatura cientifica o impacto causado no cotidiano familiar pelas crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES). Foi desenvolvido através de revisão integrativa de literatura, nas bases de dados LILAC'S, MEDLINE, BDENF e IBECS. Os descritores utilizados foram: criança com deficiência e família. Os critérios de inclusão foram: artigos completos entre os anos de 2003 a 2013, com idioma em português, inglês e espanhol. Foram localizados 474 publicações e através da leitura exaustiva do título e resumo, foram selecionados 67 artigos, por possuírem maior aproximação com a temática. Os artigos encontrado foram agrupados em 6 categorias temáticas intituladas: impacto financeiro na família, Impacto na descoberta da necessidade especial de saúde, Impacto na saúde dos membros da família, Impacto na modificação do cotidiano familiar, Impacto social na família, Impacto no relacionamento familiar. Os resultaram apontaram que o cuidar de CRIANES impões restrição financeira e mudanças no hábito diário da família. Existem dificuldades sociais, culturais e afetivas há serem enfrentadas pelos membros da família. A enfermagem pode minimizar o impacto no cotidiano familiar das CRIANES com informações, ensinamentos, apoio aos cuidadores e através de uma escuta senvivél e com respeito e incentivo a autonomia da familia no cuidado. Descritores: Criança com deficiência, Família, Enfermagem
referencias: 1- Moraes JRMMM, Cabral IE. A rede social de crianças com necessidades especiais de saúde na (in) visibilidade do cuidado de enfermagem. Rev. Latino- Am. enfermagem [internet].mar-abr.2012 [acesso em :10 de maio de 2013];20 (2): [09 telas] 2-Crosetti, MGO. revisão integrativa de pesquisa na enfrmagem;o rigor cientifico que é exigido [editorial]. Rev gaúcha Enferm. Porto alegre (RS) 2012.jun;33(2):8-9

14161

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANE CABRAL

INTEGRALIDADE DO CUIDADO A CRIANÇA INSTITUCIONALIZADA PORTADORA DE HIV: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Cabral, JC; Cunha, RVC;

INTEGRALIDADE DO CUIDADO A CRIANÇA INSTITUCIONALIZADA PORTADORA DE HIV: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS A proteção social especial prioriza os indivíduos que, por uma série de fatores, não contam mais com a proteção e o cuidado de suas famílias. Portanto, para se trabalhar com crianças institucionalizadas, deve-se compreender que esta vulnerabilidade aborda diversas modalidades de desvantagem social. Nesse estudo objetivou-se relatar o cuidado oferecido a criança institucionalizada portadora de HIV. Metodologia: O estudo foi baseado no relato dos profissionais que acompanham a criança na instituição de acolhimento, assim como de profissionais em sua trajetória de cuidado na rede de saúde. O foco do estudo foi uma criança de 11 anos, soropositiva desde o nascimento. Resultados: O estudo procurou traçar a trajetória de cuidados da criança. Fato que apresenta uma maior complexidade devido a institucionalização e ausência de vínculos familiares. Constatou-se que a criança é acompanhada por muitos profissionais, começando pela instituição de acolhimento, onde é acompanhada pela "Mãe Social", que o cuida em vários aspectos, e acompanha as consultas com Psicólogo da instituição de acolhimento, Pediatra e Psiquiatra do Hospital. Conclusão: Percebeu-se que diversos fatores influenciam no cuidado da criança com HIV, mas que os profissionais buscam a melhoria da qualidade de vida. Verificou-se uma integralidade de cuidado, e comunicação entre os profissionais. Talvez nesse caso, devido a possibilidade de serem os mesmos profissionais que o acompanham há anos e o fato de estar institucionalizada possa ter uma assistência diferenciada e possivelmente ser um fator de proteção nesse caso. Contribuições: Espera-se que este relato desperte nos profissionais de saúde, que lidam com essa clientela, uma atenção diferenciada às crianças soropositivas e institucionalizada. Freitas, Hilda et al. Significados que os profissionais de enfermagem atribuem ao cuidado de crianças institucionalizadas com Aids. Texto & Contexto Enfermagem. 2010:19(3):511-517. Descritores: HIV, Infância, integralidade.

14320

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANE CABRAL

NÍVEL DE COMPLEXIDADE DE CUIDADO REQUERIDO POR PACIENTES EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS

Cabral, JC; Cardoso, EJSC; Cvirkun, SMC;

NÍVEL DE COMPLEXIDADE DE CUIDADO REQUERIDO POR PACIENTES EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS Introdução: Atualmente, por meio do Sistema de Classificação de Paciente (SCP) o enfermeiro pode avaliar o nível de complexidade de cuidado requerido pelos pacientes. O SCP permite estimar, quantificar e avaliar a demanda de cuidados de enfermagem por grupos de pacientes, categorizando-os de acordo com a necessidade de cuidados em um período de tempo específico. O instrumento de classificação de pacientes pediátricos (ICPP) tem como finalidade classificar pacientes pediátricos em seu nível de complexidade por meio de 11 indicadores de demanda de enfermagem que recebem pontuação de um a quatro, em ordem crescente de complexidade. A somatória desses pontos permite classificar os pacientes em cinco categorias: cuidados mínimos, intermediários, autocuidado, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos. Objetivos: Avaliar o nível de complexidade de cuidado requerido pelos pacientes de um hospital pediátrico. Método: Trata-se de um estudo descritivo, realizado em 4 unidades de internação de um hospital pediátrico de Porto Alegre/RS, num total de 180 leitos. A coleta dos dados ocorreu por 20 dias no mês de maio de 2013. Resultados: A amostra foi composta por 595 pacientes. O instrumento foi aplicado durante 20 dias consecutivos em 100% dos pacientes internados, totalizando 3104 aplicações. Houve um predomínio de pacientes que requeriam cuidados intermediários, seguidos de cuidados mínimos e de alta-dependência. Conclusões: O presente estudo possibilitou avaliar o grau de complexidade assistencial dos pacientes assistidos e com isso reavaliar o quadro de profissionais que prestam assistência. Contribuições: Utilizar o instrumento específico para pediatria, que até o momento, possui poucas publicações a respeito de sua aplicação prática. Cuidado a criança; dimensionamento Dini AP. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de instrumento.Campinas-SP. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde]. Universidade Estadual de Campinas; 2007.

14301

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANE CRISTINA SODER

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À INTOXICAÇÃO INFANTIL POR CARBAMAZEPINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Soder, JC; Goettert, J; Moura, R;

Este trabalho aborda o relato de uma experiência de acompanhamento a um paciente de cinco anos, do sexo masculino, vítima de intoxicação acidental pelo medicamento carbamazepina. Foi desenvolvido em disciplina curricular de um Curso de Graduação em Enfermagem durante atividades práticas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital escola do Rio Grande do Sul. Frente a esta realidade, acadêmicos de enfermagem, auxiliados por seu professor/enfermeiro, objetivaram exercitar seus conhecimentos teóricos acerca da sistematização da assistência de enfermagem elaborando um plano de assistência de enfermagem individualizado a esta criança, utilizando-se para isso o referencial teórico de Wanda Horta. Para tanto seguiram as etapas do Processo de Enfermagem: investigação e organização dos dados, diagnósticos e identificação das necessidades, planejamento de ações, implementação destas e a avaliação dos resultados alcançados. Os principais diagnósticos de enfermagem identificados, segundo a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)[1] foram: déficit de autocuidado relacionado à limitação da mobilidade, comunicação verbal prejudicada relacionada a alteração no estado de consciência, deambulação e mobilidade física prejudicadas relacionadas aos danos cerebrais ocasionadas pela intoxicação medicamentosa, medo associado ao período de internação e pela internação propriamente dita. O plano de cuidados previu prioritariamente o atendimento aos problemas identificados, objetivando o suporte emocional, auxilio no autocuidado no que diz respeito à alimentação e higiene, bem como, a estimulação da comunicação oral e da atividade motora. O cenário prático propiciou vivenciar a Sistematização da Assistência de Enfermagem para além do campo teórico em todas as suas etapas, como forma de potencializar o sucesso do regime terapêutico do usuário do serviço, contribuindo também para a qualificação na formação de futuros enfermeiros. [1]NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, (Org.). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013. Descritores: Processos de enfermagem; Carbamazepina; Enfermagem pediátrica.

14185

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANE PAGLIARI ARAUJO

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA SAÚDE DA CRIANÇA: AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSO

Araujo, JP; Toso, BRGO; Nassar, PO; Collet, N; Tacla, MGM; Viera, CS;

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS), estratégia de reorganização do sistema de saúde e mudança na prática clínico-assistencial tem como um dos atributos essenciais o acesso de primeiro contato(1). Objetivo: Avaliar o acesso de primeiro contato dos serviços de APS do município de Cascavel-PR à saúde da criança. Metodologia: Estudo quantitativo, tipo avaliativo. Foram aplicados 548 questionários de Avaliação da Atenção Primária - PCATool - Brasil versão criança junto aos familiares de crianças menores de 12 anos atendidas em unidades de saúde. Avaliou-se estrutura e processo no atributo acesso. Resultados: Na estrutura analisou-se o atendimento da criança pelo serviço; tempo de espera; facilidade em agendar consultas e aconselhamento via telefone. Dos entrevistados, 57% referem não conseguir atendimento no mesmo dia que procuram o serviço. 64,1% não esperam muito tempo para agendamento ou falar com os profissionais. 74% esperam mais de 30 minutos para consulta. O escore 5,3 da estrutura do acesso de primeiro contato foi considerado baixo. No quesito processo, analisou-se a procura do serviço de saúde e encaminhamentos para especialistas. 99,5% dos sujeitos referiram utilizarem o serviço para realizar consultas de revisão ou nova consulta. 81% afirmam que é o serviço de saúde que faz os encaminhamentos. O escore 8,5 do processo foi considerado satisfatório. Conclusão: Barreiras de estrutura e processo identificados nesta avaliação precisam ser rompidas a fim de melhorar o atendimento à saúde da criança, pois podem comprometer o funcionamento da APS. Implicações para a Enfermagem: Medidas que facilitem o acesso à APS são fundamentais para a qualidade do cuidado. Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Avaliação em saúde. Saúde da criança. Referências: 1 STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

14307

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANE PAGLIARI ARAUJO

AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

Araujo, JP; Toso, BRGO; Ross, C; Obregón, PL; Viera, CS;

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de propostas assistenciais disponíveis a toda população, visando resolver uma diversidade de problemas comuns pela oferta de ações preventivas, curativas e reabilitadoras. O cuidado à saúde deve ter a orientação familiar como foco, caracterizando-se esta como atributo derivado da APS(1). Objetivo: Avaliar a orientação familiar das unidades de saúde do município de Cascavel-PR. Metodologia: Estudo quantitativo, avaliativo. Aplicou-se 548 Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária - PCATool - Brasil versão criança aos familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 12 anos atendidas nas unidades de saúde de Cascavel-PR, em que foram questionados elementos relacionados ao conhecimento dos profissionais do serviço de saúde acerca do histórico de doenças e reconhecimento da opinião dos familiares sobre o tratamento da criança. Outro elemento avaliado foi se o profissional se reuniria com os membros da família da criança. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro à dezembro de 2012 e fevereiro de 2013. Resultados: As questões "já perguntaram sobre doenças existentes na sua família" (49,3%) e "já perguntaram sobre sua opinião no tratamento da criança" (41,3%) tiveram índices mais elevados, mas não satisfatórios. A avaliação obteve escore 4,66 apontando para a não efetividade neste atributo na APS do município. Conclusões: O foco dos serviços neste município são as unidades básicas de saúde tradicionais, faz-se necessário ampliar as ESF e mudar o modelo assistencial vigente, valorizando o contexto familiar. Implicações para enfermagem: APS orientada à família contribuirá para a resolutividade do cuidado à saúde da criança. Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Saúde da criança. Saúde da Família. Referências: 1 STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

14660

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KAMILE KAMPFF GARCIA PAVANI

A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO INTERDISCIPLINAR EM ONCOPEDIATRIA: UMA REFLEXÃO DO PAPEL DO ENFERMEIRO

Pavani, KKG; Sager, NRV; Vaccari, A;

Introdução: O termo interdisciplinaridade vem sendo abordado constantemente pelos profissionais de saúde e no meio acadêmico. Muito se discute a necessidade da introdução deste conceito na prática diária dos profissionais, mas poucos são os estudos que apresentam uma proposta de construção desta abordagem no atendimento aos pacientes. O enfermeiro como gestor de unidades de atendimento hospitalar, pode liderar a construção do cuidado interdisciplinar ao paciente internado e introduzir sua proposta na prática diária da equipe. Quando abordamos a temática de interdisciplinaridade, vemos que sempre acabam aparecendo alguns conceitos atribuídos a essa prática, dentre eles o da humanização e de multidisciplinaridade. O cuidado ao paciente oncológico e pediátrico deve ser bem organizado e envolver todos os profissionais necessários, para garantir o bem estar da criança e de seus familiares. A interdisciplinaridade neste caso torna-se essencial e deve ser cada vez mais difundida neste tipo de serviço de assistência à saúde, pois o atendimento é realizado por profissionais de diferentes áreas, dentre eles: médicos, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros. Objetivos: Realizar uma revisão bibliográfica acerca dos conceitos que envolvem a interdisciplinaridade e propor uma reflexão sobre o papel do enfermeiro na construção do cuidado interdisciplinar na unidade de internação pediátrica oncológica. Metodologia: Revisão bibliográfica, com seleção de dois livros e três artigos da área por meio dos seguintes descritores: Interdisciplinaridade, Oncopediatria, Enfermagem, cuidado interdisciplinar. As referências utilizadas nesta pesquisa compreendem os seguintes critérios: publicação nos anos de 2007 à 2013, conter ao menos um dos descritores pré-estabelecidos e livre acesso em meio eletrônico ou publicação. A coleta dos dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2013. Resultados: O cuidado do paciente oncológico está muito além das intervenções de enfermagem e/ou do tratamento médico prescrito[1], envolvendo procedimentos, planos de cuidados, sentimentos, família, enfrentamento da doença, aderência ao tratamento, crenças e outras características muito particulares. A enfermagem, por permanecer ao lado do paciente e seus familiares, vivencia todo o processo, do início ao fim, envolvido no tratamento do paciente oncológico. O cuidado de enfermagem possibilita a criação do vínculo entre o profissional-paciente, que proporciona uma relação singular e diferenciada, onde há um entendimento e atendimento em todas as dimensões do cuidado[1]. Por estas razões, o enfermeiro pode tornar-se o articulador na construção de um cuidado interdisciplinar em uma unidade de internação pediátrica oncológica. O conceito de "reciprocidade" está inserido no prefixo latino "inter" da palavra interdisciplinar[2]. A interdisciplinaridade surge como oposição à fragmentação e especialização excessiva que vem sendo disseminada no âmbito do ensino e da pesquisa, e propõe um método capaz de fazer com que as disciplinas interajam e/ou transponham-se[2]. Ela é uma prática caracterizada pela emergência de subdisciplinas, que são especializadas em novos objetos, resultantes da intersecção de "disciplinas mães"[3], ou seja, o paciente é único e é o foco/objeto do estudo e do cuidado da equipe multidisciplinar, composta por profissionais de diversas áreas. Existe a necessidade de se construir um trabalho mais integrador, com o olhar conjunto destes diferentes profissionais, direcionados para a abrangência do cuidado em saúde, atendendo ao conceito de integralidade proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS)4. A superação da fragmentação do atendimento e a construção da integralidade e interdisciplinaridade devem ser revistos na formação regular dos futuros profissionais e na

educação permanente dos que já atuam na saúde4. Dentre os obstáculos desta construção destacamos a falta de comunicação entre as instituições de ensino e pesquisa e as dificuldades pontuais da prática interdisciplinar - operacionalizar os conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas5. A bagagem de conhecimento acadêmico deve ser mediada com o saber prático, tanto no campo multiprofissional e no interdisciplinar, pois eles são essenciais para alcançar as diferentes dimensões encontradas no objeto em saúde5. O trabalho da equipe multiprofissional adequado aos conceitos de interdisciplinaridades, apesar de estar preconizado em políticas governamentais, é uma realidade que está sendo construída, pois não existe uma discussão conjunta dos diversos profissionais que atuam na unidade de internação4. A coletividade ainda não está implícita na prática diária da maioria dos profissionais e acaba ficando restrita entre os profissionais da mesma área de atuação. O trabalho em equipe demanda do trabalho coletivo, em que existe o compartilhamento de conhecimentos, sentimentos e expectativas do objeto partilhado por todos5. Porém a prática interdisciplinar não está somente interligada pela alocação de vários profissionais de diversas áreas, ela vincula-se a responsabilidade individual advinda do envolvimento de cada um com o objeto em questão5, no caso deste trabalho, a criança com câncer. Dentre os pressupostos que o SUS estabelece, a práxis da interdisciplinaridade é fundamental para efetivação do atendimento humanizado, pois resguarda os princípios de equidade e integralidade5. Considerações finais: A partir da reflexão desenvolvida após a leitura da bibliografia e da vivência prática em estágios curriculares, entendemos que o enfermeiro é o profissional que pode iniciar o processo de interdisciplinaridade no cuidado ao paciente pediátrico oncológico. Por estar presente na assistência diária aos pacientes da unidade, ele consegue manter contato com os diversos profissionais de diferentes áreas que atendem os pacientes internados, tendo acesso a todos, caso precise acionar alguém fora do horário agendado para o paciente em questão. Para a construção e desenvolvimento do cuidado interdisciplinar, é necessário ações de educação em saúde, reuniões entre equipes da mesma área e reuniões que envolvam os profissionais de diferentes saberes. O incentivo ao desenvolvimento deste processo deve ser permanente, renovando-se a cada novo paciente, pressupondo que a interação entre os envolvidos deve estar além de questões pessoais que surjam no convívio do ambiente de trabalho. Como cada paciente é único e seu cuidado também, é necessário que ocorram estudos de caso e discussões regulares entre todos os profissionais envolvidos e sobre os que estiverem internados naquele período. Estudos demonstram que não existe resistência entre os profissionais para adotarem esta prática e a aprendizagem que ela envolve, encontrando-se apenas o desconhecimento de como realizá-la5 e uma confusão com o conceito de multidisciplinaridade3. Descritores: Equipe interdisciplinar de saúde. Oncologia. Pediatria.

REFERÊNCIAS: 1. DIAS, Matheus V. et al. Acolhimento e vínculo no serviço oncológico ambulatorial: uma estratégia para o cuidado de enfermagem. In: COSTENARO, Regina G. S.; ZAMBERLAN, Claudia; RANGEL, Rosiani F. (org.) O conhecimento clínico aplicado a enfermagem. Porto Alegre: Moriá, 2013. 33-47 p. 2. RIBA, Jéssica P. C.; DIAS, Joane J. Interdisciplinaridade e cuidados paliativos. In: SALTZ, Ernani; JUVER, Jeane. (org.) Cuidados paliativos em oncologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2012. 31-35 p. 3. LUZ, Madel T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saúde soc. vol.18 no.2 São Paulo Apr./June 2009. 304-311 p. 4. GELBCKE, Francine L.; MATOS, Eliane; SALLUM, Nádia C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva. v. 6 n. 4 Dez 2012. Disponível em: Acesso em: 29 Ago. 2013. 31-39 p. 5. COSTA, Rosemary P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. Mental v.5 n.8 Barbacena jun. 2007. 107-124 p.

14293

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KARIANE GOMES CEZARIO

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA PARA PAIS CEGOS: ÊNFASE NA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DO LACTENTE

Cezario, KG; Pagliuca, LMF;

Pais cegos apresentam dúvidas para prestação de cuidados aos seus filhos, especialmente no primeiro ano de vida, sendo a introdução da alimentação complementar um momento crítico. Diante desta demanda, desenvolveu-se tecnologia assistiva (TA) com informações sobre alimentação complementar do lactente inserida em página virtual acessível. Contudo, antes da disponibilização desta TA para um número abrangente de pessoas, realizou-se uma avaliação da mesma com um grupo de pais cegos. Objetivou-se, assim, descrever a avaliação desta tecnologia, enfatizando as sugestões e melhoramentos apontados pelos pais cegos. Trata-se de estudo descritivo-exploratório, realizado em Fortaleza-Ceará. Participaram mulheres e homens cegos com filhos com idade até 10 anos. Os participantes acessavam a página virtual, apreciavam a tecnologia e ainda na própria página realizavam avaliação do material acessado, através de instrumento que contemplava os aspectos: conteúdo sobre saúde da criança, aspectos pedagógicos e acesso online. Os dados obtidos foram agrupados. Respeitaram-se os aspectos éticos inerentes à pesquisa. Resultados: Participaram do estudo cinco mulheres e cinco homens cegos. Em relação aos aspectos de conteúdo os cegos consideraram a TA informativa, com linguagem acessível ao público leigo, trazendo novos conhecimentos e esclarecendo dúvidas sobre o tema. Concernente aos aspectos pedagógicos avaliaram que a referida tecnologia estava compreensível, com sequência lógica e com formato adequado às pessoas cegas. Finalmente, quanto aos recursos de acessibilidade à internet, consideraram adequados de modo a promover a autonomia e a independência dos pais cegos que desejem utilizar a tecnologia. A tecnologia assistiva foi considerada pelo grupo de pais avaliadores como acessível e relevante no oferecimento de informações sobre alimentação complementar dos lactentes. Deste modo, a avaliação permite expandir a TA para um grupo maior de pais cegos de modo que possa ser mais uma estratégia na promoção da saúde desta clientela a ser realizada pela Enfermagem. Descritores: Nutrição do Lactente; Cegueira; Enfermagem.

14173

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KARINA JULLYANA DE MELO BRONDANI

ÍNDICE DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DE MÃES PRIMIGESTAS E MULTIGESTAS.

Brondani, KJM; Bercini, LO; Barbieri, MC; Silva, SS; Rocha, EL;

Introdução: A amamentação é uma prática complexa que envolve além dos aspectos biológicos, os culturais, históricos e sociais, sendo fatores influenciadores no sucesso da amamentação [1]. A melhor forma de intervir nesses fatores, de forma positiva, é por meio da educação em saúde, principalmente no que se refere às primigestas, pois apresentam maior dificuldade em manter o aleitamento materno exclusivo[2]. Objetivo: Caracterizar o índice de mães primigestas e multigestas e seu tempo médio de aleitamento materno exclusivo em unidades básicas de saúde, Maringá-Paraná. Metodologia: Estudo quantitativo, realizado no período de maio a agosto de 2009. A coleta de dados se deu por meio de questionário e visita domiciliar. Esse estudo faz parte da pesquisa intitulada "Aleitamento Materno: Orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério", submetida ao comitê de ética da Universidade Estadual de Maringá nº 256/2011, CAAE: 0176.0.093.000-10. Resultados: Participaram da pesquisa 36 mães, 19 (52,8%) eram primigestas e 17 (47,2%) multigestas. Do número das multigestas, todas apresentaram experiência anterior com aleitamento materno exclusivo. Entre as mães que apresentavam experiência com amamentação a média de aleitamento materno exclusivo foi 126,9 dias, as mães que não tinham experiência foi de 108,3 dias. Conclusão: Estes resultados refletem a importância do incentivo e promoção do aleitamento materno exclusivo desde o pré-natal, pelo enfermeiro, em especial para as primigestas. Descritores: Aleitamento Materno; Paridade; Educação em Saúde. Referências 1. Marques ES, Cotta MRM, Araújo RMA. Representação social de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso da chupeta. Rev Bras Enf, Brasília 2009, 62(4):562-9. 2. Guimarães LAOP, Marçal F, Zuffi FB, Ribeiro MC, et al. PET-Saúde na identificação do conhecimento de gestantes sobre o aleitamento materno. Cienc Cuid Saúde 2012, 11(3):454-462.

14174

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KARINA JULLYANA DE MELO BRONDANI

ÍNDICE DE DESMAME PRECOCE EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE DE LONDRINA-PARANÁ.

Brondani, KJM; Monteiro, ATA; Santanna, FL; Sorgi, GMF;

INTRODUÇÃO A amamentação é uma prática preventiva de agravos à saúde da criança, sendo colaboradora da redução da desnutrição e mortalidade infantil, bem como, outros agravos como a diarréia, as doenças respiratórias e infecciosas, também é considerado essencial no crescimento e desenvolvimento, tanto físico quanto emocional da criança, trazendo benefícios tanto para o bebê quanto para a mãe. Esses benefícios vão além dos biológicos, sendo também facilitador do vínculo da mãe com o filho, economicamente viável e sem necessidade de tempo para preparo e manipulação. Portanto, este é o alimento ideal para os lactentes nos primeiros meses de vida[1]. Estima-se que a amamentação tem potencial para diminuir em 13,0% a mortalidade de crianças até cinco anos de vida e 19 a 22,0% as mortes neonatais, mas, deve-se estabelecer e difundir, globalmente, políticas públicas que promovam o aleitamento materno (AM). A amamentação exclusiva deve se estender até o sexto mês de vida e após esse período, recomenda-se que a lactação seja realizada juntamente com a alimentação complementar, como é preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde[2]. Entretanto, apesar das políticas implementadas, da ampla divulgação das ações e dos benefícios do AM, o índice de amamentação, principalmente quanto ao aleitamento materno exclusivo (AME), ainda está abaixo do preconizado, levando ao desmame com a introdução precoce de alimentos na dieta do lactente. Este fato é comprovado em alguns estudos, referindo que a amamentação sofre grande influência do contexto sociocultural o qual a mulher está inserida, sendo as mais comuns: conselhos de indivíduos da comunidade que tiveram experiências negativas anteriores, falta de apoio de parentes e do companheiro, trabalho fora de casa, tradição e cultura familiar. Também são elencados alguns fatores intrínsecos, próprios da nutriz como: desconhecimento dos benefícios do AM, pouca idade materna, insegurança e falta de confiança em si mesma, pressão exercida por ela no que diz respeito à responsabilidade de alimentar seu filho, inexperiência no ato de amamentar, dificuldade com a técnica da amamentação, impaciência para aprender a colocar o bebê para sugar, ansiedade frente ao choro da criança, possíveis afecções mamárias e falta de vínculo com o lactente por internação hospitalar prolongada[3]. O desmame é compreendido como o período de introdução de qualquer tipo de alimento na dieta da criança, que até então se encontrava em aleitamento materno exclusivo. Esse processo vai desde a introdução até a supressão total do AM. Esse período se torna extremamente crítico, pois é nele que ocorre a má nutrição e problemas no crescimento e desenvolvimento, acarretando diversos tipos de enfermidades, pois a criança está sujeita a receber alimentos tanto em baixa quantidade como em qualidade. Estudos comprovam que é nessa faixa-etária, de 6 a 24 meses, que o índice de doenças infecciosas, como diarréia, é maior4. Diante da importância, do aleitamento materno e das complicações relacionadas ao desmame precoce, se torna necessária a ampla promoção dessa prática, assim como a atuação dos profissionais de saúde na profilaxia de agravos decorrentes da ausência do leite materno. Palavra-chave: Aleitamento Materno, Desmame, Enfermagem, Atenção Básica. OBJETIVO O presente estudo teve como objetivo caracterizar o índice de desmame precoce, identificado na primeira consulta de enfermagem em duas Unidades Básicas de Saúde. MÉTODO Trata-se de uma pesquisa quantitativa, retrospectiva, por meio de análise dos prontuários das crianças atendidas nas consultas de enfermagem (puericultura). Os dados foram coletados em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na região norte da cidade de Londrina, Paraná, no período de 2008 a

2012. As UBS possuem importante concentração de crianças, destacando-se pela grande demanda pediátrica e por ser local de atuação da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança da Universidade Estadual de Londrina (UEL). A população do estudo foi constituída por 142 crianças, de 3 a 180 dias de vida, atendidas na primeira consulta de enfermagem. Os dados coletados foram registrados em banco de dados e processados eletronicamente por meio do programa Epi info. Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado: " Atenção a saúde da criança na atenção básica: Caracterização dos atendimentos em consulta de enfermagem". A pesquisa foi submetida à análise e aprovação no comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina com o CAAE 08728912.0.0000.5231. RESULTADOS No período de estudo foram atendidas 142 crianças, de 3 a 180 dias de vida na primeira consulta de enfermagem, média 21,8 dias de vida, sendo que 10 (7,0%) com diagnóstico de desmame precoce, enquanto 132 (93,0%) estavam em aleitamento materno exclusivo (AME). Houve uma maior prevalência de crianças atendidas com 30 dias de vida (10,6%), sendo que destas 9,8% estavam em AME. Das mães das 132 crianças que estavam em AME, 28 (21,37%) haviam desmamado, atingindo um total de 29 (22,0%) crianças que deixaram o aleitamento materno precocemente. CONCLUSÃO O presente estudo teve como objetivo elencar os índices de desmame precoce nessas unidades, e essas características se referem a um momento específico, podendo ser alteradas conforme novas intervenções. Portanto, faz-se necessário o reconhecimento do perfil de AME, assim como também os fatores que levam ao desmame e o aprofundamento de estudos que aperfeiçoem esta prática. Este estudo se refere a apenas uma região do município de Londrina, porém os dados obtidos servem de subsídios para maiores intervenções no que tange a promoção do aleitamento materno, visto que o desmame precoce é uma realidade presente em diversas regiões, servindo também como avaliador das ações de educação em saúde oferecidas pelos profissionais de saúde. O profissional de enfermagem é o que mais frequentemente realiza ações de educação em saúde, assim como consultas de enfermagem ao recém-nascido, grupos de gestantes e visitas domiciliares, estando em constante contato e formação de vínculo com a família do bebê, sendo indispensável para intervir nas questões do aleitamento materno, oferecendo segurança, conhecimento e suporte para as mães, principalmente as primigestas e as que apresentam maiores dificuldades em manter o aleitamento materno. Portanto, esta pesquisa tem grande importância para o enfermeiro, para que possa desenvolver ações que minimizem o desmame precoce no intuito de prevenir riscos de saúde à criança, relacionados ao desmame precoce. REFERÊNCIAS 1. Baptista GH, Andrade AHHK, Giolo SR. Fatores Associados a duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. Cad. De Saúde Pública 2009, 25(3): 596-604 2. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no distrito federal: situação atual e avanço. Jornal de Pediatria, 2010, 86(4): 317-324. 3. Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, et al. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce. Rev Bras Enfer, 2008, 61(4): 488-92. 4. Frota MA, Costa FL, Soares SD, et al. Fatores que interferem no aleitamento materno. Rev Rene Fortaleza, 2009, 10(3): 61-67.

14518

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KARINA RODRIGUES FERNANDES

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernandes, KRF; Sales, BCS; Rodrigues, LCR; Rocha, RMR; Silva, LFS; Aguiar, RCBA;

Introdução: O curso de graduação em Enfermagem se estrutura em dois ciclos: o básico, no qual são estudadas matérias competentes a área biomédica geral e o profissional, com disciplinas teórico-práticas que colocam o acadêmico dentro da realidade da profissão, demonstrando as principais técnicas e procedimentos realizados em âmbito hospitalar ou ambulatorial. O ensino teórico-prático é o momento em que o graduando faz a articulação de todas as matérias já estudadas a fim de proporcionar, integralmente, a assistência necessária ao paciente. A artrite idiopática juvenil (AIJ) é o novo nome que substitui a artrite reumatoide juvenil na literatura cientifica e mais lentamente na prática clinica. Somente uma pequena porcentagem de crianças tem um fator reumatoide positivo. Para família o nome possui uma conotação negativa, por conta da imagem de um adulto com artrite reumatoide desfigurado. A AIJ é uma doença inflamatória autoimune que produz inflamação das articulações e de outros tecidos. Se inicia antes da idade de 16 anos, com um pico de surgimento entre 1 e 3 anos de idade. O numero de meninas é duas vezes maior que o de meninos afetados. A incidência é relatada em aproximadamente 13,9 por 100.000 crianças por ano entre as crianças leucodérmicas, com uma prevalência global de aproximadamente 113 por 100.000 crianças. A causa é desconhecida, mas dois fatores são propostos como hipótese: suscetibilidade imunogênica e um fator desencadeante ambiental ou externo, tal como um vírus, tais como: rubéola, vírus Epstein-Barr, parvovírus B19. Frequentemente, ela associa-se com comprometimento do estado nutricional, oscilando, a prevalência de baixo peso, entre 4 e 46% e a de baixa estatura, entre 10 e 41% .Dentre os fatores envolvidos no acometimento do estado nutricional, destacam-se: anorexia, restrições alimentares, estados depressivos, má absorção de alguns nutrientes como a vitamina D, aumento do catabolismo e do requerimento energético, limitação na prática de atividade física, resistência à ação do hormônio de crescimento e reação adversa a medicamentos como corticosteroides. Algumas características clínicas como a duração e a atividade da doença e as formas sistêmicas e poliarticulares também estão associadas ao agravo nutricional [2],4. A assistência ao paciente com AIJ baseia-se em um modelo multiprofissional, ou seja, além do uso de medicamentos (antiinflamatórios, drogas de base, imunossupressores e/ou agentes biológicos), são necessárias fisioterapia e/ou terapia ocupacional. Ocasionalmente, são necessárias cirurgias para correção de deformidades, além de suporte psicológico5. O presente trabalho tem como objetivo: Descrever a assistência de enfermagem realizada pelos acadêmicos ao paciente pediátrico portador de Artrite Idiopática Juvenil com ênfase nas intervenções prestadas a este. Descrição metodológica: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa na forma de relato de experiência elaborado pelos acadêmicos do 7º período tendo como cenário o setor de Pediatria de um setor de Pediatria de um Hospital Universitário localizado no Rio de Janeiro. A Assistência prestada baseou-se na coleta de dados objetivos e subjetivos do paciente mediante histórico de Enfermagem e exame físico que servem de base para o levantamento dos diagnósticos e elaboração do plano assistencial. Ressalta-se que houve pesquisa no prontuário para complementar os dados. Resultados: Os cuidados de enfermagem à criança com AIJ envolvem a avaliação da saúde geral da criança, a condição das articulações envolvidas e a resposta emocional da criança a todos os desdobramentos da doença, ou seja, desconforto, restrições físicas, terapias e autoconceito. Os efeitos da AIJ são manifestos em todos os aspectos de vida da criança, incluindo as atividades físicas, experiências sociais e o desenvolvimento de personalidade. Embora as

crianças com a doença possam ter mais barreiras físicas a serem superadas, estudos mostram que a função emocional e comportamental é mais intimamente relaciona a depressão materna e perturbação dos pais. As intervenções de enfermagem para apoio dos pais podem fomentar a adaptação bem-sucedida para toda a família. Em determinadas situações pode ser necessário o encaminhamento para assistentes sociais, conselheiros ou grupos de apoio. Além disso, como intervenções de enfermagem uteis destacam-se: alívio da dor; promover a saúde geral (dieta bem equilibrada com calorias suficiente para manter o crescimento, sono e repouso, orientar a família quanto ao uso correto das fixações, hábitos de rotina e etc.); facilitar a cooperação (envolver a família, junto da criança no plano terapêutico); encorajar a aplicação de calor e a prática de exercício físico (foi demonstrado que o calor é benéfico para crianças com artrite. Calor úmido é melhor para o alivio da dor e da rigidez. O método mais eficiente é a banheira com água quente); Apoio à criança e à família (para impedir o isolamento pode-se estimular a independência, encorajar a família prosseguir com suas atividades normais diárias). Conclusão: Com a conclusão das atividades desenvolvidas no ensino teórico-prático (ETP) na Enfermaria Pediátrica de um Hospital Universitário, entendemos melhor a proposta deste tipo de metodologia uma vez que foi possível realizar a assistência necessária, articulando-a com todos os conhecimentos adquiridos até a etapa atual da graduação. Destaca-se a importância do cuidado de enfermagem, do pensamento crítico e da metodologia da assistência, em uma paciente com um problema articular, especificamente a Artrite Idiopática Juvenil. Ficou evidente a correlação do conhecimento científico com a patologia do paciente em questão. Foi possível também compreender de forma mais ampla a análise dos exames laboratoriais e seus diversos significados de acordo com os resultados separados e em conjunto. Implicações/contribuições para a enfermagem: O presente estudo contribuiu para o melhor entendimento sobre os assuntos abordados, acrescentando positivamente em nossa formação como futuros enfermeiros, estimulando o raciocínio crítico quanto aos problemas apresentados e a importância da elaboração de um plano assistencial de enfermagem preciso, visando à recuperação do paciente. Descritores: Artrite Reumatóide Juvenil, Enfermagem Pediátrica, Cuidados de Enfermagem. Referências: 1-Hockenberry MJ; Winkelstein,W. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2006.;2- Chaud, DM; Hilário, MO; Yanaguibashi, G; Amâncio, OM. Avaliações dietética e antropométrica em pacientes com artrite reumatóide juvenil. Rev Assoc Med Bras. 2003;49:181-4. 3- Amâncio, OM; Chaud, DM; Yanaguibashi, G; Hilário, MO. Copper and zinc intake and serum levels in patients with juvenile rheumatoid arthritis. Eur J Clin Nutr. 2003;57:706-12. 4- Bisotto, LS; Xavier, RM; Machado, SH; Bredemeier, M; Brenol, JC. Impacto da atividade inflamatória e uso de glicocorticóide nas variáveis nutricionais da artrite idiopática juvenil. Rev Bras Reumatol. 2005;45:291-300.5- Bueno, VC et al . Reabilitação em artrite idiopática juvenil.Rev. Bras. Reumatol., 2007; 47(3).

14078

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KAROLINE OTTES KETTERMANN

ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇA: SEUS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL ENFATIZANDO A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO.

Aita, BAA; Kettermann, KOK; Machado, KCM; Barcelos, LMB; Oliveira, MPO; Bittencourt, MOB;

INTRODUÇÃO: O abuso sexual é um fenômeno de grande ocorrência no escopo da violência contra crianças e adolescentes, uma vez que se configura por diversas praticas sexuais, tais como manipulação da genitália, pornografia, exibicionismo, assedio sexual, estupro, incesto e prostituição infantil1. O ECA prevê em seu Art. 13 que casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes devem ser comunicados ao Conselho Tutelar, sem detrimento de outras medidas protetoras e legais. Além disso, tem definido no Art. 245 que médico e professor e os responsáveis das instituições de saúde e de ensino são obrigados a realizar esta comunicação e sujeitos a penalidades se não o fizerem 2. Vários problemas dificultam o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, como o posicionamento dos profissionais da saúde, muitas vezes permeado pelo medo e pelo desconhecimento da real magnitude e impacto desse fenômeno na sociedade, nas famílias e na vida de crianças e adolescentes. Isto ainda coloca em pauta a necessidade de se apropriar de um referencial teorico-analitico, capaz de permitir a compreensão do problema levando-se em consideração sua complexidade e suas diferentes formas de manifestação3. Em 2001, o Ministério da Saúde, reconhecendo que a violência contra crianças e adolescentes constitui um problema prioritário da agenda de Saúde Pública, institucionalizou a comunicação prevista no ECA através da notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) 4. Sendo assim é responsabilidade também do enfermeiro frente a um caso de suspeita de abuso sexual, assim como qualquer caso de violência contra criança e ou adolescente fazer esta notificação compulsória. Além disso, entende-se que a enfermagem, enquanto uma pratica social, deve se apropriar de maior conhecimento sobre a temática em estudo e estabelecer no seu processo de trabalho a dimensão cuidadora na perspectiva do cuidado individual e coletivo, por meio da sua pratica clinica, educacional e administrativa/gerencial, respondendo a uma dimensão plural de necessidades e demandas. Desta forma, buscando responder aos desafios de tirar a violência sexual contra crianças e adolescentes da clandestinidade; compreender melhor o processo de produção desse fenômeno e formar profissionais competentes e socialmente comprometidos no seu enfrentamento3. OBJETIVO: O presente estudo teve como objetivo refletir sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes e seus efeitos na saúde mental, focalizando a atuação do enfermeiro. METODOLOGIA: Abordou-se uma pesquisa descritiva bibliográfica. Foram selecionados artigos completos, disponíveis em suporte eletrônico, no idioma português. A busca ocorreu na base de dados online LILACS ao mesmo tempo em que foram efetivadas buscas em sites científicos e também em livros bibliográficos que discutem a temática em questão. RESULTADOS: O impacto do abuso sexual a saúde mental das vitimas tem sido extensamente estudado e relatado na literatura. A violência sexual aumenta o risco de as vitimas desenvolverem alguns transtornos mentais como a depressão, além de apresentarem comportamentos autodestrutivos. Quanto ao impacto emocional da violência sexual, observa-se que ele se constitui em uma repercussão grave no que tange ao funcionamento psicológico das vitimas, uma vez que a maioria de sua ocorrência se da no ambiente familiar, que a priori deveria se configurar como espaço protetivo5. Mas pelo contrario o meio familiar se configura muitas vezes como uma ameaça visto que a maioria dos agressores são pais, tios, irmãos mais velhos e padrastos. A equipe de saúde é de suma importância primeiramente no atendimento imediato,

realizando toda a anamnese da vitima assim como realizando todos os exames para comprovar a violência. E também depois durante o tratamento dos agravos causados pela violência sexual, visto que uma criança que tenha sofrido um abuso sexual será traumatizada pelo o resto da vida. A OMS recomenda aos profissionais o conhecimento sobre a indicação e efeitos adversos de procedimentos para prestar cuidados as vitimas e suas famílias, devendo estar qualificados para a profilaxia de DST, hepatites virais e HIV, tétano (quando a lesão teve contato com terra) e gravidez, medidas que devem ser tomadas ate as primeiras 72 horas do evento, como a anticoncepção de emergência e a quimioprofilaxia3. Os profissionais de enfermagem, na sua grande maioria, ainda estão desqualificados para lidar com este tipo de violência tanto com crianças quanto com adolescentes. CONCLUSÃO: Através do estudo é possível concluir que os profissionais de saúde, enfatizando os enfermeiros ainda se apresentam desqualificados para lidar com este tipo de violência contra criança e ou adolescente. Sendo emergente a necessidade de pesquisas sobre o assunto assim como uma maior atenção das universidades para formação destes profissionais atentando para a realidade existente. Além disso, as vitimas infelizmente somente procuram os serviços de saúde quando as consequências do abuso sexual já se fazem presente há certo tempo, dificultando assim o seu tratamento. É dever da enfermagem realizar a anamnese, assim como o histórico da vitima auxiliando na resolução do crime e no tratamento mais eficaz e rápido do paciente. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A vítima deste tipo de violência necessita de um profissional preparado para atendê-lo, escutá-lo e principalmente que saiba tomar as decisões e providências necessárias para facilitar o desenrolar do caso e do tratamento. É preciso que o profissional enfermeiro tenha conhecimento a cerca da legislação vigente e também sobre os primeiros procedimentos a serem tomadas com a vitima visando a sua recuperação, além de minimizar as consequências do abuso sexual. DESCRITORES: Violência sexual - abuso sexual infantil - maus tratos sexuais infantis. REFERÊNCIAS: 1. Serafim AP, Saffi F, Rigonatti SP, Casoy I, Barros DM. Perfil psicológico e comportamental de agressores sexuais de criancas. Rev Psiq Clin. 2009;36(3):101-11. 2. Secretaria Especial de Direitos Humanos/Ministério da Justiça. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos/Ministério da Justiça; 2004. 3. Silva LMP da, Ferriani MGC, Silva MAL. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. Rev Bras Enferm, Brasilia 2011 set-out; 64(5): 919-24. 4. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1.968 de 25/10/2001. Diário Oficial da União 2001; 25 out. 5. Aded NLO, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Abuso sexual em criancas e adolescentes: revisao de 100 anos de literatura. Rev Psiq Clin. 2006;33(4):204-13.

14079

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KAROLINE OTTES KETTERMANN

CUIDADO DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM AUTISMO.

Conrado, AC; Salla, ISS; Kettermann, KOK; Machado, KCM; Seixas, LMS; Brill, NGLB;

INTRODUÇÃO: O autismo é um transtorno de desenvolvimento, manifestado tipicamente antes dos três anos de idade e caracterizado por um comprometimento de todo desenvolvimento psiconeurológico, afetando tanto a comunicação (fala e entendimento) quanto o convívio social1. A doença é quatro vezes mais comum no sexo masculino e embora não tenhamos dados estatísticos oficiais brasileiros, em projeções das pesquisas da década de 70 realizadas por Wing, estima-se quatro sujeitos com autismo para cada 10.000 nascimentos. A Associação Brasileira de Autismo calcula que existam em torno de 600.000 pessoas com autismo no Brasil2. As principais características são: dificuldade em juntar-se com outras pessoas; Insistência com gestos idênticos, resistência a mudar de rotina; risos e sorrisos inapropriados; não temer os perigos; pouco contato visual; pequena resposta aos métodos normais de ensino; brinquedos muitas vezes interrompidos; aparente insensibilidade à dor; ecolalia (repetição de palavras ou frases); preferência por estar só; conduta reservada; pode não querer abraços de carinho ou pode aconchegar-se carinhosamente; hiper ou hipo atividade física; aparenta angústia sem razão aparente; não responde às ordens verbais; atua como se fosse surdo; apego inapropriado a objetos; habilidades motoras e atividades motoras finas desiguais; e dificuldade em expressar suas necessidades; emprega gestos ou sinais para os objetos em vez de usar palavras3. No meio de todas essas características e da interrogação das diversas disciplinas que se dedicam ao estudo do autismo, encontra-se a família desta criança que precisa de ajuda para aprender a lidar com as características da criança. É o profissional enfermeiro que deve fornecer a família todo o suporte para um bom desenvolvimento e relacionamento familiar. OBJETIVO: Verificar a produção do conhecimento acerca do cuidado de enfermagem ao paciente com autismo. METODOLOGIA: Abordou-se uma pesquisa descritiva bibliográfica. Foram selecionados artigos completos, disponíveis em suporte eletrônico, no idioma português. A busca ocorreu na base de dados online LILACS ao mesmo tempo em que foram efetivadas buscas em sites científicos e também em livros bibliográficos que discutem a temática em questão. RESULTADOS: Os autistas e seus familiares sofrem bastante com o preconceito da sociedade, por ser uma síndrome que afeta as áreas de desenvolvimento psiconeurológico da criança, comprometendo seu desenvolvimento cognitivo, social e comportamental, interfere diretamente no convívio e no estabelecimento de relações sociais com outras pessoas, dificultando sua adaptação ao meio em que vivem4. Apesar do profissional enfermeiro não se encontrar totalmente presente no cuidado a crianças com autismo, o mesmo pode colaborar de forma positiva para seu diagnóstico, através de observações comportamentais que podem ser realizadas mediante a consulta para analisar o crescimento e o desenvolvimento da criança, como também, podem auxiliar os pais dando apoio e informando-os quanto aos desafios que os mesmos irão enfrentar devido o preconceito social existente5. A enfermeira, enquanto membro singular e independente da equipe de profissionais de saúde, tem como um de seus subpapéis o de ser uma agente socializante e, como tal, deve participar de atividades sociais com o cliente4. Além disso, é importante que o profissional enfermeiro perceba e entenda que nem toda a criança com autismo é igual e apresenta os mesmos sintomas. Cada criança desenvolve o seu "próprio mundo" e as suas próprias necessidades devendo estas ser entendidas e supridas pelo serviço de saúde e seus familiares. CONCLUSÃO: A partir do exposto, conclui-se que o profissional enfermeiro, infelizmente ainda não esta totalmente preparado para lidar com criança autistas, assim como com a família dos mesmos por deficiência no período de graduação ou também por falta de convivência no serviço de saúde com estes pacientes.

Estas crianças necessitam de uma atenção diferenciada, sendo necessário primeiramente conhecer a forma como a criança apresenta a doença, conhecer o "mundo" criado pela mesma para somente depois tentar fazer parte deste universo paralelo. Sendo assim, é de suma importância que a criança autista frequente regularmente o mesmo serviço de saúde para que desta forma seja possível criar um vinculo de carinho e confiança entre o enfermeiro ou/ profissional de saúde e a criança. A família de uma criança autista também possui muitas duvidas e necessidades, pois precisa lidar com o preconceito da sociedade assim como com as suas próprias exigências como, por exemplo, que o tratamento do filho demonstre melhoras logo, que o filho evolua rapidamente no seu quadro, que as necessidades do mesmo sejam atendidas. Por este motivo se faz necessário que se de mais atenção e importância para este transtorno que afeta tanto a vida destas crianças afim de, proporcionar um bem-estar físico, social e psicológico. Sendo importante que se realizem mais estudos e pesquisas sobre o autismo e suas características dentro da enfermagem. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A enfermagem mesmo não estando diretamente ligada ao tratamento de crianças autistas pode ser a responsável por conversar e analisar o desenvolvimento da criança com autismo nos atendimentos de saúde. O profissional enfermeiro pode ser a ponte entre a criança e os demais profissionais da saúde necessários para o tratamento da mesma. Pois este é o único que pode estar presente em todas as fases do seu tratamento visando sempre o seu bem estar físico, social e psicológico. Desta forma é de suma importância para esta clientela chegar ao serviço de saúde e ser recebido por um profissional de enfermagem capacitado e apito que entenda e saiba as necessidades desta criança assim como de seus familiares. DESCRITORES: Transtorno Autístico- Autismo Infantil- Síndrome de Rett. REFERÊNCIAS: 1. Carniel EL, Saldanha LB, Fensterseifer LM. A atuação do enfermeiro frente à criança autista. Pediatria(SÃO PAULO) 2010;32(4):255-60. 2. Brasil. Ministério da Justiça. Autismo: política nacional de atenção à pessoa portadora da síndrome. Disponível em: www.mj.gov.br, acessado em 2013. 3. Moreira NS. O cuidador do portador de autismo e seus familiares: Uma abordagem multiprofissional. R. pesq.: cuid. fundam. online 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):271-274, acessado em 2013. 4. Sena RCF de, Sobreira MVS. Concepções e Conhecimentos dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre Autismo Infantil. Rev enferm UFPE on line. 2012 Apr;6(4):969-72, acessado em 2013. 5. Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

14065

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KELI DE CASSIA LUIZ DE SANTANA

SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO NO AMBIENTE HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Gomes, AVOG; Santana, KCLS;

Introdução: Atualmente, a melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde tem recebido atenção especial em âmbito mundial. Entende-se por segurança do paciente a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários, durante a atenção à saúde. As estratégias buscam evitar, prevenir e minimizar os resultados provenientes de eventos adversos decorrentes das práticas de atenção em saúde associadas ao cuidado1. Em 25 de julho de 2013 foi publicada a RDC Nº 36 que tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde2. A atitude para segurança do paciente repensa os processos assistenciais com o intuito de identificar a ocorrência das falhas antes que causem danos aos pacientes na atenção à saúde. Assim, é importante conhecer quais são os processos mais críticos e, portanto, com maior probabilidade de ocorrência, para que seja possível desenvolver ações eficazes de prevenção3. Objetivo: Identificar a produção científica disponível em bases de dados que versem sobre a temática segurança do paciente pediátrico no ambiente hospitalar. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo e bibliográfico, do tipo revisão integrativa da literatura. Foram realizadas pesquisas no Portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para a busca foram aplicados os seguintes descritores: "Segurança do Paciente", "criança" e "enfermagem". Foi utilizado como ferramenta de auxílio, o operador Booleano "And", para o cruzamento dos descritores. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos publicados de 2003 a 2013 nos idiomas inglês, português e espanhol e; textos completos disponíveis. Foram excluídos os artigos que não atendiam ao objetivo do estudo, as teses e dissertações e os artigos repetidos. Para a análise dos dados foram selecionados seis artigos. Resultados: A abordagem qualitativa possibilitou a formulação de três categorias de análise: "Cultura de segurança do cuidado à criança hospitalizada", "Eventos adversos nos cenários de atenção à saúde da criança" e "A importância da comunicação entre os profissionais de saúde e o familiar/ acompanhante para a segurança do paciente pediátrico". A primeira categoria de análise aponta para as mudanças na cultura organizacional das instituições de saúde para uma cultura de segurança, com ênfase no cuidado seguro em saúde. O desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente é de grande complexidade por se tratar das transformações e dos desafios das organizações para o enfrentamento da redução dos riscos e dos danos na assistência à saúde. Foram considerados como fatores importantes para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no contexto da hospitalização infantil: a presença do familiar/ acompanhante, a notificação e o registro dos erros, o reconhecimento e a identificação dos erros, a transposição do modelo biomédico para a integralidade da atenção e a concepção de equipe e trabalho coletivo1. A segunda categoria de análise discorre sobre a ocorrência de eventos adversos que colocam em risco a vida do paciente pediátrico. A falta de padronização e até mesmo a não aplicação de um protocolo assistencial pode ser um fator resultante para uma assistência não segura, sendo um potencializador de eventos adversos, o que dificulta a atuação dos profissionais de saúde, além de ocasionar imprecisão e superficialidade no cuidado à criança internada4. Os principais eventos adversos descritos nos artigos analisados são referentes a erros de medicação; procedimentos invasivos, principalmente a punção venosa e; reações transfusionais. No Brasil, os estudos

envolvendo os erros de medicação são os de maior destaque na enfermagem, que está assumindo o papel de precursora nas discussões sobre a segurança do paciente. A complexidade que envolve o processo da medicação, desde a prescrição até a administração, necessita ser revista pelos profissionais da saúde, pois é atividade exclusiva desses, a qual exige precisão, responsabilidade e conhecimento científico para que não ocorram eventos adversos1. Os fatores de risco que contribuem para o insucesso na punção intravenosa periférica em crianças devem ser considerados no planejamento e execução da prática assistencial de enfermagem pediátrica, a fim de obter melhores resultados na execução do procedimento e promoção da segurança do paciente5. A terceira categoria discute sobre a importância da comunicação entre o profissional de saúde e o familiar/ acompanhante para a segurança do paciente. A comunicação entre profissional da saúde/ paciente/ família vem apresentando inúmeras lacunas ao longo dos anos1. Sabe-se que, nos cenários de atenção em saúde, as informações são aspectos importantes para garantir a segurança do paciente. Quando a comunicação não é estabelecida de forma efetiva e ativa entre profissionais, pacientes e familiar/ cuidador é possível que resulte em danos4. Conclusão: A segurança do paciente pediátrico no ambiente hospitalar e sua implicação na área da saúde tem sido propulsora de pesquisas, no entanto, identificam-se escassos estudos que abordem a problemática, de forma a discutir sobre a qualidade da assistência prestada. Acredita-se que a segurança da criança hospitalizada necessita da incorporação de práticas de cuidado seguro como cultura institucional, alinhada à política de segurança do paciente, direcionada a prevenir eventos adversos. Desta forma, investir na capacitação profissional da equipe de enfermagem para a implementação de boas práticas na assistência à saúde da criança hospitalizada é primordial para a garantia de um cuidado seguro, livre de danos, de forma a salvar valiosas vidas. Descritores: Segurança do paciente, Criança, Enfermagem. Referências: 1. Wegner W. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(3): maio-jun. 2012. 2. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada Nº 36. 2013. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. 1ª edição. 2013. 4. Silva T, Wegner W, Pedro ENR. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):337-44. Available from: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977. 5. Negri DC, Avelar AFM, Andreoni S, Pedreira MLG. Fatores predisponentes para insucesso da punção intravenosa periférica em crianças. Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(6): nov-dez. 2012.

14391

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KELLEN CERVO ZAMBERLAN

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FAMILIARES CUIDADORES: ALIANDO TEORIA, PESQUISA E PRÁTICA EM PEDIATRIA

Zamberlan, KC; Neves, ET; Buboltz, FL; Carvalho, JS; Silveira, A; Pieszak, GM;

INTRODUÇÃO: A incorporação da educação em saúde no processo assistencial da enfermagem vem sendo bastante enfatizada por ser considerada fundamental na atuação profissional. A saúde e a educação estão intimamente ligadas, pois são vistas como complementares e essenciais que se articulam enquanto práticas sociais. A partir disso, os círculos de cultura visam à troca de experiências, conhecimentos e vivências, possibilitando que o conhecimento seja construído de forma compartilhada entre o ser educando e o facilitador por meio do diálogo. Tal proposta fundamenta-se também na prática do cuidado centrado na família1. Este tipo de metodologia proporciona que haja mais liberdade e interesse por parte dos participantes, pois são ouvidos e não somente meros expectadores. Portanto, o enfermeiro hoje, em sua área do conhecimento abrange atividades do cuidar, do gerenciar e do educar realizadas nos diferentes cenários em que exerce a sua prática profissional2. Grupos de educação em saúde são aconselhados às crianças hospitalizadas, uma vez que auxilia essas famílias a serem sujeitos de sua própria história. Nestes momentos, os familiares teriam oportunidade de expor suas ansiedades, necessidades, medos, angústias, crenças, facilidades e fragilidades no cuidado à sua criança e quaisquer outros aspectos de seu interesse3. METODOLOGIA: Trata-se de um projeto de extensão cujo objeto é a educação em saúde com grupo de familiares cuidadores de crianças e adolescentes internados na unidade de internação pediátrica de um hospital de ensino no sul do Brasil, fundamentadas nos Círculos de Cultura de Paulo Freire. Os círculos de cultura visam à troca de experiências, conhecimentos e vivências, possibilitando que o conhecimento seja construído de forma compartilhada entre o ser educando e o facilitador por meio do diálogo4. Assim, pretende-se facilitar a aproximação entre a equipe de saúde e os familiares cuidadores, a fim de compartilharem vivências, esclarecer, promover um cuidado que considere o contexto sociocultural, desenvolvendo uma prática de cuidado centrado na família. O projeto inclui discentes de graduação e pós-graduação em Enfermagem da UFSM, além dos profissionais de saúde do setor envolvidos visando uma abordagem interdisciplinar em saúde. Com isso pretende-se também fomentar o ensino e a pesquisa na área da saúde da criança, adolescente e família. A participação dos sujeitos é livre e ocorre por meio de convite prévio com explicação dos objetivos do encontro. É feita também, divulgação por meio de cartazes na unidade envolvida. Os encontros acontecem quinzenalmente, às quintas, das 16h às 17h30min, sempre com a participação de um professor, um aluno da pós-graduação em Enfermagem, o bolsista do projeto, além de voluntários e os familiares cuidadores das crianças e adolescentes hospitalizados. RESULTADOS E DISCUSSÃO: No decorrer dos encontros, são desenvolvidas diversas temáticas de acordo com a demanda dos participantes, porém cada encontro mantinha sua particularidade e um tema merecia destaque nas discussões. Dentre os objetivos do projeto, pretende-se facilitar a aproximação entre os familiares cuidadores, promovendo a integração com a equipe de saúde além da troca de experiências entre eles, sendo essa é uma meta que tem sido buscada. Após o término dos grupos percebeu-se que a participação dos enfermeiros da unidade nos encontros tem propiciado tal aproximação, demonstrado pelos relatos dos cuidadores e profissionais, declarando ser esse um momento para conversarem sem a correria do dia-a-dia e perceberem de que não estão sozinhos e podem contar com o apoio de toda a equipe. Deste modo, pode-se dizer que a prática de educação no ambiente hospitalar é inerente e indissociável ao cuidado prestado, numa perspectiva de ação-reflexão-ação dialógica e conscientizadora, revelando a

identidade do enfermeiro enquanto educador, auxiliando na transformação, autonomia e emancipação dos sujeitos. Acredita-se ser esta práxis uma das formas de valorizar a profissão de enfermagem mostrando sua firme atuação e proporcionando uma aproximação com os indivíduos2. Após a realização contínua do grupo durante todos os anos, foi possível identificar outras necessidades que o cenário do projeto. Nos encontros realizados, havia um grande número de familiares cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES), muitas vezes, sendo a maioria dos sujeitos. Assim, os encontros acabavam direcionando para as demandas que estes familiares relatavam, principalmente relacionado a dúvidas que estes tinham sobre o cuidado a CRIANES no pós-alta hospitalar. Percebe-se que, geralmente, a essência das ações educativas está centrada no preparo da família para cuidar da criança que depende de algum tipo de tecnologia, possui uma doença crônica e/ou condição especial. Esta conduta acaba indo ao encontro da educação em saúde pautada no modelo biologicista do processo saúde-doença. O enfermeiro deve assumir seu papel, não somente ensinando as famílias como realizar um procedimento, porém deve dialogar com a mesma levando em consideração suas reais necessidades, recebendo o apoio social e como ela pode vir a conseguir suporte para a manutenção dessa nova realidade3. CONCLUSÃO: Pode-se observar que esta prática grupal apresenta resultados excelentes, conforme a opinião avaliativa dos envolvidos (familiares, cuidadores, equipe de enfermagem, professores e alunos), onde todos demonstraram interesse em continuar participando das reuniões. Nessas condições a grande maioria relatou que consideram um ambiente de união além de que possibilita um desabafo de certas situações vividas, ocasionando alívio do estresse da hospitalização. Como conclusão desta prática extensionista, identificou-se outra necessidade do cenário, que emergiu de pesquisas desenvolvidas que é a educação em saúde com os familiares cuidadores de CRIANES, de forma individual e coletiva conforme as necessidades singulares e cada criança. Neste sentido, a teoria/pesquisa se alia a prática e fecha o faz rodar o eixo pesquisa- teoria-prática. Aproveitando este momento, os profissionais utilizam do seu conhecimento científico para que possam tornar estas pessoas com autonomia no cuidado voltado para a criança, facilitando o cuidado no domicílio, além de compartilhar o conhecimento adquirido em sua comunidade como um multiplicador em saúde. Descritores: Enfermagem pediátrica. Saúde da criança. Família. REFERÊNCIAS 1. Neves, ET, Cabral IE. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre. 2008 jun; 29(20):182-90. 2. Rigon AG, Neves ET. Educação em saúde e a atuação no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou não há para ser dito? Texto Contexto Enferm. 2011 out/dez; 20(4): 812-7. 3. Góes FGB, La Cava AM. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. Revista Eletrônica de Enferm, Goiânia [Internet]; 2009 [Acesso em 2013 ago 20];11(4): 942-5. Disponível em: 4. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980. 116p.

14390

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KELLEN CERVO ZAMBERLAN

PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES/ ACOMPANHANTES SOBRE A PERMANÊNCIA COM A CRIANÇA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Zamberlan, KC; Neves, ET; Buboltz, FL; Carvalho, JS; Silveira, A; Silva, JH;

INTRODUÇÃO: A criança, ao necessitar de assistência à saúde, precisa receber o apoio e suporte de sua família para que possa enfrentar a crise que este momento gera para ambos. Durante o atendimento à criança nos serviços de saúde, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente em seu art. 12 preconiza que deverá ser proporcionado pelos estabelecimentos de saúde condições para que um dos pais ou responsáveis permaneça em tempo integral com a criança1. Em uma situação de emergência, esta garantia também é válida, assim, os pais ou responsáveis tem o direito de permanecer com a criança em uma sala de emergência de um serviço de pronto-socorro. Corroborando com esta ideia, organizações internacionais como a "American Heart Association" e a "Emergency Nurse Association" recomendam uma prática que possibilite a presença da família no contexto hospitalar, onde os familiares devem ser convidados, pelos profissionais de saúde, a permanecer ou a se retirar durante a realização dos atendimentos de emergência2. Alguns estudos trazem que a existe a presença de um facilitador que disponibiliza informações aos familiares que ficam fora da sala como uma estratégia de mantê-los informados. Porém, os pais sentem que o apoio desta pessoa pode não atender sua necessidade de informação médica. Eles se voltam para a equipe de enfermagem, e ainda, alguns pais preferem proximidade e silêncio. O papel de apoio ser assumida por enfermeiros experientes que podem reconhecer e adaptar-se à evolução das necessidades dos membros da família2. Assim, com o intuito de conhecer como os pais ou responsáveis percebem sua permanecia ou não junto com a criança em situação de emergência, questiona-se: Qual a percepção dos familiares/ acompanhantes, que vivenciaram situação de emergência no pronto socorro pediátrico sobre a sua permanência ou não durante o atendimento de emergência? OBJETIVO: Descrever a percepção dos familiares/ acompanhantes, quanto à sua permanência, ou não, durante o atendimento à criança em situação de emergência em pronto socorro pediátrico. METODOLOGIA: Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Os sujeitos e cenário deste estudo serão familiares e/ou acompanhantes das crianças submetidas ao atendimento de emergência no pronto-socorro pediátrico (PS-Ped) de um hospital escola no sul do Brasil, nos meses de agosto a novembro de 2013. Os sujeitos serão selecionados pelo pesquisador a partir dos seguintes critérios de inclusão: familiares/ acompanhantes de crianças submetidas ao atendimento de emergência no PS-Ped que estiverem internados na instituição nos momentos das coletas de dados. Como critérios de exclusão serão adotados as seguintes: familiar e/ou acompanhante que apresentar limitações cognitivas e/ou emocionais para participar da entrevista; familiar/acompanhante das crianças com instabilidade clínica no momento. O número total de sujeitos participantes do estudo será determinado por meio de saturação de dados e/ou quando os objetivos propostos pelo estudo forem alcançados. A estimativa em relação à quantidade é de aproximadamente 15 entrevistas A coleta de dados dar-se-á por meio da entrevista com roteiro semiestruturado, com a finalidade de dar voz aos sujeitos do estudo. Optou-se pela análise de conteúdo que, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens3. O projeto foi submetido à apreciação da Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão da instituição, e encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM obtendo parecer favorável com o CAAE: 18519513.0.0000.5346. Com relação aos aspectos éticos do estudo será elaborado e entregue aos sujeitos

um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações sobre a pesquisa, bem como os riscos e benefícios para os sujeitos envolvidos. RESULTADOS e DISCUSSÃO: A partir dos resultados desta pesquisa, espera-se entender como o familiar ou acompanhante se sente estando presente neste momento ou não. Ainda, pode-se conhecer, na perspectiva do familiar, os benefícios sobre permanecer ou não com a criança. Muitos estudos apontam os benefícios da presença do familiar durante estes eventos. A presença dos pais durante a reanimação foi destacada como um momento de apoio para a criança, destacando o contato físico como segurar na mão da criança, dizendo para lutar pela vida, ou para descansar, além de ser uma oportunidade para a família ver o quanto a equipe luta para salvar uma vida4. Embora muitos estudos venham sendo desenvolvidos, e a presença dos familiares ou acompanhantes durante estes procedimentos está cada vez mais frequente, poucos hospitais possuem políticas para orientar os pais durante estas situações. Desta forma, destaca-se a importância de serem criados protocolos que contribuam para realização desta prática. Estas políticas podem oferecer diretrizes para ajudar a equipe na avaliação de cada situação familiar e determinar quando é apropriado oferecer a opção de presença à família. Nem todas as situações são favoráveis à presença da família, e as barreiras e benefícios permanecerão sempre5. CONCLUSÃO: Muitos estudos ainda são necessários sobre a permanência da família durante as situações de emergência, principalmente a nível nacional. Os resultados desta pesquisa auxiliarão os profissionais a lidar com esta questão no seu dia a dia de trabalho, principalmente em situações extremas. Após esse conhecimento se tornar disponível, a educação dos profissionais de saúde irá ajudá-los a identificar e incentivar os mecanismos de enfrentamento dos familiares. Além disso, dará subsídios para a criação de normativas possam padronizar as ações de todos os membros da equipe. Recomenda-se a realização de outras pesquisas em diferentes locais, para que sejam identificadas as diferenças entre os diversos cenários de atenção a saúde da criança, além de facilitar a permanência da família e o trabalho da equipe de saúde. Descritores: Saúde da Criança; Serviços Médicos de Emergência; Família; REFERÊNCIAS 1. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3ªed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. 96p. 2. Schmidt B. Review of three qualitative studies of family presence during resuscitation. The qualitative report. [Internet]. 2010 mai [Acesso 26 de ago 2013]; 15(3):731-6. Disponível em: http://www.nova.edu/ssss/QR/QR15-3/schmidt.pdf 3. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 229p. 4. Lowry E. "It's just what we do": a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. Journal of emergency nursing. 2012 Jul;38(4): 329-34. 5. Dougal RL, Anderson JH, Reavy K, Shirazi CC. Family presence during resuscitation and/or invasive procedures in the emergency department: one size does not fit all. Journal of Emergency Nursing. 2011 Mar;37(2): 152-7.

14437

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KELLY MESQUITA

CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS DE QUEDA OCORRIDOS EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE PORTO ALEGRE/RS

Mesquita, K; Cabral, J; Cardoso, J; Cvirkun, SWETLANA;

Introdução: As ocorrências de eventos adversos têm levado os serviços de saúde a desenvolverem estratégias de segurança do paciente. Na pediatria, a grande incidência de quedas está relacionada a um fator intrínseco, que é o estágio natural de desenvolvimento da criança. Para atuarmos na sua diminuição, é de fundamental importância a utilização de ferramentas, como a educação e a conscientização dos profissionais, pacientes e familiares, quanto às medidas preventivas. A análise e o monitoramento das quedas são considerados um importante indicador assistencial. Objetivo: Caracterizar os eventos de queda ocorridos em um hospital pediátrico. Método: Estudo descritivo, quantitativo e transversal, realizado no período de janeiro de 2012 até julho de 2013, com base nos registros de notificação e monitoramento de queda em um hospital pediátrico de Porto Alegre. Na população foram incluídos pacientes internados e que tiveram quedas assistidas ou referidas. Resultados: No período estudado ocorreram 87 quedas, sendo 56% em crianças menores de 3 anos. 40% ocorreram no turno da manhã, 35% no turno da tarde e 25% no turno da noite. Em relação ao local da ocorrência, 64% ocorreram no quarto, 17% no corredor, 12% na sala de recreação e 7% no banheiro, sendo de 87% estavam acompanhados por familiar. Conclusão: Os dados analisados permitem verificar e caracterizar a incidência de quedas ocorridas e intervir nos fatores causais, que são fundamentais para a adoção de medidas preventivas. Contribuições: Estimular a equipe de enfermagem para que durante a assistência, ocorra a identificação de fatores de risco dos pacientes e do ambiente, a fim de evitar a ocorrência de quedas. Descritores: Acidentes por quedas, criança. Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais 4ªed. (versão traduzida). Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação; 2010.

14439

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KELLY MESQUITA

EXTRAVASAMENTO DE DROGAS ANTINEOPLÁSICAS: PREVENÇÃO E TRATAMENTO NO HCSA

Mesquita, K; Pinto, L; Matos, D;

Introdução: O extravasamento de drogas antineoplásicas é uma das complicações agudas mais severas relacionadas à administração endovenosa desta modalidade de tratamento. A padronização dos cuidados de enfermagem para administração destas drogas e intervenções nos casos de extravasamento é uma importante medida para a segurança do paciente. A via intravenosa é a mais utilizada para a administração de quimioterápicos por garantir absorção e nível sérico adequados das diferentes drogas Dentre os eventos adversos relacionados à administração intravenosa, o extravasamento se destaca como a complicação aguda mais severa, causando extremo desconforto e sofrimento ao paciente e exigindo do enfermeiro habilidade clinica para diagnosticá-lo e intervir precocemente. Objetivo:Identificar na literatura estudos sobre extravasamentos de drogas antineoplásicas em pediatria, desenvolver protocolos de prevenção e tratamento. Metologia: Realizou-se revisão bibliográfica nas bases de dados (PUBMED, SCIELO, BIREME, MEDLINE). Após o levantamento dos estudos desenvolvemos um protocolo de prevenção e tratamento. Conclusão: A criação de protocolos assistênciais para prevenção e tratamento do extravasamento de drogas antineoplásicas é essencial para que ocorra uma padronização dos cuidados de enfermagem. Isto proporcionará para equipe assistencial o conhecimento necessário para atuar com segurança e evitar um possível evento sentinela. Contribuições: A prevenção da ocorrência do extravasamento deve fazer parte dos cuidados de enfermagem na administração de drogas antineoplásicas e, um dos principais meios de promovê-las, é a adequada escolha do dispositivo venoso. Dentre as principais ferramentas de gerenciamento da qualidade existentes atualmente, o fluxograma se destaca como importante meio de organização de processos. Descritores: Antineoplásicos, quimioterapia Kasner.E.Evaluations and treatment of chemotherapy extravasation injuries.J Pediatr Oncol Nursing Society. 2010;17(3):135-48 Bonassa EMA, Santana TR.Enfermagem em Terapêutica oncológica. São Paulo: Atheneu;2012. P 89-100 Alexander M.Infusion-related complications.JIntraven Nurs.2010;23 Suppl 6:S56-8

13804

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LAÍS CAVALCANTE RODRIGUES

A IMUNIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INFANTIL NO ENSINO DA SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rodrigues, LC; Juliano, ACFM; Lopes, MR; Oliveira, MAR; Cursino, EG; Machado, MED;

Introdução: este estudo relata a experiência vivenciada pelos monitores da disciplina Enfermagem na Saúde da criança e Adolescente I (DESCA I) do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF), no 1º e 2° semestre de 2012 e 1º semestre de 2013. O foco foi a utilização de uma metodologia ativa de ensino para o desenvolvimento do ensino teórico-prático da disciplina. O calendário de vacinação brasileiro é definido pelo Programa Nacional de Imunização (PNI/MS), corresponde ao conjunto de vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública (Brasil, 2001; Vaz 2008). Com mais de 30 anos de existência, o PNI é considerado um sucesso que se expressa, dentre outros, pelo espectro de vacinas hoje disponibilizadas e por taxas bastante altas de cobertura da população menor de um ano (Brasil, 2013). O Ministério da Saúde de acordo com a eficácia das vacinas e as características epidemiológicas preconiza os percentuais de cobertura vacinal de rotina como metas: 95% de cobertura para o esquema básico de vacinação para menores de um ano de idade (Brasil 2013). Atendendo a proposta do programa de monitoria na busca do desenvolvimento de atividades didático-pedagógicas para melhoria do processo ensino-aprendizagem, é relevante o conhecimento sobre as vacinas disponíveis no Calendário Básico de vacinação da Criança e do Adolescente do PNI, no ensino da saúde da criança e adolescente. A utilização de uma metodologia ativa de ensino na disciplina contribui para que os alunos após o primeiro contato com o conteúdo, imunização da população infantil, no Ensino Teórico (ET) vivenciem uma situação real de sua profissão no Ensino Teórico-Prático (ETP). Desse modo, construam o conhecimento sobre as vacinas indicadas para a criança e o adolescente segundo definição do PNI/MS. Ao utilizar-se do método tradicional de ensino (expositivo), privilegiando a memorização o educador compromete os processos de ensino e aprendizagem por não ser capaz de auxiliar os estudantes a superar obstáculos (Focetola et al 2012). Visando tornar o ensino dos conceitos científicos mais claros e acessíveis, muitos professores buscam utilizar diferentes ferramentas pedagógicas em sala de aula. Objetivos: identificar o conhecimento dos alunos sobre as doenças imunopreveníveis e o calendário de vacinação do PNI; trabalhar as questões levantadas, a partir de um espaço de discussão e de diálogo para que os alunos expressem e construam seus conhecimentos. Metodologia: Adotou-se uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem, realizando-se uma dinâmica interativa. Foi utilizado como ferramenta um jogo de cartas composto por um conjunto de 45 cartas contendo perguntas relacionadas às doenças imunopreveníveis e ao calendário de vacinação da criança e do adolescente. Foi jogado por um grupo de quatro a oito alunos ao mesmo tempo. O ETP da DESCA I contém 80 horas por semestre, foi desenvolvido com oito subgrupos a cada três semestres letivos os quais fizeram rodízio com outras disciplinas cursadas no mesmo período. Dessa forma, a cada quatro semanas, tínhamos dois novos subgrupos divididos em: PAPB; PCPD; PEPF; PGPH, durante três semestres. Assim, no final de cada manhã após os atendimentos o monitor fazia a proposta do jogo quando um aluno tirava uma carta fazia a pergunta e os demais levantavam as possíveis respostas, as duvidas eram discutidas e esclarecidas e assim sucessivamente. Neste momento, o professor também fazia intervenção com leituras de textos complementares. O ETP da disciplina ocorreu na sala de vacinação de uma Policlínica de Saúde integrante da rede de atenção à saúde do município de Niterói-RJ. Resultados: A utilização do jogo de cartas como estratégia de ensino permitiu a identificação do conhecimento dos alunos sobre as doenças

imunopreveníveis e sobre o calendário de vacinação infantil e do adolescente. O uso de jogos educacionais no ensino é uma prática já estabelecida, cujo objetivo é auxiliar os alunos a aprender ou revisar o conteúdo ministrado de forma lúdica, porém efetiva (Focetola et al 2012). Na experiência relatada, esta ferramenta possibilitou o desenvolvimento de habilidades de trabalhar em grupo, de se expressar, de resolver problemas além de desenvolver a capacidade do aluno de receber e trocar informações para assim adquirir conhecimentos. A utilização da dinâmica permitiu que o aluno assumisse uma postura ativa, que foge do papel de mero receptor de conteúdos. Em geral, a linguagem científica do professor não é facilmente compreendida pelos alunos durante as aulas expositivas, e os jogos podem promover discussões em que ocorrem interações entre as linguagens do professor e as dos alunos, facilitando o estabelecimento de significados comuns a ambos e consequentemente a aprendizagem dos conceitos científicos trabalhados nos jogos (Focetola, 2012). Desse modo, esta proposta permitiu a busca de conhecimentos relevantes aos problemas e aos objetivos da aprendizagem sobre a imunização da criança e do adolescente. Além de que, despertou curiosidade científica, capacidade para auto-avaliação, cooperação para o trabalho em equipe, senso de responsabilidade e sensibilidade na assistência à criança e adolescente características fundamentais a serem desenvolvidas no perfil profissional do enfermeiro. Conclusão: o uso do jogo de cartas como uma dinâmica interativa para aprendizagem no ensino teórico-prático permite o desenvolvimento de várias habilidades: verbalizar, ouvir, observar, dialogar, trabalhar em grupo. A aplicação das informações à situação real ou simulada deixa que o aluno desenvolva a capacidade de analisar problemas e encaminhar soluções e preparar-se para enfrentar situações reais e complexas. Entretanto, essa ferramenta não deve constituir-se a única estratégia de ensino, mas uma maneira mais harmônica de interação entre os alunos que se tornam agentes ativos na construção do seu próprio saber. Descritores: Enfermagem pediátrica, Ensino, Cuidado da Criança Referências: 1.Vaz EMC. Programa Nacional e Imunizações, In: Santos I; David HMSL; Silva D; Tavares CMM. Enfermagem e Campos de Prática em Saúde Coletiva. São Paulo: Atheneu, 2008. p.175-187 2. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de normas de vacinação. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 3. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Cobertura de vacinação atingiu 95% dos brasileiros nos últimos 10 anos. [Acesso em 10 de agosto de 2013]. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/10/29/cobertura-de-vacinacao-atingiu-95-dos-brasileiros-nos-ultimos-10-anos 4. Focetola PBM, Castro PJ, Souza ACJ, Grion LS, Pedro NCS, Iack RS et al. Os Jogos Educacionais de Cartas como Estratégia de Ensino em Química. QUÍMICA NOVA NA ESCOLA. 2012; 34(4): 48-55. [Acesso em 10 de agosto de 2012]. Disponível em: http://qnesc.sbq.org.br/online/qnesc34_4/11-PIBID-44-12.pdf

13806

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LARISSA DE OLIVEIRA ULISSES

CUIDADO DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM DOR: UM ESTUDO DESCRITIVO

Oliveira, LOU; Camargo, CLC;

Introdução: A dor é uma das queixas mais frequentes durante a hospitalização das crianças. Muitas vezes, ela não é avaliada de forma efetiva pela equipe de saúde. A enfermagem, por ser uma profissão que cuida diretamente do paciente, prestando-lhe assistência nas 24 horas deverá estar atenta a presença da alteração desse sinal vital prestando-lhe o cuidado necessário para melhora do quadro. O presente estudo teve por objetivo descrever o cuidado prestado pela equipe de enfermagem à criança com dor. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que se realizou no Hospital Federal Universitário na cidade de Salvador - Ba, em 2012, envolvendo 7 sujeitos da equipe de enfermagem que atuam na pediatria. Resultados e Discussão: Os resultados encontrados evidenciaram um limitado conhecimento da equipe sobre a identificação da dor em crianças, a ausência da aplicação das escalas de avaliação da dor e a utilização da terapia medicamentosa como tratamento prioritário em detrimento as intervenções não-farmacológicas. Conclusão: Os profissionais e as instituições de saúde que trabalham em pediatria precisam entender a necessidade da avaliação da dor como quinto sinal vital e garantir que as crianças não sintam dor quando existam meios de evitá-las, através da busca de conhecimento, educação continuada e da implantação de protocolo para gerenciamento da dor. Palavras-chave: enfermagem pediátrica; medição da dor; tratamento. Referências 1. KANAI, K.Y.; FIDELIS, W.M.V. Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. Rev Dor 2010;11(1):20-27 2. SILVA, M. S; PINTO, M. A.; GOMES, L. M. X. et al. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. Rev Dor. São Paulo, 2011 out-dez;12(4):314-20. 3. OLIVEIRA JÚNIOR, A.R.; et al. Dor no recém-nascido: estudo transversal sobre assistência de enfermagem em unidades neonatais. Rev enferm UFPE on line. 2011 set;5(7):1570-578.

13968

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LARISSA FORTES DA COSTA

PROJETO ATENÇÃO Á CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM CACHOEIRA DO SUL: UMA EXPERIÊNCIA A SER MOSTRADA

Costa, LF; Bastos, NM; Castro, PM;

Nas últimas décadas, tornou-se crescente o número de crianças e adolescentes que buscam atendimentos de saúde e apoio social oferecidos nas instituições públicas. Além da procura pela assistência à saúde, trazem consigo alguma queixa associada às condições socioeconômicas, como baixa renda, falta de saneamento básico, má nutrição e escolaridade de má qualidade. Também, relatam que suas famílias apresentam casos de abusos físico, emocional e sexual; violência intra e extrafamiliar; alcoolismo; falta de vínculos, transtornos psiquiátricos, entre outros. Todos esses fatores podem acabar influenciando de alguma forma ou outra no desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, causando-lhes, muitas vezes, "traumas" irreversíveis. Dessa forma, percebe-se a necessidade de terapêuticas alternativas para o benefício e/ou minimizar as carências dessas crianças e adolescentes, bem como compreender o contexto familiar em que essas se encontram. As políticas de saúde e programas de assistência à saúde da criança e do adolescente, preconizadas por órgãos oficiais, dependem muito das ações de vários profissionais, mas especialmente do profissional enfermeiro no processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil1. Com este intuito, o Projeto de Atenção à Criança e o Adolescente, da Universidade de Santa Cruz do Sul-RS - UNISC, é desenvolvido nos municípios de Santa cruz do Sul, Venâncio Aires e atualmente em Cachoeira do Sul, através de bolsistas do Curso de Enfermagem, sob a coordenação de um professor do mesmo Curso, junto à Estratégia de Saúde da Família e ao Centro de Referência de Assistência Social do maior bairro da cidade. Tem como objetivo desenvolver ações multiprofissionais e interdisciplinares de atenção às crianças e aos adolescentes vulneráveis e/ou de risco, através de atividades de promoção, prevenção e recuperação com o intuito de qualificar os serviços, o ensino e o cuidado aos usuários. Algumas atividades realizadas são: levantamento de dados nos cadastros dos serviços da rede básica; visitas domiciliares, identificação das necessidades de cada criança e/ou adolescente e sua família; orientação de enfermagem à criança/adolescente/família, instrumentalizando-os para o autocuidado e/ou acompanhamento ambulatorial; organização de grupos de educação em saúde; contribuição nos encaminhamentos dos usuários atendidos, referenciando-os para os demais serviços da rede; discussão com a equipe de atenção á criança sobre a abordagem e os encaminhamentos pertinentes aos casos suspeitos de maus tratos, abuso sexual e abandono familiar; identificação de crianças, adolescentes e famílias em situação de risco, referenciando-os aos serviços de Saúde/Assistência Social do município; acompanhamento das crianças em leituras e tarefas escolares na área de atividades infantil; atividades lúdicas por meio de oficinas, grupos terapêuticos e hora do conto. As atividades iniciaram-se através de visitas domiciliares realizadas pelas bolsistas do projeto acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde do bairro, os quais pessoalmente realizaram o convite aos usuários para participarem do projeto, expondo seus objetivos e ações que são desenvolvidas. Após a conclusão do convite, realizaram-se as visitas para o preenchimento da ficha de pesquisa da criança e/ou adolescente, momento esse em que foi entregue aos usuários um cronograma com horário e local das atividades que ocorrerão até o término do presente ano. Durante as visitas domiciliares foram observado pelas bolsistas vários fatores inerentes no dia-a-dia dos usuários tais como hábitos de higiene, alimentação, moradia, escolaridade, lazer, renda familiar, problemas de saúde entre outros. Referente à higienização foi constatado que a maioria encontra-se em boas condições. Entretanto, em alguns casos foram identificados

ambientes sujos, com lixo espalhado pelo chão e a higiene do local em total precariedade. No fator alimentação observa-se que alimentos como verduras e frutas são pouco consumidos pelas crianças que mostraram não gostar muito desses alimentos. Os responsáveis relataram que as crianças costumam consumir frequentemente doces e salgadinhos, e que gostam muito desse tipo de alimento. Em relação a moradia percebeu-se que a maior parte das casas encontrava-se em condições adequadas para habitação, embora algumas possuíam apenas de um a dois cômodos e abrigam de cinco a dez moradores. No item escolaridade todas as crianças com idade escolar encontravam-se frequentando a escola, localizada no bairro. Relativo ao fator renda familiar foi constado que mais da metade dos entrevistados são beneficiários do Programa Bolsa Família. As famílias com maior dificuldades financeiras têm seus sustendo proveniente somente desta bolsa. Foi relatado por alguns responsáveis que suas crianças apresentam alguns problemas de saúde, como asma, bronquite, anemia e epilepsia. Mas a maioria disse que não possuíam nenhuma doença. Apesar de algumas dificuldades e problemas que essas famílias possuíam foi observado pelas bolsistas o grande sentimento de amor, carinho e afeto em que essas mães, pais e responsáveis apresentavam perante suas crianças e em momento algum se mostraram desinteressados com o projeto proposto a eles. A grande maioria dos usuários enfatizava a importância e o aprendizado que suas crianças vão adquirir com a adesão das atividades propostas. Essas intervenções, contam com diversos benefícios á saúde de crianças e adolescentes, pois, o acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento da criança é fundamental, este permite evidenciar precocemente transtornos que afetam sua saúde e, em especial, sua nutrição, sua capacidade mental e social. A identificação de situações vulneráveis a saúde da criança permitirá a execução de ações, possibilitando a redução da morbi-mortalidade e potencializando seu desenvolvimento.2 Em suma, percebe-se que muitas vezes ainda encontram-se dificuldades de criar vínculos com os usuários, para estes terem uma melhor adesão as diversas ações, deste modo, os profissionais devem ser agentes públicos imbuídos de observação e intervenção para respeitar, proteger e efetivar direitos humanos. Nesse sentido, é preciso repensar a ação profissional, levando em conta a importância do seu papel transformador, pois o que se espera são as transformações de si e da realidade, após o encontro com as pessoas, encontram-se espaços de cuidado em saúde. Contudo, as dificuldades do cotidiano são inúmeras, visto que muitas lacunas persistem, dificultando a realização de transformações. A atenção à saúde da criança tem sido alvo de preocupação de profissionais da saúde, gestores e políticos, representando um campo prioritário de investimentos dentro dos cuidados à saúde da população.3 Assim, a enfermagem é uma profissão que exerce diversas funções e responsabilidades no cuidado com a saúde. O cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, através de atividades de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação à saúde e trabalho em equipe, são algumas das características que definem a enfermagem, mas tem também uma dimensão educacional, para a promoção da autossuficiência em saúde.4 Descritores: criança; adolescente; educação em saúde. EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica. n. 11. Brasília, 2004. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: fundamentos e orientações para profissionais de saúde. Brasília, 2001. 3. FALCETO O.G., Fernandes C.L.C, Wartchow E.S. Médico, Paciente e sua Família. In: Duncan BB,Schmidt MI & Giugliani E. Medicina Ambulatorial 3ª edição, Porto Alegre. Artmed. 2004. 4. VENDRUSCOLO TS, Ferriani MGC, Silva MAI. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica. Rev Latino-Am Enferm. 15 (nº especial): 812-9.2007.

13924

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LARISSA JENNIFER ANTONIASSI

PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Antoniassi, LJ; Tapia, CEV;

Introdução: O abuso sexual de crianças e adolescentes podem causar consequências para o resto da vida, pois, crianças abusadas tendem a apresentar transtornos de ansiedade e alimentação, depressão, estresse, medo, perca de interesse pelos estudos e brincadeiras, isolamentos, transtornos sexuais na vida adulta, além de um possível risco de revitimização.1 A OMS define o abuso sexual de crianças como "o envolvimento de uma criança em atividade sexual que esta não compreenda totalmente, não tenha capacidade para dar seu consentimento informado, não esteja preparada em relação ao seu desenvolvimento ou não possa consentir, violando leis e tabus sociais". As repercussões dessa violência tem se tornado um problema de saúde pública, uma vez que atinge diversas famílias brasileiras.[2] Assim, as equipes multiprofissionais devem possuir o conhecimento científico acerca do assunto para oferecer uma assistência integral e de qualidade à população atingida. Para tanto, é necessário estudos que retratem a temática. Em decorrência do baixo número de estudos nacionais e pela dificuldade de se identificar e notificar novos casos tornou-se necessário traçar estratégicas que contribuam para a reflexão, compreensão e discussão sobre esse tema tão complexo, para servir de apoio para profissionais da área da saúde e pessoas que desejarem obter mais conhecimento sobre o assunto, melhorando o atendimento e identificação de uma criança ou adolescente que tenha ou vem sendo vítima de abuso sexual. Objetivo: O presente estudo teve como objetivo refletir sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes, potencializando o enfermeiro na abordagem, atenção, proteção e assistência à criança, adolescente e sua família vitimizada. Método: Estudo de revisão integrativa de literatura, conduzida a partir da questão de pesquisa: Como os enfermeiros, a partir de reflexões podem abordar dar atenção, proteção e assistência à criança, adolescente e sua família vitimizada. O levantamento dos artigos foi realizado na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram encontrados 06 artigos, sendo 05 publicados na SciELO e 01 na LILACS, com período de publicação entre os anos de 2004 a 2013. A etapa de seleção dos estudos envolveu a leitura crítica e atenta dos resumos e em seguida do texto na íntegra, aplicando os seguintes critérios: 1) Inclusão - estudos originais, publicados no idioma português, que abordassem o abuso sexual de crianças e adolescentes; 2) Exclusão - não atendesse aos critérios de inclusão, serem teses ou dissertações e estarem duplamente indexados nas bases. Resultados: O abuso se caracteriza por diversas práticas, como, manipulação da genitália, pornografia, estupro, incesto, exibicionismo, assédio e prostituição. A anamnese e exame físico são essenciais para a conclusão de violência sexual na criança, sendo este o primeiro passo para iniciar os cuidados. A notificação tornou-se obrigatória para os profissionais da saúde por meio da Lei Federal, Portaria nº 1968/2001 MS, que orienta também que a notificação seja encaminhada para a vigilância epidemiológica, para auxiliar no planejamento de políticas públicas. É dever do enfermeiro compartilhar com outros profissionais de saúde as informações sobre o caso da criança, visando o seu melhor atendimento e proteção.[3]Para meninos a faixa etária de maior risco é de 3 a 6 anos, enquanto para as meninas é de 7 a 10 anos. Considerando o agressor, revela-se o pai como o mais frequente, seguido pelo tio, primo, vizinho e desconhecido. A depressão se apresenta significativamente nas meninas e ocorre também o retraimento perante a figura masculina, já nos meninos prevalece o isolamento. Nos aspectos afetivos, apresentaram os sentimentos de: culpa; vergonha; medo e insegurança. 4 Discussão: O abuso sexual é envolvido por um pacto de silêncio, dificultando a denúncia desses e o encaminhamento dos vitimizados a uma assistência qualificada. Essas dificuldades de relato dos

casos, amparo das vítimas e famílias, o lidar com o sofrimento nessas situações têm dificultado o andamento de pesquisas nesse assunto e a criação de políticas de atendimento. Sua ocorrência geralmente ocorre em um âmbito familiar, onde deveria ser um espaço de proteção, deixando a criança se sentindo desprotegida, desamparada, abandonada e com medo, já que seus agressores mantêm convivência com a criança, deixando-a indefesa. Foi observada em alguns dos artigos, que em sua coleta de dados faltam muitos dados com relação ao resultado de exames, dados do agressor, além da falta de conhecimento de quem acolheu, demonstrando a necessidade de uma política que acolha, compreendam, trate e haja de uma forma adequada, que acolha a criança e família como um todo, além de profissionais capacitados e protocolos para a situação. A produção científica sobre o tema é escasso, enfermeiros e outros profissionais de saúde possuem dificuldade na assistência quando se deparam com crianças e adolescente vitimadas por violência sexual, por falta de qualificação. Após a formulação da denuncia, deve haver uma notificação ao Conselho Tutelar, que tem como função a proteção da criança.5 Conclusão: A criança abusada sexualmente é traumatizada para o resto da vida, entre os profissionais, destaca-se a figura do enfermeiro, considerado um dos mais presentes no cenário do cuidar. Ele tem oportunidade de identificar, combater e até mesmo denunciar o abuso sexual infantil, bem como prestar assistência à vítima e à família. Uma maneira de identificar uma criança e adolescente vitima de abuso sexual é através da coleta de dados (anamnese e exame físico) durante as consultas de enfermagem. Por se tratar de uma situação que envolve um pacto de silêncio, o enfermeiro além de possuir competências para o processo de enfermagem, deve possuir a competência de comunicação e habilidades em saber como lidar com as vitimas. Deve-se criar um vinculo afetivo com a vítima, passando confiança e demonstrando interesse em ouvir e ajudar. Porém, se faz importante à presença de instrumentos e diretrizes que direcionam este cuidado. A violência sexual compromete o crescimento e o desenvolvimento da criança e adolescente. Essa situação representa grande desafio e se não houver interesse por parte da sociedade para compreender a violência, sua magnitude e tudo a sua volta que é atingido, jamais haverá instrumentos apropriados para combatê-la, ou cuidar das suas vítimas. Descritores: Maus- tratos sexuais infantis, enfermagem e menores de idade

REFERENCIAS 1. SERAFIM, A. P.; SAFFI, F.; ACHÁ, M.F.F.; BARROS, D.M. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças de adolescentes vítimas de abuso sexual. Revista de Psiquiatria Clínica vol.38 no.34 São Paulo 2011 2. GUIMARAES, J.A.T.L; VILLELA, W.V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas Brasil. Cad. Saúde Pública vol.27 no.8 Rio de Janeiro Aug 2011 3. SILVA, L.M.; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, M.A.I. Atuação da enfermagem frente a violência sexual contra crianças e adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem vol.64 no.5 Brasília Set/Out. 2011 4. SERAFIM, A. P.; SAFFI, F.; ACHÁ, M.F.F.; BARROS, D.M. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças de adolescentes vítimas de abuso sexual. Revista de Psiquiatria Clínica vol.38 no.34 São Paulo 2011 5. RIBEIRO, M.A.; FERRIANI, M.G.C.; REIS, J.N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. Cadernos de saúde pública vol.20 n.2 Rio de Janeiro Mar/Abr 2004.

14249

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LEILA LEONTINA COUTO

ESTRUTURA FAMILIAR DE CRIANÇAS COM RETINOBLASTOMA: CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Couto, LL; Oliveira, ICS;

O câncer é uma das maiores causas de morte no mundo, e é descrita como uma doença genômica. A criança e a sua família enfrentam uma doença como o câncer, que revela um mundo de particularidades. Objetivo: descrever a estrutura interna e relacional da família da criança com retinoblastoma na possibilidade de transmissão genética. Trata-se de um estudo qualitativo1, cujo cenário foi o ambulatório de pediatria de um hospital especializado em oncologia. Os sujeitos foram 8 familiares de 11 crianças portadoras de retinoblastoma matriculadas nesta instituição. O procedimento metodológico foi a consulta aos prontuários para construção do genograma e ecomapa2. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Resultados: A organização familiar está relacionada com a investigação da doença e o tratamento oncológico. A frágil rede de apoio, pequena participação familiar, ajuda dos profissionais da instituição e da casa de apoio, e precárias condições econômicas durante o tratamento foram identificadas no ecomapa. Conclusão: A estrutura familiar possibilitou conhecer as interações familiares e a rede de apoio construída diante da doença. Contribuições: O estudo propiciou conhecimento científico nas áreas de pediatria e genética para o atendimento às famílias de crianças com câncer com possibilidade de transmissão genética e aprimoramento da prática assistencial de enfermagem. Referências: 1. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008. ; 2. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. Descritores: Enfermagem Pediátrica; Oncologia; Família.

14242

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LEILA LEONTINA COUTO

CARACTERIZAÇÂO DAS CRIANÇAS COM RETINOBLASTOMA ATENDIDAS NUM AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA: SUBSÍDIOS PARA A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Couto, LL; Oliveira, ICS;

O avanço do retinoblastoma afeta a qualidade da visão da criança, evoluindo para cegueira1.Objetivos:verificar a faixa etária das crianças atendidas no ambulatório de pediatria, identificar o familiar que observou as alterações oculares na criança, e verificar o tempo entre os primeiros sinais e sintomas até a chegada ao hospital de referência oncológica.Trata-se de um estudo quantitativo, cujo cenário foi um ambulatório de pediatria de um hospital especializado em oncologia. Os sujeitos foram 20 crianças com retinoblastoma.O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário para a consulta aos prontuários.Os dados foram organizados em tabelas com freqüências simples. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Resultados: Das 20 crianças com retinoblastoma, 17 (85 %) são lactentes e 3 (15 %) são pré-escolares. Os sinais e sintomas foram leucocoria (100 %), sangramento (10%) e cegueira (15%). A figura feminina foi a que mais identificou alterações oculares(18 mães e1 avó), e somente 1caso foi identificado pelo pai. Os familiares buscaram os serviços de saúde públicos(60 %), privados (10%) e público-privados (30 %). A média de chegada ao hospital de referência foram três meses. Conclusões: A rotina de atendimento aos lactentes e pré-escolares deve valorizar as informações dos familiares sobre a saúde da criança. A divulgação dos sinais e sintomas do retinoblastoma torna-se importante na detecção precoce da doença. Contribuições: O estudo contribui para o fortalecimento do conhecimento científico em pediatria e oncologia com vistas ao aprimoramento da prática assistencial de enfermagem. Referência: 1.PIZZO PA. ; POPLACK DG. Principles and practice of pediatric oncology. 7ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelfia:U.S.A, 2009. p. 1780. Descritores: Enfermagem Pediátrica; Oncologia; Saúde Ocular

14547

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LETÍCIA MOLZ RODRIGUES

ESTRUTURA FAMILIAR COMO FATOR DETERMINANTE À SAÚDE DA CRIANÇA: UM ESTUDO DE CASO

Rodrigues, LM; Kipper, FP; Muller, E; Feil, AI; Soder, JC; Lima, MS;

O compromisso pela promoção à saúde da criança é dever da família, do estado e da sociedade como um todo. Embora avanços tenham sido alcançados, os indicadores de saúde demonstram que o direito integral à saúde para as crianças ainda não está garantido, e que fatores como a estrutura e planejamento familiar deficientes podem gerar graves problemas por toda a vida[1]. Diante disso, este trabalho objetiva verificar a possibilidade de relacionar a estrutura familiar ao bem estar físico, emocional e psicossocial da criança. Foi realizado um estudo de caso onde foram identificados os principais problemas enfrentados por uma unidade familiar, através de pesquisas bibliográficas, visitas domiciliares, intervenções práticas e aplicação do Processo de Enfermagem. O histórico familiar revelou múltiplos problemas de ordem social e biológica como óbito infantil. A mortalidade infantil é considerada um indicador de que algo não está bem no âmbito em que a criança se insere[2]. Com base no estudo, algumas hipóteses foram formuladas referentes à possível relação entre os problemas de ordem social e de saúde-doença identificados na família, ou seja, os problemas sociais identificados podem estar relacionados à piora da condição geral de saúde da criança[1]. Ressalta-se que estudos como este são necessários para incrementar a atuação do enfermeiro, pois conhecer a realidade da família permite refletir de forma humanizada e suprirmos as reais necessidades dos indivíduos e das famílias, seja durante a internação ou após a alta hospitalar[1]. Descritores: Saúde da Criança, Relações Familiares, Cuidados de Enfermagem. [1]ALMEIDA, Fabiane de Amorim; SABATÉS, Ana Llonch (Org.). Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri: Manole, 2008. [2]CARVALHO, Silvana Denofre; CARVALHO, Silvana Denofre. O enfermeiro e o cuidar multidisciplinar na saúde da criança e do adolescente. São Paulo: Atheneu, 2012.

14464

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LÍGIA GROLLI DALMOLIN

ESCOLA DE EDUCAÇÃO INFANTIL: ESPAÇO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Dalmolin, LG; Fernandes, JK; Saraiva, JM; Ribeiro, NRR;

INTRODUÇÃO: A educação infantil, primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até seis anos, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social[1]. A Enfermagem, através do Projeto de Extensão "Cuidado à Criança em uma Escola de Educação Infantil", desenvolve atividades que auxiliam nessa primeira etapa do desenvolvimento através da supervisão, promoção e educação para a saúde. OBJETIVO: Discorrer sobre as ações de enfermagem numa Escola de Educação Infantil. METODOLOGIA: Relato de experiência descritivo das ações dos acadêmicos de enfermagem, numa Escola de Educação Infantil com 22 funcionários e aproximadamente 95 crianças. A equipe de enfermagem é composta por duas bolsistas de extensão e uma professora de enfermagem que faz a supervisão. ATIVIDADES: Realização do diagnóstico das condições de saúde por meio de observação, análise dos registros, entrevistas e exame físico; orientações para a saúde da criança, família e trabalhador; supervisão da cobertura vacinal das crianças e funcionários; medidas antropométricas; avaliação do desenvolvimento das crianças e encaminhamentos das crianças ou funcionários, ao serviço de saúde, quando necessário. CONSIDERAÇÕES: Estas ações qualificam o cuidado à saúde da criança, família e trabalhador, oportuniza aos acadêmicos o contato com a comunidade e aprimoramento dos conhecimentos adquiridos na academia e integra extensão, ensino, pesquisa. Escolas de Educação Infantil são espaços onde a enfermagem pode colaborar no cuidado e na promoção à saúde das crianças, famílias e trabalhadores. DESCRITORES: SAÚDE DA CRIANÇA; ENFERMAGEM PEDIÁTRICA; EDUCAÇÃO INFANTIL. REFERÊNCIAS: 1. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira. [acesso em: 29 jun 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm

13837

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LILIANE FARIA DA SILVA

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO USO DA MASSAGEM PARA ALÍVIO DE CÓLICAS E GASES EM RECÉM-NASCIDOS

Ramos, EMR; Silva, LFS; Cursino, EGC; Machado, MEDM;

Introdução: com ocorrência frequente e por múltiplas causas, a cólica é o maior motivo de as mães procurarem atendimento médico antes dos três meses de idade da criança. A cólica é uma síndrome na qual a criança demonstra sinais de irritabilidade, agitação ou choro, durante pelo menos três horas por dia, mais de três dias na semana por pelo menos três semanas. Quando mãe e bebê vão para casa, o recém-nascido ocasionalmente poderá apresentar cólicas e gases, já que estes ocorrem independente de sexo, idade ou peso ao nascer. Neste sentido, o enfermeiro pode intervir orientando a mãe e outros familiares quanto à identificação de sinais de dor e a intervenção com o uso de métodos alternativos para minimizar as cólicas. A utilização da massagem como alternativa inicial para alívio de cólicas e gases colabora de forma significativa para um consumo reduzido de medicações, já que tem potencial para solucionar o desconforto sofrido pelo bebê. Sendo assim, a presente pesquisa teve como objeto de estudo: o uso da técnica da massagem clássica pela mãe para o alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. Foram traçados os seguintes objetivos: identificar os métodos que as mães conhecem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos; orientar as mães quanto à técnica de massagem clássica para o alívio de gases e cólicas na pós-alta hospitalar; e analisar a possibilidades de aplicação da técnica de massagem clássica para alívio de cólicas e gases pelas mães. Método: trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Teve como cenário o alojamento conjunto de um Hospital Universitário localizado no Estado do Rio de Janeiro. Os sujeitos da pesquisa foram 10 mães que durante o período de coleta de dados encontravam-se internadas neste setor. A coleta de dados aconteceu em maio de 2013, e foi realizada através de entrevista semiestruturada. Destaca-se que a coleta de dados foi feita em três etapas: na primeira etapa foram utilizadas as seguintes perguntas da entrevista: quais os métodos que você conhece para alívio de cólicas e gases? Quais os métodos você utiliza para alívio da cólica e gases de seu bebê? Você já utilizou a massagem alguma vez? Após essas perguntas foi realizada uma demonstração da técnica de massagem clássica, com o auxílio de duas bonecas com o corpo de pano. Uma boneca ficava com a mãe e a outra com a pesquisadora. O passo a passo da massagem foi realizado juntamente com as mães e teve duração de oito minutos aproximadamente. Depois da demonstração da massagem, deu-se continuidade a entrevista com as seguintes questões: fale um pouco sobre essa técnica que eu demonstrei? Você acredita que é possível usar a massagem em casa? Como que o uso da massagem pode ajudar/aliviar os cólicas e gases do bebê em casa? Você acha que vai usar? Em que momento? As entrevistas foram transcritas e analisadas através da análise temática. Os resultados apontaram que oito mães conheciam algum método para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos, e duas falaram não conhecer nenhum método. Entre as mães que conheciam, a maioria (sete) citou o método farmacológico, como o uso medicações. Foi citada ainda pelas mães, a posição barriga com barriga, movimentação das pernas do recém-nascido (para simular as pedaladas da bicicleta), massagem na barriga, funchicórea e chás , como métodos que auxiliam no alívio das cólicas e gases. Na segunda etapa da entrevista, após a demonstração da massagem com as bonecas, foi pedida a opinião das mães acerca da técnica demonstrada e se elas achavam que poderiam utilizar no domicílio. Dentre as mães entrevistadas, a metade (5/10) avaliou o uso da massagem positivamente e afirmaram que utilizaria/utilizará em casa após a alta hospitalar, em sua rotina de cuidados domiciliares. Algumas já tiveram a experiência de usar com

outros filhos, mas o fizeram de forma diferente, uma delas disse que achou a técnica completa. Além disso, as mães acharam fácil de usar em casa, e vão procurar utilizar porque é uma forma de fazer carinho no bebê e reduzir o uso de medicamentos. Duas mães afirmaram que usariam a técnica em casa, mas uma disse que a utilização da técnica ocorreria juntamente com a medicação já conhecida por ela, e a outra mãe que seria uma alternativa, caso não tenha o remédio à disposição. Mesmo após a demonstração da técnica, duas mães mostraram-se inseguras para utilizar a técnica em casa. Elas temem fazer algo errado, pois acharam que a realização da técnica é difícil e afirmaram ainda que precisariam de mais tempo para treinar. Conclui-se que o conhecimento das mães acerca de métodos para alívio de cólica e gases foi diversificado. A utilização de medicamentos demonstrou a forte cultura quanto ao uso de métodos farmacológicos, por muitas vezes, sem a orientação adequada. Foi possível perceber que algumas mães já conheciam a massagem, mas nem sempre a utilizavam. Com a demonstração da técnica de massagem, constatou-se que as mães foram receptivas ao aprendizado da técnica, portanto é sugerido que exista um profissional capacitado a realizar orientações e guiar o aprendizado da mãe relativo à técnica de massagem. Neste sentido, como contribuição desde estudo para a Enfermagem fica a proposta de estímulo à utilização da técnica de massagem pelas mães, antes da utilização da medicação para alívio de cólicas e gases. A ação do enfermeiro na orientação acerca dessa prática poderá contribuir para a redução do uso indiscriminado de fármacos, e permitir às mães desenvolverem um toque acolhedor, resolutivo e acalentador tão necessário ao bebê em situações de dor, além de fortalecer o vínculo mãe/filho. O estímulo e orientação quanto ao uso desta técnica permitirá ainda disseminar boas práticas de cuidado ao recém-nascido entre as mães e suas famílias. Descritores: massagem, enfermagem pediátrica, recém-nascido. Referências Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(1): 319-325. Crescêncio EP, Zanelato S, Leventhal LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. Rev Eletr Enferm. 2009; 11(1): 64-9. Cruz CMV, Caromano FA. Características das técnicas de massagem para bebês. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2005; 16(1): 47-53. Maia SMS, SILVA LR. Saberes e práticas de mães ribeirinhas eo cuidado dos filhos recém-nascidos: contribuição para a enfermagem. Revista de Enfermagem Referência. 2012; 7: 131-138. Presbytero R, Costa MLV, Santos RCS. Os enfermeiros da Unidade Neonatal frente ao recém-nascido com dor. Rev. Rene. 2010; 11(1): 125-132.

13838

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LILIANE FARIA DA SILVA

A ENFERMAGEM FRENTE AOS DESAFIOS ENFRENTADOS PELA FAMÍLIA NA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA EM QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Sueiro, IMS; Silva, LFS;

Introdução: os desafios enfrentados pela família na alimentação da criança em quimioterapia antineoplásica foi o objeto de investigação desta pesquisa, com os objetivos de descrever os desafios enfrentados pela família na alimentação da criança em quimioterapia antineoplásica e discutir as possibilidades de atuação da enfermagem frente aos desafios enfrentados pela família na alimentação de crianças em quimioterapia antineoplásica. Método: pesquisa qualitativa descritiva exploratória. Realizada em ambulatório de um hospital público pediátrico da cidade do Rio de Janeiro. Participaram doze familiares de crianças em tratamento quimioterápico antineoplásico. Coleta de dados realizada em maio de 2013, por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram transcritas e analisadas através da análise temática. Os resultados evidenciaram que a maior parte dos familiares encontram dificuldades no enfrentamento dos efeitos adversos dos quimioterápicos, na adaptação à mudança alimentar e na alimentação durante a hospitalização. As estratégias usadas pelos familiares frente às dificuldades são: perguntar o que a criança deseja comer, deixar a comida mais interessante e atrativa, barganha e camuflagem de alimentos. As principais formas de atuação da enfermagem apontadas pelos familiares são: orientar a respeito da alimentação e elaborar um formulário de orientações destinado aos familiares. Conclui-se que existe dificuldade para os familiares relativa à alimentação da criança em quimioterapia antineoplásica e com isso nota-se a importância de orientações e cuidados de enfermagem visando minimizar os danos resultantes do processo de adoecimento e tratamento do câncer. Descritores: enfermagem pediátrica; quimioterapia; alimentação. Referências Silva LF, Cabral IE, Christoffel MM. As (im)possibilidades de brincar para o escolar com câncer em tratamento ambulatorial. Acta Paulista de Enfermagem. 2010; 23 (3): 334-340. Ferreira NMLA, Scarpa A, Silva DA. Quimioterapia Antineoplásica: uma relação complexa. Rev. Eletr. Enf. 2008; 10(4): 1026-34.

14350

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LINDSAY MENNA PEREIRA

LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA E UNIDADE BÁSICA TRADICIONAL

Frank, BRBF; Toso, BRGOT; Pereira, LMP; Viera, CSV; Ross, CR; Obregón, PLO;

INTRODUÇÃO: A atenção básica, porta de entrada do sistema de saúde, encontra referência na Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que assegura aos cidadãos acesso universal, de forma organizada, por meio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)(1). Esta é constituída de quatro atributos essenciais, sendo eles: a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação e três atributos derivados: centralização familiar, orientação comunitária e competência cultural. Nesse estudo, o foco foi a longitudinalidade, que tem por significado o acompanhamento dos usuários pela equipe de saúde, promovendo uma assistência continuada ao longo do tempo(1). A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário no cuidado à saúde da população. Princípios norteadores como acesso universal, acolhimento, responsabilização, assistência integral e resolutiva, equidade, dentre outros, que garantem acesso aos serviços de saúde e enfocam a integralidade do indivíduo e assistência, promovem a eficácia do cuidado em saúde dessa faixa etária. Acredita-se que, se as unidades de APS se comprometessem com esses princípios, poderíamos modificar o cenário de busca dos serviços de saúde, priorizando-as como porta de entrada da rede de atenção. OBJETIVO: Avaliar a efetividade da APS para crianças por meio da identificação do cumprimento do atributo longitudinalidade em unidade com e sem saúde da família. METODOLOGIA: Estudo avaliativo, de natureza quantitativa, com utilização do instrumento de coleta de dados PCATool - Brasil, versão criança(2) junto aos familiares. Obtiveram-se os dados nas unidades de saúde do município de Cascavel, PR, em momento de espera por atendimento. Foram aplicados instrumentos a 548 familiares cuidadores, definidos por amostragem probabilística. Os dados foram analisados mediante a distribuição das frequências e comparados com a literatura disponível acerca da temática em questão. Pesquisa aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. RESULTADOS/DISCUSSÃO: A avaliação da longitudinalidade nas unidades de saúde demonstrou que as crianças são atendidas, preferencialmente pelos enfermeiros na Unidade de Saúde da Família - USF (64,7%), e médicos na Unidade Básica de Saúde - UBS (45,4%). Há prevalência de atendimento pelo mesmo profissional (70,6% para USF, 68,2% para UBS), e este entende quais são as dúvidas consideradas pertinentes para o responsável (82,3 para USF, 88,6% para UBS). O retorno do paciente ao mesmo profissional de saúde permite o aumento da confiabilidade do usuário pelo profissional, melhoria da comunicação paciente-profissional e maior resolutividade, promovendo a redução de encaminhamentos para serviços de maior complexidade(3). Os responsáveis entendem o que o profissional explica sobre o plano de cuidados da criança (76,4% para USF, 95,4% para UBS), têm tempo suficiente (70,5% para USF, 88,6% para UBS) e sentem-se a vontade em expor suas preocupações e problemas ao profissional (64,5% para USF, 88,6% para UBS). O vínculo duradouro é sinônimo de uma relação terapêutica ao longo do tempo ou, ainda, de uma relação interpessoal contínua entre paciente-profissional, sendo caracterizada pela confiança e responsabilidade(4). Há uma quantidade significativa de profissionais da USF que reconhecem as crianças mais como problema de saúde (35,1% dos casos), do que como pessoa. Os baixos valores podem ser justificados devido à alta rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde pública, por questões como vínculo empregatício, valores salariais e condições de trabalho(5). Por outro lado estes mesmos profissionais obtêm maior afinidade com a história clínica dos pacientes (70,4% para ambos os serviços) e têm conhecimento das medicações que a criança toma (58,7% para USF, 54,5%

para UBS). Nesses casos, salienta-se o papel que a APS desempenha na coordenação e organização dos fluxos de assistência, em que se observa um sistema de referência e contrarreferência dos próprios profissionais dentro do estabelecimento mesmo tendo em vista à alta rotatividade, mantendo as informações a respeito do atendimento prestado juntamente ao sistema de informações referentes a cada usuário, ou seja, seu prontuário(5). Não foram observadas diferenças significativas dos usuários que mudariam de serviço de saúde para os que não mudariam na USF (29,4%), já na UBS a maioria dos cuidadores afirma que não mudaria de serviço (50% dos casos). Negativamente, para ambos os serviços, identificamos na presente pesquisa que os profissionais não conhecem bem a família da criança (58,7% para USF, 52,3% para UBS), seus problemas mais importantes (70,4% para USF, 47,7% para UBS), seu emprego (76,4% para USF, 65,9% para UBS), bem como não saberiam se a família tivesse problemas em pagar pelos medicamentos prescritos para a criança (82,3% para USF, 50,0% para UBS). Os baixos valores atribuídos indicam que, apesar da avaliação da longitudinalidade ter sido positiva, até então, podemos afirmar que as práticas de saúde voltadas ao conhecimento do contexto familiar em consonância com os princípios da APS ainda são frágeis e reforçam o modelo assistencial biomédico, principalmente na USF. CONCLUSÃO: Os dados podem subsidiar o desenvolvimento de políticas de saúde voltadas à população infantil que contribuam para o seguimento dos princípios da APS. Ainda se tem muito a produzir no propósito de avaliar os serviços de saúde no território nacional, inclusive para proporcionar comparações regionais entre os desempenhos da APS, tendo como propósito aperfeiçoar os atendimentos prestados em todo o país. Nessa direção, apontamos a necessidade de repensar o atendimento oferecido pelas Unidades de Saúde, priorizando o foco no estabelecimento dos atributos da APS em todas as direções, tornando-a, dessa forma, fonte segura de atendimento à saúde da criança e promovendo a melhoria dos serviços de saúde pública no município. Implicações para a enfermagem: O enfermeiro e sua equipe, como integrantes das equipes de saúde da família e/ou unidades básicas tradicionais, ao avaliar seus serviços e por meio dos resultados obtidos, podem repensar suas práticas de cuidado para a população sob sua responsabilidade, pois os resultados do estudo indicam ineficiência dos serviços de atenção primária ofertados para as crianças. REFERÊNCIAS: 1) Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS; 2002. 2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção básica. Manual do instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Saúde: Primary Care Assessment Tool. PCATool Brasil. Brasília: MS; 2010. 3) Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. Journal of General Internal Medicine. 2005; 20(3): 226-33. 4) Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(sup1):1029-42. 5) CUNHA CRH. Percepção da qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos médicos e enfermeiros: Comparação entre o Programa de Saúde da Família e o Modelo Tradicional. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre; 2006. DESCRITORES: Atenção Primária em Saúde; Saúde da Criança; Longitudinalidade. Eixo: Cuidado a Saúde da Criança.

13827

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LORI ANISIA MARTINS DE AQUINO

PERCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE A SITUAÇÃO DE ENGASGAMENTO DOS FILHOS

Moreira, VJS; Aquino, LAM;

Introdução: A aspiração de corpo estranho constitui uma urgência que exige condutas adequadas(1). O engasgamento é comum em crianças e pode levar ao óbito(2-3). Objetivo: Analisar a ocorrência de engasgo em crianças e a percepção das mães acerca do acidente. Metodologia: Trata-se de pesquisa quanti-qualitativa, descritiva do período 2001-2011, num hospital mineiro. A amostra compôs-se por 38 sujeitos, e 08 foram entrevistados. Resultados: Predominaram vitimas de 2-5 anos (52,63%); sexo masculino (73,68%); atendidas no pronto-socorro (97,37%); com internação menor que 24h (57,89%). Objetos pequenos provocaram os engasgos (75%); as mães presenciaram o acidente (87,5%); e não possuíam conhecimento prévio para o socorro (75%). Prevaleceram sentimentos de desespero (75%) e medo da morte do filho (62,5%). O acidente intensificou os cuidados com a criança (87,5%). Conclusão: É importante realizar atividades educativas para famílias e cuidadores de crianças, e alertar sobre os riscos aos quais estão expostas as crianças. Contribuições para Enfermagem: Este estudo pretende incentivar os profissionais a orientar a população sobre manobras de socorro adequadas às faixas etárias, para minimizar o risco de realizarem procedimentos inadequados. Descritores: Engasgo. Obstrução das vias respiratórias. Saúde da criança. Referencias: 1. Abder-Rahman HA. Engasgamento em bebês após busca às cegas com os dedos. J Pediatr (Rio J) [periódico on line]. 2009 [Acesso em: 22 set. 2011]; 85(3): 273-275. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300015. 2. Martins CBG, Andrade SM. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos: análise epidemiológica dos atendimentos em pronto socorro, internações e óbitos. Cad. Saúde Pública [periódico on line]. 2008 [Acesso em 20 set. 2011]; 24(9): 1983-1990. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/04.pdf. 3. Sampaio MJAQ, Amorim MLP, Pessôa ZFC. Acidentes comuns na infância e na adolescência. In: Figueira F, Pediatria: instituto materno infantil de Pernambuco. Rio de Janeiro: Medsi Guanabara Koogan; 2004. p. 1317-32.

14140

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LOUISE MUNIZ BARCELOS

ATENÇÃO E CUIDADOS DA ENFERMAGEM A FAMÍLIA E A CRIANÇA COM ESQUIZOFRENIA

Cáceres, KCM; Ketterman, KOK; Barcelos, LMB; Penteado, MP; Bittencourt, MOB; Salla, IS;

INTRODUÇÃO: A esquizofrenia é uma patologia que leva a distorções no pensamento, percepção e emoções, segundo a OMS. Na sua forma clássica (forma paranoide), estão presentes delírios e alucinações auditivas e visuais. Acomete cerca de 1% da população; normalmente, a idade de início está entre 15 e 30 anos de idade. O termo "esquizofrenia de início precoce" se refere à idade de início anterior a 17-18 anos, e a de início muito precoce consiste em início antes dos 13 anos de idade. A esquizofrenia com início na infância tem algumas particularidades quando comparada à de início na fase adulta. Quando iniciada antes dos 12 anos de idade, está fortemente associada a problemas de comportamento. Essas crianças têm sido descritas como socialmente desadaptadas, estranhas e isoladas, além de apresentarem distúrbios de comportamento e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Alguns diagnósticos em psiquiatria infantil não são muito precisos, uma vez que a criança é um ser em desenvolvimento; esses quadros só irão se configurar mais claramente na fase adulta. Alguns transtornos psiquiátricos, como esquizofrenia, revelam-se antes mesmo de suas primeiras manifestações mais evidentes, através de características do comportamento e do desenvolvimento já na infância ou adolescência. O reconhecimento das primeiras manifestações de condições que afetam o comportamento permitirá que, quando necessário, esses pacientes sejam encaminhados a diferentes profissionais para intervenções precoces que possam modificar o curso da enfermidade. A orientação dos pais a respeito do prognóstico em longo prazo resultará em expectativas mais adequadas em relação às capacidades da criança. Déficit de atenção, problemas na motricidade grosseira, na memória verbal, atraso na aquisição da marcha e tendência à brincadeira solitária têm sido apontados como possíveis indicadores de maior tendência à esquizofrenia. A presença de uma criança doente em uma família quase que inevitavelmente acaba levando a um desequilíbrio nas relações familiares, principalmente quando se trata de doença mental. Muitas vezes, um ser doente acaba mobilizando sentimentos variados, como culpa, raiva, medo, vergonha, fracasso, entre outros, os quais necessitam ser trabalhados. Em algumas situações, uma orientação familiar pode solucionar o problema. Entretanto, nas famílias onde as relações já eram conflituosas, o surgimento de uma criança doente somente favorece a rede de problemas já existente, e a criança não tem a possibilidade de mudanças, sendo necessário um processo de terapia de família com o objetivo de uma melhor compreensão e solução desses conflitos. No processo de desinstitucionalização, o contexto familiar é considerado espaço privilegiado para o cuidado e essencial no plano terapêutico de cada portador de transtorno mental, necessitando de eficiente reorganização dos serviços de saúde e preparo dos profissionais. Considerando essas transformações torna-se fundamental ampliar o cuidado para a família. OBJETIVO: Revisão sobre a atenção e cuidados prestados a criança e aos familiares por parte da equipe de enfermagem, visando o ajuste no contexto familiar, e consequentemente a melhora do paciente com relação a patologia psiquiátrica. METODOLOGIA: Abordou-se uma pesquisa descritiva bibliográfica. Foram selecionados artigos completos, disponíveis em suporte eletrônico, no idioma português. A busca ocorreu na base de dados online LILACS ao mesmo tempo em que foram efetivadas buscas em sites científicos e também em livros bibliográficos que discutem a temática em questão. A pesquisa realizada ocorreu no primeiro semestre de 2013. RESULTADOS: A esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, exigindo considerável investimento do sistema de saúde e causando grande sofrimento para o doente e sua família. Com a evolução da esquizofrenia, a convivência com a família e grupos sociais torna-

se impossível, fazendo com que o paciente fique excluído e sendo forçado pela família a procurar tratamento. O tratamento desses casos em nível de hospital/dia (HD) tem mostrado uma evolução mais favorável. De um modo geral, a criança permanece no HD cerca de duas a cinco vezes por semana, por meio período, onde é assistida por uma equipe multidisciplinar. A família também participa de algumas atividades, onde é realizado um trabalho de orientação sobre a doença e muitas vezes tenta-se abordar possíveis fatores dinâmicos que possam interferir no quadro. Considera-se que, quando ocorre o primeiro episódio da esquizofrenia, a vida familiar é interrompida e a sua trajetória de vida pode ser modificada. Quando ocorre o primeiro episódio, geralmente no final da adolescência ou início da vida adulta, a família vive uma situação de estresse que desorganiza todo o grupo. Os familiares relataram um grande impacto ao receberem o diagnóstico de esquizofrenia. Palavras como susto e choque foram usadas para descrever este impacto. A ideia do adoecimento do ente querido e de uma doença psiquiátrica, bem como o não conhecimento desta, geraram sentimentos intensos de desespero, culpa e medo em todos os familiares. A literatura nos mostra que a família, ao vivenciar o adoecimento de seu jovem, inicia um processo de arranjos e desarranjos, visando manter a integridade do grupo. Porém, eles apontam que este processo de mudança na família varia de acordo com a experiência familiar, o tempo de diagnóstico, o tempo de convívio com o doente, o conhecimento acerca da doença e o quadro clínico em que o doente se encontra. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Considerando que quando um membro da família adoece, ocorre grande desajuste em todo o contexto familiar. É papel fundamental da equipe de enfermagem além de atender as necessidades da criança com esquizofrenia, prestar esclarecimento e orientações aos familiares, bem como inseri-los no contexto terapêutico a fim de minimizar e controlar o avanço da doença. CONCLUSÃO: O reconhecimento do processo de ajustamento e a identificação das especificidades de cada fase vivenciada pela família pela enfermagem permite desenvolver uma nova proposta de assistência, que vise não apenas o cuidado ao doente, mas também à sua família. Identificar em qual momento cada família está inserida e elaborar um plano de cuidados específico, incluindo apoio contínuo e educativo desde o início do adoecimento pode minimizar o impacto do adoecimento na família. Colaborando para que o grupo familiar consiga proporcionar um ambiente de qualidade para seus membros e seu doente.É importante que os profissionais tenham a família como aliada no processo terapêutico, não se limitando apenas a cuidar dos prejuízos causados pela doença. Os profissionais da saúde podem assumir papel fundamental para auxiliar os familiares nessa convivência com a esquizofrenia, ajudando-os a se tornarem mais resilientes e a cuidar dos retornos e medicações necessárias para suporte da situação, o que pode ser facilitado a partir do conhecimento da história familiar. DESCRITORES: enfermagem pediátrica, esquizofrenia infantil, família.REFERÊNCIAS:1. Classificação de Transtorno Mental e de Comportamento da CID-10; Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas - Coord. Organização Mundial da Saúde. Trad. Dorgival Caetano - Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 83-107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300002 2. Giacon BCC, Galera SAF. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. RevEscEnferm USP 2006;40(2):286-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300003 3. Oliveira RMP, Loyola CM. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. Acta Sci Health Sci2004;26(1):213-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300003 4. Koga M, Furegato ARF. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. Ciênc Cuidado Saúde. 2002;1(1):69-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300013 5. Randemark NFR, Barros S. O modo de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano: representações das famílias. REME Rev Min Enferm. 2009;13(4):515-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300013

14541

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LOUISE MUNIZ BARCELOS

O CUIDADO HUMANIZADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM A CRIANÇA HOSPITALIZADA E SUA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Conrado, AC; Aita, BAA; Barcelos, LMB; Seixas, LS; Brill, NGLB; Rangel, RR;

INTRODUÇÃO: De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de cuidados paliativos está relacionada com a busca de uma melhor qualidade de vida do paciente e de seus familiares frente a uma situação de doença. Esses cuidados visam minimizar o sofrimento de qualquer natureza, por meio de avaliação minuciosa e tratamento da dor e de outros sintomas1. No que tange as crianças com doenças crônicas, esses cuidados devem ser prestados desde o diagnóstico, sendo aumentado de acordo com a progressão da patologia1. Nesse contexto, destacam-se os profissionais de enfermagem, pois esses precisam cuidar da criança e sua família, visando diminuir os sentimentos negativos que podem surgir no contexto hospitalar. Sabe-se que a equipe de enfermagem de uma unidade é a classe profissional que mais tempo passa em contato com os pacientes, não se limitando apenas aos procedimentos técnicos, e sim a todas as dimensões do cuidado. Nesse sentido, para que se possa prestar uma assistência adequada de enfermagem aos pacientes em final de vida, apenas a competência técnica de alto nível não é suficiente. É preciso que haja sensibilidade, e que a equipe de enfermagem seja capaz de se envolver de forma positiva com aqueles que sofrem, estejam abertos ao diálogo, respeitem a liberdade e reconheçam a dignidade do ser humano nas circunstâncias mais adversas[2]. Perante o adoecimento, e a condição da criança, a família insere-se no contexto hospitalar e na mesma condição sensível e sentimental da criança, e por vezes esquecem-se de si próprios[3]. Fica evidente para a equipe de enfermagem, que, quando o familiar passa tanto tempo no ambiente hospitalar, preocupado e estressado físico e emocionalmente também é merecedor de cuidados e atenção por parte dos profissionais da equipe4. OBJETIVO: Investigar na literatura a produção científica sobre a atuação da equipe de enfermagem no cuidado a criança e sua família no contexto hospitalar referente aos cuidados paliativos. METODOLOGIA: Abordou-se uma pesquisa descritiva bibliográfica. Foram selecionados artigos completos, disponíveis em suporte eletrônico, no idioma português. A busca ocorreu na base de dados online LILACS ao mesmo tempo em que foram efetivadas buscas em sites científicos e também em livros bibliográficos que discutem a temática em questão. A pesquisa foi realizada no primeiro semestre de 2013. RESULTADOS: A capacidade da equipe de enfermagem oportunizar que a família e a criança permaneçam o maior tempo possível juntos proporciona o envolvimento emocional e a formação de vínculo possibilitando uma relação de maior confiança entre criança, família e enfermeiro. O profissional percebe que, de certa forma, o tratamento juntamente com os cuidados e a devida atenção dispensada a criança e a família tornam-se mais eficazes e menos dolorosos. A busca pelo trabalho integrado entre a equipe no atendimento à família e a criança faz com que os profissionais visualizem que o cuidado torna-se mais amplo e eficaz podendo proporcionar dessa forma uma morte mais digna. Outro fator que torna-se papel importante dentro da unidade de cuidados paliativos é a questão da flexibilidade da equipe desenvolver e respeitar o contato mais próximo entre criança e família. Desta forma, configura-se esse contato no ambiente hospitalar importante para tentar amenizar os sentimentos das pessoas envolvidas no processo de perda e morte. Deve ser considerada e respeitada a autonomia do familiar no que diz respeito a execução de procedimentos e condutas, bem como posições e desejos sobre o tratamento da criança no cuidado paliativo. CONCLUSÃO: Considerando que muitas vezes há um conflito pessoal sobre resistir ou aceitar a morte de uma criança como um processo natural, configura-se então a necessidade de educação sobre temática morte e o processo de morrer. É Necessário

que haja uma reformulação dos currículos dos profissionais da saúde, pois, atualmente ainda é possível perceber a grande preocupação com os procedimentos técnicos e uma menor visão humanística, para que dessa forma, seja ampliada a discussão sobre o processo que vai desde os cuidados paliativos, até o envolvimento criança-equipe-família. Tornando dessa forma um profissional preparado, pois, o enfermeiro que atua em cuidados paliativos deve desempenhá-los a partir de uma visão ampliada, em que apesar do processo terapêutico dos cuidados paliativos, ocorra também um maior envolvimento, trazendo dessa forma benefícios para ambos. Avaliando a situação em questão é importante também que o profissional se sinta valorizado, percebendo que todas as formas terapêuticas no processo paliativo proporcionando uma morte digna a criança não foram em vão, caracterizando dessa forma um profissional satisfeito e que encontre sentido na profissão compreendendo melhor o processo de perda e estando assim preparado para novas situações. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: É necessário que haja conhecimento teórico sobre o assunto em questão para que o enfermeiro possa se sentir melhor preparado para trabalhar com a criança e a família no processo de morte, auxiliando-os no enfrentamento da difícil situação. O alívio ao sofrimento físico com o uso de estratégias farmacológicas a fim de cessar ou aliviar dores físicas tentando trazer dessa forma algum conforto para a criança, tendo assim uma morte digna, também é considerado um cuidado humanizado por parte da equipe. Esse cuidado humanizado se trata de um atendimento que aborda o ser como um todo, em seus variados aspectos e singularidades. Além disso, permitir e apoiar a relação entre paciente e família se configura como um aspecto fundamental, na medida em que valoriza o que é importante para a criança naquele momento. O entendimento a cerca do respaldo legal e de autonomia do profissional pode ser um aliado a promoção da morte digna para a criança. Sem esse conhecimento o enfermeiro vê-se diante de um dilema, entre aquilo que ele acredita ser a melhor conduta a seguir, e a resposta legal de seus atos. REFERENCIAS: 1. World Health Organization. WHO definition of palliative care. [Cited 2010 jul 18]. Disponível em:http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en. 2. Gargiulo CA, Melo MCSC. Salimena AMO, Bara VMF, Souza IEO. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. Texto Contexto Enferm. 2007;16(4):696-702. 3. Monteiro CFS, Veloso LUP, Sousa PCB, Morais SCRV. A vivência familiar diante do adoecimento e tratamento de crianças e adolescentes com leucemia linfóide aguda. Cogitare Enferm. 2008; 13(4):484-9. 4. Foster TL, Lafond DA, Reggio C, Hinds PS. Pediatric palliative care in childhood cancer nursing: from diagnosis to cure or end of life. Seminars in Oncology Nursing. 2010 Nov; 26(4): 205-21. DESCRITORES: Cuidados paliativos, enfermagem pediátrica, família.

14205

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUANA MACHADO SEIXAS

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS

Seixas, LUANA; Conrado, AMANDA; Salla, ISABELLA; Brill, NATALYA; Machado, KARINEDEFREITASCÁCERES; Aita, BIANCA;

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS. SEIXAS, Luana CONRADO, Amanda AITA, Bianca BRILL, Natalya SALLA, Isabela MACHADO, Karine de Freitas Cáceres (karinecaceresmachado@gmail.com) Enfermagem-Centro Universitário Franciscano-UNIFRA PALAVRAS - CHAVES: CRIANÇA; DIAGNÓSTICO; HIPERATIVIDADE, ENFERMAGEM; ESCOLA. INTRODUÇÃO: O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um dos mais comuns transtornos psiquiátricos infantis: ocorre em 3% a 7% das crianças em idade escolar, segundo o critério de classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais[1]. Problemas de saúde mental na infância podem prejudicar o desenvolvimento da criança e estão associados ao risco de transtornos psicossociais na vida adulta. O transtorno de déficit de atenção, hiperatividade (TDAH) é o distúrbio do neurodesenvolvimento mais comum na infância. Sua apresentação clínica compreende três categorias principais de sintomas - desatenção, impulsividade e hiperatividade2. Segundo a APA[3], os sintomas de desatenção, hiperatividade, impulsividade, manifestam-se em diferentes graus e, para serem classificados como TDAH, devem surgir antes dos 7 anos de idade, além de promoverem interferências no desenvolvimento e desempenho das funções social, acadêmica e ocupacional dos indivíduos, os prejuízos devem estar presentes em pelo menos dois contextos como, por exemplo, em casa e na escola. Professores frequentemente são os primeiros a sugerir que existe possível TDAH em crianças e adolescentes em idades escolares4. Ainda segundo a APA, o TDAH é mais frequente no sexo masculino e sua prevalência é estimada entre 3% a 5% em crianças de idade escolar. É necessário amplo conhecimento para realizar o diagnóstico diferencial e a identificação de sintomas, pois várias condições clínicas acentuam os sintomas de TDA/H. O reconhecimento precoce e correto é à base do sucesso terapêutico. Crianças geralmente apresentam relato pouco preciso acerca de seu comportamento, ao passo que adolescentes tendem a subestimar seus sintomas de TDAH. OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo ressaltar a importância do diagnóstico precoce de hiperatividade em crianças. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada no mês de julho de 2013, os dados foram buscados e encontrados nos banco de dados LILACS e BIREME, onde os achados foram selecionados minuciosamente em relação ao assunto estudado. DISCUSSÃO: O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade tem sido extensamente trabalhado do ponto de vista científico nessas duas últimas décadas. Aspecto genético, clínico, terapêutico via psicofarmacologia ou psicoterápicos, familiares, pedagógicos ou mesmo jurídicos têm sido propagados através de publicações em revistas e livros, assim como por cursos direcionados a todos profissionais da área da sáude. O diagnóstico de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes exige não somente que a criança seja examinada, mas também que seja realizada entrevista com os pais, além de obtenção de informações com a escola5. Os educadores por conviverem diariamente com crianças diferentes conseguem caracterizar alterações com precisão, no caso de alunos com o TDAH, podem notar o déficit cognitivo, transtornos de ansiedade, irritabilidade com os colegas, desestruturação em sala de aula, reforçando a importância de relato proveniente da escola para tal diagnóstico. Na busca de condições que podem contribuir para o surgimento ou a intensificação dos sintomas psiquiátricos mais comuns em crianças, têm sido encontrados fatores familiares comuns associados a vários transtornos6. Para os problemas internalizados, que compreendem os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade e

de conduta são fatores de risco como a discórdia conjugal severa, desvantagem socioeconômica, tamanho grande da família, criminalidade paterna e transtorno mental da mãe, também a presença de agressões verbais, físicas dos familiares sobre a criança, manifestada por atos como xingamentos, irritação da criança e destruição de objetos, é aspecto fundamental para a ocorrência de TDAH. Intervenções psicossociais devem ser direcionadas à família da criança, como orientações para lidarem com a criança com o transtorno em seu próprio ambiente e estar associadas ao uso de medicamentos nos casos recomendado. O componente genético e biológico do TDAH destaca-se na literatura na contribuição psicossocial do meio em que a criança se desenvolve. Os pais geralmente são questionados sobre a manifestação de sintomas de TDAH não apenas em casa, mas também no ambiente escolar. A obtenção de informações utilizando apenas pais ou professores modifica significativamente a prevalência de TDAH ,deste modo se afirma a importância da associação dos professores com os pais, já que as crianças possuem comportamentos distintos, de acordo ao ambiente em que estão inseridos. CONCLUSÃO: Conclui-se que através do diagnóstico precoce do transtorno de déficit de atenção, pode-se diminuir o amplo resultado de problemas frequentes que acometem pessoas hiperativas, como alterações de comportamentos, repetência ou até mesmo a desistência escolar, problemas emocionais, sociais, pode ser controlados e tratados. Portanto para que exista esta compreensão, é preciso melhorar a conscientização da população sobre o problema, para reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos portadores, familiares e ao conjunto envolvido. Frente a isto, a atribuição da enfermagem no tratamento de pacientes com hiperatividade é suficientemente extensa, cabendo ao enfermeiro realizar treinamentos para profissionais da saúde, mantendo-lhe atualizados para assim possibilitar o rápido acesso aos tratamentos adequados, desenvolver uma interpretação integral e individual de cada um para conduzir um bom diagnóstico, prescrição, harmonizando e também fazer o esclarecimento da doença para pais e professores, não só de pacientes portadores, mas sim para toda comunidade relacionada, a fim de que já possam fazer um prévio diagnóstico, ajudando assim para uma prática da equipe multiprofissional, para um progresso gratificante no quadro clínico dos portadores. REFERÊNCIAS 1. Nigg JT. What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why. New York: The Guilford Press; 2006. 2. Mercugliano M. O que é distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade? In Morgan AM (org). Distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade. Pediatr Clin N Am 1999;46:835-847. 3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association: Washington; 2000. 4. Sax K, Kautz K. Who first suggests the diagnosis of Attention-deficit/ hyperactivity disorder? Ann Fam Med. 2003;1:171-4. 5. Rohde LA, Biederman J, Knijnik MP, Ketzer C, Chachamovich E, Vieira GM, et al. Exploring different information sources for DSM-IV ADHD diagnoses in Brazilian adolescents. J Att Dis. 1999;3(2):91-6. 6. Mrazek P, Haggerty RJ, editors. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington (DC): National Academy Press; 1994.

14211

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANA BARBOSA PEREIRA

CONTRIBUIÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA PARA IDENTIFICAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA INFANTIL

Cardoso, CAF; Pereira, LB; Silva, V; Versiani, CC; Souto, DF; Silva, DM;

Introdução: No Brasil a Violência Infantil é expressiva e merece ser abordada como um dos eixos prioritários na formulação de políticas públicas. Na maioria dos casos, o agressor é alguém próximo à criança, ou de seu convívio, e a agressão ocorre no próprio lar1. Na perspectiva de uma atuação multiprofissional para o combate ao problema, a consulta de enfermagem - CE pode contribuir para a identificação precoce dos casos2. Objetivo: Descrever a contribuição da consulta de enfermagem na Atenção Básica para identificação de casos de violência infantil. Metodologia: Trata-se de uma revisão narrativa de literatura. Foram incluídos 32 artigos em português, das áreas de Enfermagem e Psicologia, disponibilizados, na íntegra, nas Bases de Dados da Biblioteca Virtual de Saúde. A seleção dos artigos partiu dos descritores: Consulta de Enfermagem and Violência Infantil, Maus-tratos em crianças. A análise dos dados pautou-se em leitura criteriosa das publicações e posterior organização por temas comuns. Resultados: A CE na Rede Básica pode servir de instrumento facilitador na identificação precoce dos casos de violência. Contudo, deve haver maior empenho e capacitação profissional para identificação de eventos que mereçam intervenção, resgatando-se o compromisso do enfermeiro com sua práxis. Conclusão: O estudo suscitou reflexões sobre a aplicação CE na Rede Básica e sobre a necessidade de seu aperfeiçoamento. Contribuições: O fenômeno violência precisa estar presente nas discussões das políticas públicas e na formação profissional. Palavras-Chave: Consulta de Enfermagem, Violência Infantil, Atenção Básica. Referências: BAZON MR. Maus-tratos na infância e adolescência: perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12:1110-2. NUNES CB, SARTI CA, OHARA CVS. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Rev. Latino-americana de Enfermagem 2008; 16(1):136-141.

14441

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANA MAGALHÃES BORGES

LINFANGIECTASIA INTESTINAL EM PEDIATRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Borges, LM; Acioli, A; Botelho, A;

Este estudo consiste em um relato de experiência de uma criança com linfangiectasia intestinal, R.R.Q. de 15 anos de idade, internada em uma enfermaria pediátrica de uma instituição pública do município do Rio de Janeiro, apresentando um quadro de Ascite , Dor lombar , Dispnéia e diarréia. A linfangiectasia intestinal é uma doença rara de etiologia desconhecida, que afeta os vasos linfáticos intestinais, podendo provocar ruptura com enteropatia exsudativa. A apresentação clínica é variável e os sintomas relacionam-se com a deficiência de proteínas, linfócitos, imunoglobulinas e má absorção de gorduras, vitaminas e cálcio. A partir dos sinais e sintomas evidenciados na prática foi elaborado um plano de cuidados baseado na taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) , Nursing Interventions Classification (NIC) , Nursing outcomes Classification (NOC) com objetivo de atender com maior eficiência as necessidades da criança hospitalizada portadora de linfangiectasia Intestinal contribuindo dessa maneira para discussões e reflexões para a prática de enfermagem . PALAVRAS CHAVE: Linfangiectasia intestinal; Enfermagem pediátrica; Planejamento da assistência ao paciente. E-MAIL AUTOR CORRESPONDENTE: lu.borges28@hotmail.com Bibliografia Figueiredo Margarida, Costa Emília, Coelho Elisabete, Lima Rosa, Pereira Fernando, Rocha Herculano. Linfangiectasia Intestinal Primária - Como causa de Enteropatia Exsudativa. J Port Gastrenterol. [periódico na Internet]. 2010 Jan [citado 2013 Ago 15]; 17(1):28-31. Disponível em :HTTP:// www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-817820100006&Ing=pt. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E . Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Bulechek, G, B.Howard, Dochterman J. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Rio de Janeiro: Elsevier, 2010 Nanda International. Diagnóstico de enfermagem de Nanda. Porto Alegre: Artmed, 2013.

14232

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANA PALACIO FERNANDES CABEÇA

DEMANDAS TÉCNICO-INSTRUMENTAIS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM TERAPIA INTENSIVA

Cabeça, LPF; Braga, LC; Sousa, FGM; Santos, DMA; Paiva, MVS; Sousa, RAG;

Introdução: o trabalho do enfermeiro intensivista é permeado por múltiplas demandas de atenção em virtude dos complexos processos de trabalho e da gravidade do estado clínico das crianças internadas em unidade de terapia intensiva. Esse ambiente é circundado de situações que exigem do enfermeiro competências técnicas e atitudinais para conduzir a assistência com agilidade e precisão. Baseada nessas assertivas foi construída a seguinte pergunta de pesquisa: que demandas de atenção emergem do processo de cuidar de crianças em Unidade de Terapia Intensiva? Objetivo: Identificar as demandas de atenção para o cuidado do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Metodologia: estudo exploratório, transversal prospectivo de abordagem qualitativa. O estudo foi baseado nas três etapas da Análise Temática: a primeira consistiu na leitura flutuante das entrevistas, seguida da organização do material e a formulação de hipóteses. A segunda etapa foi realizada a partir da exploração do material para alcançar o núcleo de compreensão do texto utilizando a codificação dos dados brutos, num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, chamados núcleos de sentido. Esta etapa foi seguida pela classificação e a agregação dos dados em categorias teóricas ou empíricas capazes de especificar os temas. Por último, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos, construção dos temas e interpretação. Participaram como sujeitos de pesquisa, 11 enfermeiros que desenvolvem atividades profissionais na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital da Grande São Luís por no mínimo seis meses. Os dados foram coletados por meio da entrevista não estruturada, em encontros individuais com os enfermeiros entre os meses de setembro de 2012 a fevereiro de 2013. A entrevista foi precedida por um primeiro contato com os sujeitos para explicar sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e realizar o convite para que os mesmos aceitassem participar. Nesse encontro foi assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias. Este estudo faz parte do projeto intitulado "Necessidades de familiares de pacientes internados e Demandas de Atenção do Enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva" desenvolvido pelo Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente - GEPSFCA do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. O projeto de pesquisa teve parecer favorável pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário sob o número 092/11. Os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados visando assegurar os direitos dos participantes no estudo. Resultados: do processo de análise um dos temas construído foi nomeado Demandas Técnico-Instrumental para o Cuidado composto por 148 núcleos de sentido e caracteriza, para os enfermeiros, o trabalho na Unidade de Terapia Intensiva como predominantemente tecnicista, ou seja, apoiado na realização de tarefas, procedimentos e atribuições. A dimensão técnica ou instrumental do serviço de enfermagem é caracterizada pelas ações físicas desempenhadas, relacionadas aos papéis que cumprem expectativas profissionais e sociais. Incluem processos de cuidar, permeados por saberes e fazeres, que são orientados e beneficiam diretamente ao cliente internado.1 Os procedimentos técnicos realizados pelos enfermeiros na UTI visam ao atendimento das necessidades humanas básicas das crianças internadas, principalmente as necessidades biológicas, como por exemplo, oxigenação, integridade cutâneo-mucosa e terapêutica. Segundo as falas dos enfermeiros, a realização de procedimentos, faz parte da sua rotina de trabalho, sendo motivo de satisfação profissional e encontro da identidade no ambiente de trabalho. Apesar de esses procedimentos constituírem parte da rotina de

trabalho, os enfermeiros necessitam de criterioso planejamento, pois algumas dessas ações demandam muito tempo e atenção do profissional. O planejamento envolve o desenvolvimento de estratégias, criadas para o atendimento adequado ao cliente ou para prevenir, minimizar ou corrigir reações não-saudáveis, identificadas pela enfermagem.2 Este planejamento consiste em estabelecer prioridades e alcançar metas, porém muitas vezes essas metas não podem ser alcançadas devido a duração de alguns procedimentos, fato que influencia na assistência geral a todos os pacientes internados. A exigência de tempo e atenção direcionada aos procedimentos, também pode ser motivo de insatisfação profissional devido a sobrecarga de trabalho que gera deficiência no cuidado integral à criança internada. A formação profissional do enfermeiro, tanto nas instituições de ensino superior quanto nas instituições hospitalares, ainda tende a valorizar o tecnicismo durante a assistência, na maioria das vezes, descuidando dos aspectos individuais e emocionais do cliente.3 Apesar de terem conhecimento e desejo em realizar uma assistência holística, os profissionais ainda se deixam dominar pelo modelo tecnicista na rotina de trabalho, não cuidando, na realidade, do cliente enquanto indivíduo e, assim, restringindo-se ao modelo biologicista centrado na doença. No entanto, a dimensão técnica e a expressiva do cuidar não se realizam como um ato isolado, mas requerem do enfermeiro preocupação, responsabilidade, sensibilidade, interação e vínculo com as crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva .1 Os procedimentos de enfermagem foram por um longo período a expressão máxima do saber da enfermagem, eles ainda hoje constituem um importante instrumento na ação de cuidar associada aos avanços tecnológicos, à produção do conhecimento científico e a um crescente desenvolvimento da preocupação com o ser humano e com a família, que constituem toda a atenção da equipe multidisciplinar, gerando demandas em torno das suas práticas de cuidado.4 Conclusão: os enfermeiros organizam o processo de trabalho e a gestão do cuidado a partir do estabelecimento de prioridades dirigidas para a rotina assistencial. Apreende-se desse processo que mesmo que a gestão do trabalho e do cuidado exijam outras formas de organização, ainda prevalecem aquelas centradas em procedimentos, isto é, nas demandas técnico-instrumentais. Essa condição é produtora de um trabalho parcelar e fragmentado com baixa produção nos registros de enfermagem. Sob essa perspectiva, prevalece um modelo predominantemente tecnicista. Assim, as demandas de atenção do enfermeiro em UTI Pediátrica parece revelar um processo de trabalho padronizado, priorizando a manutenção da ordem na unidade e o atendimento das necessidades biológicas das crianças ali internadas. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: ter capacidade técnica, científica e domínio no trabalho assistencial é condição imperativa em terapia intensiva, mas aliar à capacidade crítica e reflexiva parece preponderante. Palavras-chave: Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Cuidado de Enfermagem Referências: 1. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 abr-jun; 13 (2): 342-51. 2. Ciampone MHT. Melleiro MM, Silva MRB, Pereira I. Processo de planejamento na prática da enfermagem em um hospital de ensino. Rev Esc Enferm, USP. 1998; 32 (3): 273-80 3. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev Bras Enferm. 2005; 58(3): 261-5. 4. Ribeiro YC. As dimensões do cuidado da enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal do Paraná. Curitiba: Paraná, 2010.

14623

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIELE DE VASCONCELOS CORRÊA

O VIVER DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR COM CÂNCER NA UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Correa, LV; Motta, MGC;

O câncer é um problema de saúde pública mundial e seu tratamento é complexo e agressivo, mas quando atinge criança, o abalo é ainda maior, envolvendo toda a família, amigos e conhecidos. A maioria dessas crianças necessita de internação hospitalar para o diagnóstico e tratamento. A hospitalização é um mundo novo e desconhecido para a criança e família e acarreta muitas mudanças, situações de sofrimento e dor e redimensionamento do modo de viver para o enfrentamento da doença e do tratamento.O objetivo deste estudo é conhecer o modo de ser da criança em idade escolar com câncer hospitalizada em Unidade de Oncologia Pediátrica e as consequências para o seu viver e de sua família. Como método utilizou-se a revisão integrativa baseada em COOPER (1982). A amostra foi constituída por sete artigos científicos pesquisados na base de dados da BVS e SCIELO, os quais abrangeram a temática em questão. Os resultados demonstraram que a maioria dos autores são enfermeiros com titulação de mestre. O ano com maior publicação de artigos foi 2009. Quanto ao delineamento metodológico verificou-se que a maioria, seis estudos, apresentou abordagem qualitativa. Constatou-se que o câncer infantil provoca alterações importantes no vivido da criança e na estrutura familiar, além de ser uma doença associada à ideia de morte. Destaca-se a importância da equipe de Enfermagem estar preparada para acolher a criança e sua família, minimizando o estresse da doença e do tratamento, buscando proporcionar uma hospitalização menos traumática. Este estudo mostrou que as produções que abordam o modo de ser da criança com câncer, ainda são escassas, sendo assim destaca-se a relevância da produção de pesquisas em que os participantes sejam constituídos pelas crianças. Portanto, sugere-se o desenvolvimento de estudos nessa área.

14037

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCILA CASTANHEIRA NASCIMENTO

O ALÍVIO DA DOR ONCOLÓGICA: ESTRATÉGIAS CONTADAS PELAS CRIANÇAS COM CÂNCER

Nascimento, LC; Rocha, AFP; Sposito, AMP; Bortoli, PS; Lima, RAG;

Introdução: Tendo em vista o impacto negativo da dor na qualidade de vida do paciente oncológico, identificar e estimular o uso de estratégias eficazes para minimizar essas sensações dolorosas é de grande relevância para o cuidado. Objetivo: Identificar experiências dolorosas de crianças e adolescentes em tratamento oncológico e conhecer as estratégias utilizadas para alívio da dor. Método: Estudo exploratório, com análise qualitativa dos dados, realizado em um hospital universitário, com crianças e adolescentes entre sete e 18 anos. Recebeu aprovação de um comitê de ética. Como técnica para coleta de dados, utilizou-se entrevistas semiestruturadas, as quais foram submetidas ao processo de análise de conteúdo. Resultados: Participaram 11 crianças e adolescentes com câncer, os quais relataram experiências dolorosas agudas, recorrentes e crônicas; físicas e emocionais. Para o alívio dessas dores, descreveram estratégias farmacológicas e não farmacológicas, tais como: distração; presença de familiares; posicionamento no leito; colaboração para realizar procedimentos e manutenção de pensamento positivo. Conclusão: É essencial que os profissionais de saúde conheçam as evidências disponíveis para o alívio da dor e desenvolvam habilidades para articular esse conhecimento à sua experiência profissional e às estratégias dos próprios pacientes. Implicações para a enfermagem: As crianças e adolescentes são as melhores fontes de informação sobre sua dor e, consequentemente, sobre as estratégias, para o seu alívio. É importante que profissionais da saúde conheçam e estimulem as práticas não farmacológicas, bem como desenvolvam habilidades para articular e compartilhar seus próprios conhecimentos com os de seus pacientes e cuidadores. Referências: Cicogna EC, Nascimento LC, Lima RAG. Children and adolescents with cancer: experiences with chemotherapy. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010 Set-Out; 18(5):869-72. Wang XS, Tang JY, Zhao M, Guo H, Mendoza T, Cleeland CS. Pediatric cancer pain management practices and attitudes in China. J Pain Symptom Manage. 2003 Aug; 26(2):748-59. Descritores: Criança. Adolescente. Neoplasias. Dor. Enfermagem pediátrica.

13720

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCINEIA FERRAZ

A UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS LÚDICO-EDUCATIVAS NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Ferraz, L; Zanata, EA; Alberton, J; Silva, PRR; Scaratti, M; Brum, MLB;

Introdução: A educação em saúde pode ser entendida como um recurso que permite ao indivíduo ampliar seus conhecimentos sobre sua própria saúde e, com isso tomar decisões quanto ao seu modo de viver, seus hábitos, costumes e, consequentemente ter oportunidade de melhorar sua qualidade de vida por meio do seu envolvimento nas decisões relacionadas à sua saúde[1]. A educação em saúde não deve ser entendida como uma maneira de ensinar as pessoas a mudarem seu comportamento, mas sim como uma forma de ajudá-las a compreender os problemas e buscar soluções, promovendo um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender[2]. Essa quando direcionada a criança e ao adolescente implica em criar estratégias que viabilizem atender as necessidades dessa população, pois está ancorada na escuta, na compreensão, no acolhimento, no diálogo e principalmente na troca e na formação de vínculos. Com essa compreensão, entende-se que os primeiros anos de vida do ser humano sugerem variadas formas de aprendizagem que posteriormente servirão de base para o desenvolvimento cognitivo da criança e, brincar é a forma natural da mesma aprender, expressar seu modo de viver e entender a vida. As atividades lúdicas, portanto são consideradas como mediadoras do processo ensino aprendizagem, pois contemplam os critérios importantes para o aprender, tendo em vista que se trata de estratégias que buscam chamar a atenção para um determinado assunto intencional com vistas à reciprocidade, sendo que o seu significado pode ser discutido entre todos os participantes e o conhecimento gerado a partir da atividade lúdica pode ser transportado para o campo da realidade, caracterizando a transcendência[3]. Desse modo, o uso de atividades lúdicas para abordar temáticas relacionadas à saúde e ao cuidado de enfermagem com crianças e adolescentes tais como peças teatrais, brincadeiras, jogos, dinâmicas, danças, músicas, contações de estórias, entre outras, faz com que estes sintam-se mais dispostos a expor e verbalizar sua posição frente à determinada situação, permitindo ao profissional estabelecer métodos capazes de modificar o que há de negativo e auxiliá-los a lidar com suas dificuldades. Objetivos: Realizar ações de educação em saúde por meio da utilização de técnicas lúdico-educativas, visando discutir assuntos relacionados a saúde com o intuito de prevenir a doença e promover a saúde das crianças e adolescentes por meio da diversão. Possibilitar às crianças e adolescentes momentos de lazer e aprendizagem em saúde. Discutir com crianças e adolescentes, por meio de brincadeiras, ações de cuidado à saúde. Metodologia: Primeiramente foi realizado um contato com a Secretaria Estadual de Educação de Chapecó para explanação do projeto bem como sua aprovação, cuja mesma indicou uma escola por esta estar situada em uma área de vulnerabilidade social com alto índice de violência. Ao contatar com os coordenadores da escola escolhida, foi solicitado o tema violência para ser trabalhado com crianças e adolescentes das turmas de terceiro a oitavo ano, por se tratar de um tema pertinente a esta população. Com as crianças das turmas de terceiro e quarta ano, foram utilizados teatros de fantoches e dramatização. Nas demais turmas foram projetadas imagens com situações de violência, proporcionando discussões e reflexões. Na sequencia foram selecionados musicas e mensagens para discutir elementos que possam auxiliar na construção de uma cultura de paz. Após cada atividade lúdico-educativa era realizada uma avaliação com a turma e ao final de todas as atividades desenvolvidas com a direção da escola. Resultados: Após a realização das atividades lúdico-educativas na escola selecionada, observou-se que as crianças e adolescentes por meios de depoimentos e manifestações levam a perceber

que convivem com situações de violência nas suas diferentes naturezas: física, sexual, psicológica e negligencia, principalmente no âmbito familiar e comunitário. Percebe-se nas entrelinhas das falas das crianças e adolescentes, que os pais são negligentes no cuidado com as necessitadas básicas de seus cotidianos como: alimentação, vestuário e ambiente acolhedor. Alguns relataram que em casa possuíam liberdade para acessar programas de televisão e filmes pornográficos, caracterizando descaso dos pais e fortalecendo de certa forma a violência mascarada no meio familiar. Com relação ao bairro, identificou-se que a violência não está restrita a agressões físicas, mas sim a diferentes comportamentos que prejudicam sua qualidade de vida assim como: restrição para circular com liberdade pelo bairro, prostituição e aliciamento infanto-juvenil e bullying. Conclusão: As atividades lúdicas despertam a atenção, o interesse, a criatividade, e a emoção, possibilitando uma melhor apreensão da temática a ser trabalhada. Essas atividades permitem ainda a interação e a socialização das crianças e adolescentes entre si e os mediadores da atividade no que diz respeito ao cuidado de enfermagem com os mesmos, possibilitando assim a troca de saberes e, com isso, a (re) construção de conhecimentos. Dessa forma, o lúdico permite abordar temáticas complexas e polêmicas como a violência, de forma aberta e instigante. Através de técnicas lúdicas, as atividades realizadas na escola proporcionaram debates e discussões muito produtivas a respeito das temáticas violência, sexualidade, alimentação, saúde, entre outras. Ainda vendo o lúdico como uma estratégia para efetivar e/ou favorecer a educação em saúde, conclui-se que o mesmo abre mais uma frente de trabalho para a realização de atividades teóricas-práticas e consequentemente auxilia a universidade cumprir com a missão de produzir, sistematizar, socializar e aplicar o conhecimento nos diversos campos de saber. Implicações para a Enfermagem: O profissional enfermeiro tem um papel fundamental na educação em saúde, de proporcionar ao indivíduo oportunidades de expressar seus pensamentos, valorizando-o e dando subsídios para que ele possa fazer escolhas saudáveis na busca por uma melhor qualidade de vida juntamente com as práticas lúdico-pedagógicas em que o professor e o enfermeiro interagem de forma integral no processo deste ensino. Descritores: Adolescente. Criança. Educação em Saúde. Referências: 1 OLIVEIRA, D.L.A ?nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Revista Latino Americana de Enfermagem. 13 (3): 423-31, mai/jun 2005. 2 VASCONCELOS, E.M. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. 3. COSCRATO G.; PINA J.C, MELLO D.F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. Acta Paul Enferm 2010;23(2):257-63.

14311

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCYANA CONCEIÇÃO LEMES JUSTINO

A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Justino, LCL; Justino, RCP; Nunes, CB; Gerk, MAS; Fonseca, SSO;

A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA A Estratégia de Saúde da Família (ESF) propõe um trabalho coletivo em saúde, com a elaboração de diagnósticos das necessidades de saúde, prescrição e prestação de cuidados de enfermagem resolutivos e qualificados a grupos específicos, como as crianças1. A consulta de enfermagem, além de ser percebida pela mãe como um atendimento atencioso e diferenciado, com possibilidades de aprendizado, é também um modo de promover o desenvolvimento das habilidades de seu filho, permitindo o crescimento pessoal da criança em seu contexto familiar2. Neste sentido, a consulta de enfermagem pediátrica é uma atividade essencial de acompanhamento da criança saudável, pois tem a finalidade de promover a saúde por meio de diagnóstico e tratamento precoces, de maneira sistematizada3. Diante da dimensão desta temática, objetivou-se elaborar os diagnósticos de enfermagem para as crianças atendidas na consulta de enfermagem em uma Estratégia Saúde da Família. Para tanto, realizou-se uma pesquisa descritiva de abordagem exploratória. Os dados foram coletados em agosto de 2012, nos prontuários das consultas de enfermagem realizadas com crianças de 0 a 24 meses, do período de fevereiro a agosto de 2012, da área de abrangência de uma equipe de ESF do interior do estado de Mato Grosso do Sul. Esta pesquisa teve a aprovação da secretaria municipal de saúde do município pesquisado. Evidenciou-se que foram atendidas 35 crianças no período selecionado e identificados 14 diagnósticos de enfermagem segundo NANDA, que foram: 97% (n=34) tiveram disposição para o estado de imunização melhorado, caracterizado pela mãe expressar desejo de reforçar a condição de imunização da criança. Dentre as crianças até o sexto mês de vida, 87,5% (n=14) apresentaram amamentação eficaz, caracterizado por a mãe ser capaz de posicionar a criança no peito, padrão de peso da criança apropriado para a idade e verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação, relacionado à confiança materna, conhecimento básico de amamentação e fontes de apoio; e, 12,5% (n=2) amamentação ineficaz, caracterizado por descontinuidade de sucção na mama, oportunidade insuficiente de sugar o seio, processo de amamentação insatisfatório, relacionado à ansiedade materna, criança recebe suplementação alimentar por mamadeira e interrupção da amamentação. Quanto à alimentação, 20% (n=7) tinham nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, caracterizado por informações incorretas, ideias erradas da mãe, relato de ingestão inadequadas de alimentos menor que a porção diária recomendada, relacionado a fatores econômicos e sociais; e 8,5% (n=3) risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, por disfunção dos padrões alimentares. Risco de contaminação em 17% (n=6) por uso de contaminantes ambientais em casa (produtos químicos para confecção de próteses dentárias - pai protético) e casa encarpetada; por viver na pobreza (aumento potencial para múltiplas exposições, falta de acesso aos cuidados de saúde e dieta insatisfatória); e, por contaminantes ambientais em casa (fumaça de cigarros). Risco de infecção em 8,5% (n=3) por apresentar defesas primárias inadequadas devido a úlceras orais; pele rompida; e, má higienização corporal. Em 5,7% (n=2) apresentaram peso adequado, porém risco de crescimento desproporcional, por pobreza e nutrição materna inadequada. Nos diagnósticos a seguir foram encontrados em apenas 2,8% (n=1) cada: mucosa oral prejudicada, caracterizado por dificuldades para comer, úlceras orais e dor oral, relacionado a comprometimento imunológico e diminuição da salivação; integridade da pele prejudicada, caracterizado por rompimento da superfície da pele, relacionado

a prurido; maternidade prejudicada, caracterizada por transtornos de comportamento na criança, relacionado ao conhecimento deficiente sobre a manutenção da saúde da criança e por deficiência mental da mãe; risco de síndrome de morte súbita no bebê, por prematuridade e sífilis congênita; e, desobstrução ineficaz de vias aéreas, caracterizado por tosse ausente, mudança no ritmo respiratório e ruídos adventícios respiratórios, relacionados com muco excessivo e secreções retidas. Após o levantamento dos diagnósticos de enfermagem pediátrica, pode-se perceber que esta prática estimula impulsiona aos enfermeiros a, continuamente, examinarem as suas ações a fim de elaborarem propostas de atenção à criança e família. Além disso, permite o uso seguro do raciocínio clínico, permitindo que os diagnósticos se apresentam como instrumento qualificador da assistência3. A consulta de enfermagem na ESF, aliada à visita domiciliar permite a prevenção da doença, a promoção da saúde e ações de cura e reabilitação da saúde do indivíduo4, de forma sistematizada e, realização de intervenções que permeiam o processo de saúde-doença2. O momento da consulta de enfermagem deve ser caracterizado pela atenção à criança de forma integral, abordando seu crescimento físico, desenvolvimento biopsicossocial e espiritual em seu contexto familiar. Essa prática possibilita a atenção à população infantil em suas necessidades e contempla os princípios da integralidade, equidade, e universalidade das ações de saúde, favorecendo a qualidade da assistência que é de direito da criança e sua família. À medida que o enfermeiro executa suas tarefas diárias de acompanhamento da saúde da criança em qualquer nível de atenção à saúde, ele tenta identificar respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais, caracterizando o diagnóstico de enfermagem mediante a situação clínica de saúde apresentada. A seguir, então, propõe intervenções descritas em atividades de cuidados específicos à criança. É importante que os enfermeiros que prestam assistência às crianças nos diversos cenários de atendimentos possam direcionar suas intervenções por meio de elaboração de diagnósticos precisos, para que a assistência de enfermagem possa ser o mais eficaz possível. Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Processos de enfermagem; Enfermagem pediátrica. REFERÊNCIAS 1. Lima GGT, Silva MFOC, Costa TNA, Neves AFGB, Dantas RA, Lima ARSO. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. Rev. RENE. 2009;10(3):117-24. 2. Gomes RM, Nunes CB. Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem pediátrica. Ensaios e C. 2006;10(1):223-37. 3. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saparolli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(3):566-74. 4. Nóbrega RV, Nóbrega MML, Silva KL. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. Rev Bras Enferm. 2011;64(3):501-10. 5. Silva MM, Rocha L, Silva SO. Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(1):141-4.

14644

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUÍS CARLOS LOPES JÚNIOR

TERAPIAS COMPLEMENTARES UTILIZADAS PARA MANEJO DE FADIGA RELACIONADA AO CÂNCER E ESTRESSE PSICOLÓGICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ONCOLÓGICOS

Lopes-Júnior, LCLJ; Bisson, GSB; Lima, RAGL;

Introdução: A fadiga relacionada ao câncer (FRC) tem sido descrita como o sintoma mais prevalente em pacientes oncológicos, ocorrendo em 75% a 95% dos casos, com maior nível de fadiga experimentado por aqueles submetidos a tratamentos quimioterápico e radioterápico. O National Comprehensive Cancer Network define FRC como um sintoma persistente, um senso subjetivo de cansaço físico, emocional e cognitivo ou exaustão relacionada ao câncer ou ao seu tratamento que não seja proporcional à atividade realizada recentemente a qual poderia interferir com a capacidade funcional usual do paciente. Apresentando-se com frequência e magnitude variável, de acordo com o curso da doença, a FCR tem um impacto adverso significativo sobre a capacidade funcional e psicossocial, reduzindo a qualidade de vida do paciente com câncer. A patogênese da FRC não está completamente descrita e uma variedade de mecanismos pode contribuir para seu desenvolvimento. Alguns mecanismos têm sido investigados em adultos com câncer a fim de explicar a relação desta doença com o sintoma. Dentre estes mecanismos, destacam-se: a desregulação dos níveis de citocinas pró-inflamatórias e anti-inflamatórias; a atividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal; a ação do sistema de monoaminas; a desregulação do ritmo circadiano e alterações nos níveis de adenosina trifosfato e metabolismo energético muscular. Um primeiro passo importante no manejo da FRC é a identificação e o tratamento de comorbidades associadas, como por exemplo: o estresse psicológico, a dor, a insônia entre outras. O estresse psicológico é uma construção de sentido relacionado a situações que causem dano, ou perda ou ameacem o bem estar do sujeito, ou ainda, a situações que signifiquem desafio. A experiência desse estresse é particular e seus significantes variam de indivíduo a indivíduo, a depender da subjetividade e da interação do sujeito com o entorno. O estresse psicológico pode influenciar negativamente múltiplas vias biológicas da carcinogênese, além de exercer sua influência sobre o sistema imune por meio das vias neuroendócrinas e comportamentais durante o processo de hospitalização. Mesmo com o tratamento clínico destas condições ainda não é suficiente para aliviar a FRC e o estresse psicológico em uma proporção significativa de crianças e adolescentes com câncer. Para estes indivíduos, podem ser necessárias intervenções como as Terapias Complementares (TCs) que consistem em práticas de prevenção, tratamento e de cuidado à saúde não consideradas parte da medicina convencional, as quais buscam integrar as dimensões física, mental e espiritual dos indivíduos. As TCs têm, portanto, um objetivo distinto da prática médica tradicional utilizada pela medicina ocidental, na qual a cura da doença deve ocorrer por meio da intervenção direta no órgão doente. A literatura tem apresentado um conjunto crescente de evidências científicas a qual sustenta o uso de TCs para o manejo da FRC e estresse psicológico e bem como tem demonstrado benefícios terapêuticos que levam à melhora da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes. Objetivo: Identificar e analisar na literatura científica evidências oriundas de estudos acerca da utilização das TCs como recurso terapêutico para o manejo da FRC e estresse psicológico em crianças e adolescentes com câncer. Método: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, tendo como referência a Prática Baseada em Evidências. Foram utilizadas oito bases de dados eletrônicas: PubMed, Web of Science, CINAHL, LILACS, EMBASE, SCOPUS, PsycINFO e Biblioteca Cochrane. Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra; disponíveis e indexados nas bases acima citadas; estudos com seres humanos cuja população incluísse crianças e/ou adolescentes com câncer; estudos em inglês, espanhol ou português e publicados nos últimos 14 anos (2000-2013). Foram excluídos

os estudos provenientes de pesquisas em animais e publicações como revisão de literatura, modalidade narrativa; dissertações; teses; editoriais e diretrizes clínicas. Para a localização dos artigos foram cruzados os descritores controlados e não controlados (palavras-chave) selecionados com base nos vocabulários MeSH, DeCS, CINAHL Headings, EMTREE, quais sejam: fadiga, câncer/neoplasia, estresse psicológico, criança, adolescente, infância, câncer infantil, terapias complementares e medicina alternativa. A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a junho de 2013. O levantamento foi realizado utilizando ferramentas de busca avançada em todas as bases de dados, com descritores cruzados e combinados, utilizando-se os operadores booleanos. Para a organização e gerenciamento das referências nas bases de dados eletrônicas utilizou-se a tecnologia bibliográfica do EndNote, onde foi armazenada toda busca qualificada. Foram encontrados inicialmente 208 artigos e após sobreposição das bases de dados e posterior exclusão dos artigos duplicados pelo gerenciador EndNote, foram pré-selecionados 156 estudos. Posteriormente realizou-se a leitura dos títulos e dos resumos desses 156 artigos e, pelos critérios de inclusão na leitura destes resumos, foram identificados 27 artigos. Em seguida, procedeu-se com a leitura na íntegra desses 27 artigos e considerando, mais uma vez, os critérios de inclusão obtivemos 10 artigos os quais compuseram a amostra final dessa revisão integrativa e seguiram para fase de leitura exaustiva. Nesta última fase procedeu-se com o preenchimento do instrumento de coleta específico. Resultados: A maioria dos estudos incluiu as TCs como, por exemplo, promoção do sono, exercícios, educação e instrução, hipnose, distração, relaxamento, suporte psicossocial, terapia nutricional, fato este que corrobora com as diretrizes e recomendações do National Comprehensive Cancer Network para manejo desses sintomas oncológicos. Efeitos positivos e significativos foram encontrados principalmente em estudos que utilizaram a promoção de exercícios físicos como intervenção. Conclusão: Dada à natureza multifatorial da FRC, a literatura científica sugere que talvez seja mais eficaz, uma combinação dessas TCs, porém, até agora, tal abordagem durante o tratamento do câncer infanto-juvenil ainda não foi testada. Os resultados evidenciaram escassez de estudos com crianças e adolescentes com câncer. É mantida a necessidade de novas investigações dada às lacunas que ainda persistem sobre o tema. Implicações para a enfermagem: O estudo traz à tona a prática baseada em evidências para o cuidar em saúde, onde o profissional enfermeiro respaldado no estado atual da arte sobre determinado tema, neste caso, sobre a utilização das Terapias Complementares, pode reunir as evidências científicas mais fortes e aplicar no cenário de prática profissional como potente estratégia do cuidado. Além de promover saúde e melhorar a qualidade de vida durante o tratamento do câncer infanto-juvenil, a prática baseada em evidências confere ao enfermeiro maior autonomia e cientificidade ao cuidado de enfermagem. Descritores: Fadiga, câncer, criança, adolescente, terapias complementares. Referências Mustian KM, Morrow GR, Carroll JK, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Williams GC. Integrative nonpharmacologic behavioral interventions for the management of cancer-related fatigue. Oncologist. 2007;12 Suppl 1:52-67. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical practice guidelines in oncology: Cancer-related fatigue, v1. 2006. Available at: http://www.nccn.org/professionals/physician_glf/PDF/fatigue.pdf. Accessed October 2006. De Nijs EJ, Ros W, Grijpdonck MH. Nursing intervention for fatigue during the treatment for cancer. Cancer Nurs. 2008 May-Jun;31(3):191-206. Linder LA. Developmental diversity in symptom research involving children and adolescents with cancer. J Pediatr Nurs. 2008 Aug;23(4):296-309. Yeh CH, Man Wai JP, Lin US, Chiang YC.A pilot study to examine the feasibility and effects of a home-based aerobic program on reducing fatigue in children with acute lymphoblastic leukemia. Cancer Nurs. 2011 Jan-Feb;34(1):3-12.

14621

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE

O BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO PREPARO DA CRIANÇA PARA CIRURGIA DE HIPOSPÁDIA

Patrícia Fernandes do Prado, PFP; Ana Augusta Maciel de Souza, AAMS; Maisa Tavares de Souza Leite, MTSL; Matheus Mendes Pereira, MMP; Tainara Rayane Caldeira Lopes, TRCL; Ana Carolina Costa, ACC;

Introdução: A hospitalização remete efeitos negativos em crianças que necessitam ser submetidas a procedimentos cirúrgicos geralmente invasivos e dolorosos. O Brinquedo Terapêutico é um recurso lúdico utilizado na assistência de enfermagem para que esses efeitos possam ser minimizados. Objetivo: compreender o comportamento de crianças submetidas à cirurgia de hipospádia preparadas por meio do brinquedo terapêutico. Metodologia:trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida na pediatria de um Hospital Universitário. Os participantes do estudo foram crianças submetidas à cirurgia eletiva de hipospádia e em condições clínicas para brincar. A coleta de dados foi desenvolvida em duas fases, o estudo obteve a aprovação pelo Comitê de Ética da Unimontes sob o nº 2885/2011. A primeira fase no pré-operatório foi realizada na escola hospitalar da instituição pela enfermeira pesquisadora por meio de uma observação sistemática e participativa, associada a uma entrevista intermediada pelo brinquedo, enquanto a criança aguardava o procedimento cirúrgico em jejum, acompanhada de seus pais e ou cuidador. Nesse momento, conta-se a criança a estória "A operação de Lili", de Rubem Alves, e após a leitura desta estória faz-se à criança a seguinte pergunta norteadora: "Vamos brincar de uma criança que vai operar"? A segunda fase, já no pós-operatório, é realizada no leito da criança na unidade de internação pediátrica. Nessa etapa, é aplicado o Brinquedo terapêutico com o objetivo de preparar a criança para retirada do curativo e da sonda vesical. Os discursos das crianças foram registrados por meio de um gravador durante a sessão de brinquedo terapêutico e depois transcritos na íntegra. Os dados foram analisados com fundamentação na análise do conteúdo. Resultados: evidenciaram-se os benefícios para as crianças demonstrando o seu comportamento frente aos procedimentos. Verificou-se ainda o brinquedo como um recurso essencial à assistência de enfermagem a criança, permitindo a construção de um cuidado humanizado.

14170

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MANUELA CAROLINE DA SILVA

FAMILIAR/CUIDADOR DA CRIANÇA/ADOLESCENTE COM HIV/AIDS: VIVÊNCIAS DE PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO

Silva, MC; Motta, MGC; Issi, HB; Ribeiro, AC; Sengik, SAMBS; Poletto, PMB;

Introdução: O tratamento farmacológico da epidemia do HIV/aids tem apresentado inúmeros avanços tecnológicos com o decorrer dos anos, porém questões sociais que desencadeiam estigmas ainda estão presentes na vida das pessoas que convivem com o HIV/aids. Com isso, elas vivenciam em seu cotidiano situações angustiantes como o medo do preconceito e discriminação, o desconforto pela exposição da história familiar e o receio da exclusão social. Percebe-se que há uma ampliação do conhecimento acerca da doença, porém as pessoas infectadas ainda vivenciam o preconceito, caracterizados por julgamentos que resultam em um enfrentamento desgastante e difícil. Para tanto, é necessário mais do que campanhas e divulgações, é fundamental que as pessoas tenham sensibilidade e compaixão com o próximo1. A postura imprópria da sociedade para com as pessoas que vivem com o vírus, traduz a indiferença e o egoísmo que existem nas relações humanas, sentimentos que precisam ser superados em face de um convívio mais humano e digno1. Diante disso, elaborou-se um estudo intitulado: "Tratamento antirretroviral e revelação do diagnóstico: compreensões de crianças com aids e suas condições de vulnerabilidade", financiado pelo Ministério da Saúde, Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, visando a ampliação do conhecimento sobre a temática HIV/aids no contexto da criança, adolescente e família. Objetivo: conhecer as vivências do familiar/cuidador da criança/adolescente que vive com HIV/aids, acerca do preconceito e discriminação. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou o Método Criativo e Sensível. Esse método visa a construção coletiva do conhecimento, caracterizando-se pela valorização da singularidade de cada participante do grupo e pela coletivização das experiências2. A pesquisa foi realizada no município de Porto Alegre/RS, entre julho de 2010 e junho de 2011, com 60 familiares/cuidadores de crianças e adolescentes, com aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas. A coleta das informações ocorreu mediante cinco oficinas que utilizaram dinâmicas de criatividade e sensibilidade com um tempo médio de 50 minutos. As dinâmicas envolveram as seguintes questões: utilização de medicamentos, dificuldades/facilidades relacionadas ao tratamento, vivências do processo saúde/doença, diálogos e caminhos que conduziram à revelação do diagnóstico de aids. Os resultados foram submetidos à análise temática3, da qual emergiram temas como: o silêncio do diagnóstico; percepções e sentimentos frente ao preconceito. Resultados: O silêncio do diagnóstico faz-se presente no cotidiano das crianças, adolescentes e famílias que vivem com HIV/aids. No que tange ao diagnóstico da criança, as famílias, por vezes, optam pelo segredo. Entre os fatores que desencadeiam esta escolha aparecem em destaque o preconceito e a discriminação, que se manifestam de diversas formas, em ambiente escolar e nas relações de amizade. Em alguns casos somente as pessoas próximas sabem do diagnóstico. No entanto, nem sempre as famílias constituem-se em uma unidade nuclear de compreensão mútua. Desta forma, em alguns casos, podem não ocorrer a consolidação da fonte de apoio e proteção às crianças que convivem com o HIV/aids. Seus próprios membros podem obrigar uma mãe, um pai, uma avó, enfim, algum dos cuidadores a estabelecerem dentro do próprio ambiente domiciliar o silêncio acerca do diagnóstico da criança. O segredo existente acerca do diagnóstico viabiliza-se por ações concretas as quais as crianças e famílias necessitam se adequar, para desta forma, protegerem-se. A utilização da medicação em locais discretos, a retirada de rótulos e a denominação de outros nomes para o HIV/aids, são estratégias de prevenção contra o preconceito e a discriminação. Ao desvelarem suas vivências, emerge as percepções e sentimentos frente

ao preconceito, tema que engloba as revelações dos cuidadores acerca da segregação social e estigmatização experienciadas e que acontecem, na ótica destes familiares, por falta de informação e desconhecimento das pessoas com quem convivem. A discriminação vivenciada pela criança apresenta-se nos espaços sociais, sendo a escola o principal espaço social mencionado pelos cuidadores/familiares. Afloram sentimentos reveladores de tristeza e temor atrelados ao preconceito desencadeado nestes momentos de convivência por perceberem que as pessoas afastam-se e ignoram a criança/adolescente. Assim, os familiares/cuidadores expressam que temem por seus filhos sofrerem com a exclusão social originada pelo preconceito e discriminação. Perpetua-se, assim, o estigma da doença como uma presença constante no cotidiano das pessoas que vivem com a infecção, representando um desafio suscitado pelas mudanças existenciais deflagradas pela doença em suas vidas. Conclusões: A partir das dinâmicas de criatividade e sensibilidade com os cuidadores/familiares foi possível compreender como estas famílias se organizam para viver com a criança/adolescente após o diagnóstico de aids. Assim, com este estudo, percebe-se que um dos grandes desafios de viver com HIV/aids é sofrer o peso do preconceito e da discriminação, o que reflete diretamente na qualidade de vida dessas pessoas, bem como na adesão ao tratamento. As pessoas restringem suas relações sociais limitando-se ao âmbito familiar e vivendo em um mundo em que o silêncio faz parte de seu cotidiano. Por isso, essas questões devem ser repensadas, uma vez que, a doença vai para além das questões clínicas, perpetua-se como uma doença social, de modo que as pessoas que vivem com o vírus não conseguem viver de maneira plena e saudável com seus pares. Contribuições de Enfermagem: A enfermagem, ao aprimorar a perspectiva de um trabalho interdisciplinar, pode desenvolver um cuidado compreensivo com as pessoas que vivem com HIV/aids. Compreender que conviver com a infecção agrega fatores como preconceito e discriminação, pode acionar a construção de mecanismos de enfrentamento nas esferas individuais e contextuais, promotores de proteção aos desafios deflagrados. Nesse sentido, é necessário refletir sobre o que pode ser realizado nas esferas da assistência, ensino e pesquisa, vislumbrando estratégias e possibilidades que minimizem a exclusão social, pois o isolamento vivido fragiliza as dimensões existenciais, clínicas e sociais das crianças/adolescentes e suas famílias. Descritores: HIV; síndrome da imunodeficiência adquirida, preconceito. Referências 1. Nascimento IGMSC, Silva LWSD, Martins AL. Nunes ECD, Cerqueira DDS. Estigmas e preconceitos no viver-conviver com HIV/AIDS: um olhar sobre o estado da arte. Revista Integrativa em Saúde e Educação Revise. 1(1):.2179-6572, 2010. 2. Cabral IE. Método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.177-208. 3. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

14617

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCELA CRISTINA CANDIDO DE ALMEIDA

AUDITORIA EM ENFERMAGEM: CUMPRIMENTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Almeida, M;

Introdução: A auditoria de enfermagem é uma ferramenta importante na avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes. Por meio dos registros de enfermagem nos prontuários pode-se analisar o planejamento e a eficácia dessa assistência oferecida. O processo de auditoria é conceituado como uma avaliação sistemática e formal com o objetivo de determinar se a atividade executada está de acordo com os objetivos propostos (1). É um instrumento de avaliação onde mensura-se a qualidade e os custos dos serviços prestados através de uma análise sistemática dos prontuários e das condições de saúde do paciente. A auditoria permite identificar as deficiências e apontar as alternativas, preventivas ou corretivas, verificar a qualidade da assistência de enfermagem, emitir relatórios de divergências e soluções para a otimização do cuidar (2). Existem múltiplas formas de auditoria em enfermagem que permitem identificar deficiências no atendimento, fornecer dados para a melhoria da qualidade da assistência, reciclar e atualizar a equipe prestadora de assistência. A auditoria concorrente é a avaliação que possibilita fazer correções ou alterações durante o atendimento ou processo de internação do cliente (2) e a auditoria de cuidados é a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem, verificada através das anotações no prontuário do paciente e/ou das próprias condições deste (3). Para a realização das atividades de cuidado, o enfermeiro necessita de instrumental conceitual e técnico para abordar a realidade prática. Para a implantação e operacionalização do cuidar, o enfermeiro usa o método da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (4). Essa sistematização possibilita que os enfermeiros identifiquem a presença das necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes internados e, assim, com consequentes diagnósticos classificados e respectivas intervenções de enfermagem estabelecidas, a equipe consegue prestar uma assistência planejada, fundamentada em conhecimentos, viabilizando um cuidado objetivo e individualizado. A SAE é formada por algumas etapas como: histórico, exame físico, controle de sinais vitais, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e anotação de enfermagem. Essas informações, para a auditoria em enfermagem, podem ser retiradas da SAE analisando-se as anotações de enfermagem realizadas nos prontuários dos clientes. Objetivo: Estabeleceu-se como objetivo neste estudo, a identificação do cumprimento dos itens das etapas da SAE, que apesar da obrigatoriedade da implantação em todas as instituições de saúde apresenta muitas deficiências. A avaliação do registro das etapas da SAE tem sua importância como facilitadora da valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o cuidado ao cliente. Método: Por meio de uma pesquisa de campo descritiva documental realizada na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Estadual Bauru- SP (HEB) foram analisados seis prontuários, a cada sete dias da semana, no período de Agosto a Dezembro de 2011. Esse é o valor correspondente a 20% da média trimestral (meses de Março, Abril e Maio) do número de pacientes/dia internados nesta unidade. O estudo foi encaminhado ao Núcleo de Estudo e Pesquisa do HEB e seguidamente ä ciência de realização da coleta de dados auditou-se os prontuários selecionados e analisou-se o percentual de cumprimento da execução dos itens da SAE. Para a coleta dos dados formulou-se uma planilha identificando as etapas e os seus registros de execução ou não. As avaliações ocorreram sempre no mesmo dia semana (as terças-feiras), onde se realizava um sorteio no dia e no momento da avaliação. Para cada item da SAE avaliado classificou-se a etapa como C=completo ou I=incompletos e considerou-se qualquer informação da

enfermagem anotada como etapa completa, analisando apenas o cumprimento do preenchimento da etapa da SAE e não a qualidade da informação anotada. Os critérios de inclusão foram: estar internado no dia da avaliação, independente do período de internação e ser sorteado para a avaliação. Os critérios de exclusão foram: já ter passado por avaliação anterior, na mesma internação e não estar presente na unidade no momento da avaliação. Resultados: Após analisados os prontuários obtivemos que no mês de Agosto os itens da SAE preenchidos foram de 83%, para o mês de Setembro ocorreu 93% do preenchimento dos itens da SAE, para o mês de Outubro ocorreu 86% do preenchimento dos itens da SAE, para o mês de Novembro ocorreu 93% do preenchimento dos itens da SAE e para o mês de Dezembro ocorreu 95% de preenchimento dos itens da SAE. Os resultados encontrados nesse estudo mostraram que o cumprimento da SAE não foi cumprido em sua totalidade. As etapas da SAE que apresentaram maiores falhas nos registros foram o histórico e o exame físico, considerando-os incompletos. Esses resultados corroboram com estudos encontrados sobre esse mesmo tema. Conclusão: Conclui-se que para a SAE ser desenvolvida, todas as etapas do processo de enfermagem devem ser realizadas. As instituições devem adotar a SAE como norteadora das atividades da enfermagem e valorização dessas, porém, não se pode falar em sistematização sem que todas as etapas do processo de enfermagem sejam preenchidas por completo, pois elas são interligadas. Considerações: Outro estudo (4) constatou que há vários dificultadores para a eficiência do cumprimento dos itens das etapas da SAE e da documentação das anotações nos prontuários como: os excessos de atribuições da equipe de enfermagem, a falta de preparo para utilização desse método de trabalho, a falta de recursos para implantar o método, a resistência na utilização do método e a não valorização do mesmo. Um fato que preocupa além do não cumprimento dos itens das etapas da SAE é a ausência dos registros e das anotações das atividades executadas pela enfermagem, pois elas são referências para oferecer subsídio legal da atividade exercida. Palavras-chave: Auditoria. Qualidade. Sistematização de enfermagem. Referências: 1-Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria em enfermagem. In: Kurgant P, et al. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. 2- Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da sistematização de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2005; 58: 325-29. 3- Rios SL, et al. Auditoria de enfermagem: uma revisão bibliográfica. 61o Congresso Brasileiro de Enfermagem. Anais... Trabalho 2057. Fortaleza, CE; 2009. 4- Rodrigues V, Perroca M, Jericó M. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arquivo Ciência Saúde. 2004; 11:210-14.

14427

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCELLA SALATINO ROCHA

SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO NO CENTRO CIRÚRGICO: IMPLANTAÇÃO CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Rocha, MSR; Pereira, RTP; Fernandes, BOF; Baptista, FSB; Wegner, WW;

SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO NO CENTRO CIRÚRGICO: IMPLANTAÇÃO CHECKLIST CIRURGIA SEGURA Introdução: A segurança do paciente é um tema de preocupação e relevância internacional. A literatura descreve que um a cada seis pacientes internados em hospitais torna-se vítima de algum tipo de erro, os quais são suscetíveis de medidas de prevenção(1). No processo cirúrgico é comum à ocorrência de falhas, o que motivou o desenvolvido do protocolo de cirurgia segura que já foi traduzido e está sendo adaptado às diferentes realidades. Trata-se de um checklist guia para a prevenção de eventos adversos(2). Objetivos: Identificar as etapas de aplicação e adequação do instrumento checklist cirúrgico para cirurgia pediátrica, descrever a adesão da equipe envolvida na implantação desse. Metodologia: Pesquisa qualitativa descritiva a ser realizada no Hospital Moinhos de Vento /RS. O número inicial de 12 participantes será validado pela saturação de dados. As informações serão obtidas por entrevista semiestruturada e analisadas por análise temática(3). O projeto atenderá as normas bioéticas e será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: É esperado que este instrumento possibilitasse a adoção de boas práticas no processo cirúrgico e colaborasse na redução de eventos adversos nesse contexto. Conclusão: Compreende-se que o checklist precisa passar por modificações para atender as cirurgias pediátricas. Contribuições para Enfermagem: equipe de enfermagem se tornar responsável no processo de aplicação do checklist para conferência e dupla checagem previamente a realização do procedimento com a criança. Referências: 1. Joint Commissionon Accreditation of Health care Organization. Temas e estratégias para a liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008. 2. OMS. Implementation manual - Who surgical safety checklist. [cited 2009 Sept05]. Availablefrom: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/index.html. 3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. Descritores: segurança do paciente; centros de cirurgia; criança hospitalizada.

14681

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MÁRCIA BARBOSA DE PAIVA

SONO E RUÍDO: NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Paiva, MÁRCIA; Nascimento, MARIAAPARECIDADELUCA; Oliveira, FERNANDAMARIADOCARMODASILVEIRANEVES; Rezende, VIVIANMARINHO; Silva, ALEXANDRE; Silva, CARLOSROBERTO;

Introdução: Durante o sono, enquanto outros sentidos descansam os ouvidos mantém-se em estado de alerta. A poluição sonora e a exposição contínua ao ruído possuem comprovada influência na qualidade de sono, que é fundamental para a manutenção da saúde, bem-estar, crescimento e aprendizado da criança. O sono possui extrema importância não só na restauração da capacidade física, mental e emocional, como também é fundamental no desenvolvimento infantil e na maturação do sistema nervoso central. Atenção especial deve ser dada ao ambiente hospitalar, tendo em vista que crianças e enfermos possuem sensibilidade aumentada aos ruídos1 e, portanto se apresentam mais vulneráveis aos seus efeitos nocivos. Associado a exposição sonora, existe ainda, o desconforto provocado pelo confinamento ao leito, a presença de luminosidade contínua, baixa temperatura ambiente, além de inúmeros procedimentos invasivos e dolorosos. A tecnologia presente em larga escala no ambiente hospitalar somado à presença de uma equipe multidisciplinar com elevado fluxo de profissionais e inúmeros estímulos tem contribuído para elevar os níveis de ruído interferindo negativamente na conciliação, na manutenção e na qualidade do sono da criança/adolescente hospitalizados. Promover conforto a partir dos cuidados de enfermagem com vistas a melhorar a qualidade da assistência e preservando a manutenção de períodos regulares de sono e descanso torna-se uma questão desafiadora para a enfermagem. Embora os benefícios de uma assistência tecnificada estejam bem estabelecidos, ela também é física e psicologicamente agressiva. Crianças gravemente enfermas têm elevado risco de desenvolver doenças comportamentais relacionadas ao estresse2,3, e o ambiente hospitalar pode contribuir expressivamente para essas alterações. O ruído e a luminosidade excessivos e constantes podem agravar essa condição, influenciando negativamente no sono da criança contribuindo para o desenvolvimento de alterações fisiológicas. Florence Nightingale afirmava a importância de se proporcionar e/ou manter um ambiente adequado para que a natureza pudesse interferir no processo de cura/restabelecimento da saúde. Entendemos que para podermos proporcionar e/ou manter este ambiente favorável é necessário um conhecimento específico acerca dos fatores presentes nas unidades de terapia intensiva que possam interferir negativamente no processo de reestabelecimento da criança gravemente enferma. Objetivos: mensurar os níveis de pressão sonora de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) nos períodos diurno e noturno; e identificar as principais fontes de ruídos da unidade. Metodologia: estudo observacional, quantitativo, realizado em uma UTIP com 6 leitos, de um hospital federal, referência na área materno-infantil, com dados obtidos em um período de 22 dias. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da referida instituição e Plataforma Brasil, sob número nº CAAE 03338412.0.0000.5285. A fim de evitar erros aleatórios, foi realizada a padronização do método de aferição com treinamento das observadoras, e calibração do instrumento de acordo com as normas do fabricante. A seleção dos locais de aferição foi realizada a partir da planta física da unidade, obtida pelos pesquisadores. A escolha desses pontos visou à obtenção de informações que pudessem refletir o nível de ruído próximo à criança. Os níveis de pressão sonora foram obtidos utilizando-se um decibelímetro modelo DEC-460, fabricado conforme norma IEC-60651, com medida em decibéis ponderados (dBA). Pela impossibilidade de posicionar o decibelímetro no centro das salas e a 1m do teto, (conforme preconiza a literatura), devido ao grande fluxo de profissionais, rotina específica do serviço e

disposição física da área, optamos pela aferição individualizada nos 6 leitos. As coletas foram realizadas por 5 dias em 3 horários no período diurno (8h, 12h, 16h) e em 2 horários do período noturno (23h e 4h) totalizando 150 medidas. Os horários pré-estabelecidos tiveram a finalidade de medir níveis de pressão sonora em horários com atividades distintas (horários de picos de atividades de rotina x horários de observação) buscando o maior número de dados possível. Os dados foram registrados em diário de campo de autoria dos pesquisadores. Para que os resultados fossem obtidos sempre no mesmo local foi estabelecido como ponto de medição a interseção obtida a uma distância de 30 cm do lobo da orelha do paciente e a 20 cm do colchão do leito. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e modelo de regressão linear. Resultados: Os dados apontam que estamos fora dos limites máximos permitidos para o nível de ruído ambiente. Encontramos valores de ruído de 76,1-82 dBA a 78dBA durante o dia (alarmes e conversas simultaneamente) e 78dBA durante a noite (momento de lavagem do setor). Estes valores se equiparam ao som do trânsito nas grandes cidades. As principais fontes de ruído identificadas foram primeiramente equipe profissional seguida dos alarmes dos equipamentos. A Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR10152) sugere níveis de 35dBA (nível desejável) a 45dBA (limite aceitável) para diferentes ambientes hospitalares. A Academia Americana de Pediatria indica que a quantidade de ruído ambiental em UTI não deve exceder 45dBA e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o máximo de 40dBA para ambientes internos hospitalares. De acordo ainda com a OMS, todo e qualquer som acima de 55 dBA é nocivo à saúde. Conclusão: Existe uma necessidade imperiosa de repensarmos o ambiente em que estamos inseridos e refletirmos sobre o quanto este pode ser desfavorável, desconfortável e desumano para todos, e principalmente para a criança. Se durante a noite, o nível de ruído atinge 75 dBA, há uma perda de 70% nos estágios profundos do sono, fundamentais para a consolidação da memória, do aprendizado e para a renovação celular. O desenvolvimento de equipamentos hospitalares deve levar em conta a necessidade de redução de ruídos. Entretanto, isso somente será possível se os profissionais e os fabricantes de equipamentos estiverem cientes do problema. Para recuperação da criança grave e para a proteção dos profissionais contra os efeitos nocivos dos elevados níveis de ruído, é necessário estabelecer um programa para redução dos níveis sonoros no ambiente hospitalar. É importante conscientizarmos a equipe multiprofissional que as consequências do ruído excessivo e do prejuízo na quantidade e qualidade do sono nem sempre são imediatas, tendo efeito cumulativo ao longo dos anos com consequências significativas em todo o organismo. A utilização adequada dos aspectos ambientais capazes de propiciar o conforto da clientela assegura condições ideais e fundamentais no acolhimento proposto pelos programas de humanização nos ambientes hospitalares, além de minimizar as conseqüências da desorganização espaço-temporal decorrentes do processo de hospitalização e estabelecimento do ciclo circadiano regular. Referências: 1 American Academy of Pediatric. Noise: a hanzard for the fetus and newborn. Pediatrics, 1997, oct,vol.100, (n. 4): 724-727. 2 Carvalho WB, Pedreira MLG, Aguiar MAL. Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. J. Pediatr. 2005; v.81(6):495-498. 3 Aurélio FS. Ruído em unidade de terapia intensiva neonatal.[Dissertação].Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria; 2009. Descritores: ruído, unidades de terapia intensiva pediátrica, privação do sono. EIXO II - Cuidado à Saúde

14683

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MÁRCIA BARBOSA DE PAIVA

ANÁLISE RETROSPECTIVA DA PRODUÇÃO CIENTIFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA EM SAÚDE DA CRIANÇA

Paiva, MARCIA; Zuzarte, LUCIANA; Silva, LUCIANA; Santos, MIRZA; Badolatti, MARIAELISA; Nascimento, MARIAAARECIDA;

ANÁLISE RETROSPECTIVA DA PRODUÇÃO CIENTIFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA EM SAÚDE DA CRIANÇA A enfermagem, ao longo dos anos, tem se envolvido nas atividades de pesquisa, através do desenvolvimento de um corpo científico de conhecimentos relacionados à sua prática. Grande parte da produção destes estudos provém da docência e dos programas de pós-graduação1. Apesar da participação cada vez maior de enfermeiros, oriundos da assistência, eles, em geral, o fazem em virtude do cumprimento às exigências dos cursos de mestrado e doutorado. A produção científica da enfermagem pediátrica ainda é muito incipiente, com descritores desarticulados, com autores geralmente docentes em autoria única e com abordarem temáticas relacionadas à assistência2. Atuando como enfermeiras da área de saúde da criança, pudemos perceber que nos eventos de grande porte e representativos da profissão tais como Congressos Brasileiros e Seminários de Pesquisa da categoria, a área que contempla a pediatria e neonatologia, de um modo geral apresenta pequena expressão quando comparada com outras áreas da saúde do adulto. Em estudo realizado por Rodrigues e Bagnato em 20031 sobre pesquisa em enfermagem no Brasil, as autoras confirmam esta constatação. Em eventos específicos que envolvem a área da Saúde da Criança, podemos observar de forma assistemática que há uma predominância de estudos englobando a neonatologia. Segundo Rodrigues3 há um descompasso entre a produção científica do pesquisador e as necessidades da sociedade. Este estudo se propõe a descrever o conhecimento produzido nas dissertações e teses realizadas na enfermagem brasileira, na área da criança em um período de cinco anos, realizando um diagnóstico do panorama dessas publicações, áreas mais investigadas, áreas que necessitam de maiores incentivos e evidenciar as lacunas existentes. Objetivos: Identificar nas publicações do Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), a produção científica de enfermagem na saúde da criança no Brasil, no período de 2002-2006, caracterizando as suas abordagens, sujeitos e campos de estudo, e Evidenciar, através dos sujeitos das dissertações e teses publicadas no Banco de Teses e Dissertações da Capes, qual a predominância de opção de estudos na área de enfermagem na saúde da criança, se pediátrica ou neonatal. abordagem metodológica: estudo quantitativo, retrospectivo, comparativo, pautado na análise documental da produção científica da enfermagem pediátrica e neonatal publicada em dissertações e teses no Brasil, no período de 2002 a 2006, através do banco de teses e dissertações da Capes. Após a seleção do tema e das palavras chaves, procedeu-se a busca das publicações através dos descritores: enfermagem pediátrica, enfermagem neonatal e enfermagem e criança. Como critérios de inclusão, foram estabelecidas todas as publicações do banco de teses e dissertações da Capes compreendidas entre o período de 2002 a 2006 que surgiram com os descritores preestabelecidos, e como critérios de exclusão, as publicações realizadas em outros países, estudos realizados por outros profissionais, estudos repetidos e estudos que não abordavam a criança. Após a leitura dos resumos, foi realizada a elaboração de dois quadros para a sistematização dos dados: quadro sinóptico e quadro de exclusão. Em seguida, foi elaborada uma planilha no "R", um software gratuito que auxilia na manipulação de dados, confecção dos cálculos e dos gráficos. Para a elaboração desta planilha, foram selecionadas as seguintes variáveis: identificação do trabalho, titulação, instituição e local de procedência, região, ano de publicação, área de conhecimento, abordagem

metodológica, enfoque do estudo, sujeitos investigados, campo e objeto de estudo. Para tratamento dos dados, foi realizada a análise multivariada , que corresponde a um conjunto de métodos e técnicas que analisam simultaneamente todas as variáveis na interpretação teórica do conjunto de dados. Resultados: Entre 2002 a 2006, foram selecionados inicialmente 419 estudos. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos 191 publicações. Pudemos constatar que só houve um padrão regular crescente do número de produções a partir de 2004. Das 191 publicações, apenas 18% eram teses de doutoramento. 72% utilizaram abordagem qualitativa, 24% quantitativa e 4% quanti-qualitativa evidenciando predomínio significativo de pesquisas qualitativas. A abordagem quantitativa apresentaram metodologias variadas. Da mesma forma, os estudos qualitativos foram em sua grande maioria de estudos descritivos, com metodologia diversificada, porém, com discreto predomínio da fenomenologia. Quanto à região de procedência dos estudos, 65% eram provenientes da região Sudeste (74 de S.P.; 41 do RJ, e 10 de M.G). Espírito Santo foi o único estado desta região que não obteve estudos, apesar de contar com programas de pós-graduação em enfermagem. Ainda em relação à procedência dos estudos, 19% foram provenientes da região Sul. A região Nordeste apesar de bem representada, (14% dos estudos) por quase todos os seus estados, excluindo-se apenas Alagoas e Sergipe, teve grande parte de sua participação com estudos advindos do Ceará. A região Centro-Oeste, apresentou 1,5%. Já a região Norte, não apresentou nenhum estudo, evidenciando que o movimento de expansão dos cursos de enfermagem nesta região não seguiu o mesmo ritmo de outras regiões do Brasil o que pode ser explicado devido a uma desigualdade com relação à pouca oferta dos cursos de pós-graduação nesta região denotando uma maior necessidade de investimentos e incentivos aos programas de pós-graduação nesta área. 37% dos estudos foram realizados com as famílias, 29% com profissionais de saúde, e 25% com crianças. Alguns estudos utilizaram mais de um sujeito. Em relação ao campo, 58% foram realizados em unidades hospitalares, 10% sem especificar a unidade. Apenas 14% foram realizados em atendimentos ambulatoriais, unidades básicas de saúde ou programas de saúde da família, 8% realizados em instituições de ensino/educação (creche, e escolas) e 8% em domicílios e comunidades, 1% estudos realizados em banco de dados evidenciando uma maior concentração de estudos realizados em âmbito hospitalar. Com relação ao objeto, 36% abordavam a experiência, vivência, sentimentos e significados das mães /equipe de saúde, e/ou crianças com relação à determinado fator, 11% eram referentes à assistência à saúde. Os demais abordaram questões referentes ao relacionamento interpessoal, a avaliação da qualidade da assistência, a aspectos relacionados à comunicação, ao perfil epidemiológico, ao processo ensino aprendizado, tecnologias do cuidado, atenção à criança hospitalizada, avaliação diagnóstica, avaliação da atuação ou da qualidade da atenção á saúde pública, elaboração/validação de instrumento, assistência à criança crônica/ dependente de tecnologia, assistência à criança oncológica, violência doméstica, cunho preventivo, estudos reflexivos, aleitamento materno, autonomia do enfermeiro, humanização e o conhecimento na prática clínica. Conclusão: A enfermagem pediátrica quantitativamente apresenta produção praticamente semelhante à neonatal, a região Sudeste é a que detém o maior contingente de produções, a abordagem qualitativa lidera as produções de enfermagem, com metodologia diversificada. As dissertações de mestrado corresponderam a 82% das produções; A maioria dos estudos ocorreram em âmbito hospitalar; com predominância de estudos que abordavam sentimentos, vivencias, experiências, significado e realizados com família e equipe de saúde. Referências: 1-Rodrigues M.; Bagnato, MHS. Pesquisa em Enfermagem no Brasil: problematizando a produção de conhecimentos. Rev Bras Enferm, Brasília (DF); 56(6):646-650, nov/dez 2003 2- Kakehashi, S. Enfermagem pediátrica Brasileira: produção científica de 1932 a 1995.Tese[LILACS ID:306977] 3- Rodrigues, RP.; Erdmann, AL.; Silva, IA.; Fernandes , JD; Santos, RS.; Araújo, TL. A formação de doutores em enfermagem no Brasil. Texto e Contexto ,2002; 11(3): 66-76. Descritores:enfermagem pediátrica, enfermagem neonatal, criança.

14537

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCIA HELENA MARCHI

NURSING ACTIVITIES SCORE EM UTI PEDIÁTRICA: MEDIDA DA CARGA DE TRABALHO POR TURNOS E EM 24 HORAS.

Marchi, MH; Nilson, C; Rocha, VK; Pinheiro, SS; Waquil, CD; Breigeiron, MK;

Introdução: o Nursing Activities Score (NAS) é um instrumento utilizado em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para adultos, que descreve a carga de trabalho da equipe de enfermagem. Em UTI pediátrica (UTIPed), o uso deste instrumento carece de maiores investigações. Objetivo: comparar os escores do NAS obtidos em turnos de trabalho com escores nas 24 horas em UTIPed. Metodologia: estudo transversal, quantitativo, realizado em UTIPed de um hospital universitário do sul do Brasil. Amostra constituída dos registros de um banco permanentemente alimentado, limitando-se ao período de julho/2012-julho/2013. Estatística descritiva com média e desvio padrão (DP) e comparativa por Teste t-Student foram utilizadas na análise. P

14496

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MÁRCIA KOJA BREIGEIRON

OBESIDADE E SOBREPESO EM CRIANÇAS COM ESTENOSE VALVAR AÓRTICA ATENDIDAS EM CONSULTA AMBULATORIAL

Magalhães, A; Santos, KCR; Muraro, LO; Witkowski, MC; Breigeiron, MK;

Introdução: as cardiopatias congênitas são definidas como um defeito estrutural do coração ou de vasos intratorácicos, podendo ser classificadas em acianóticas e cianóticas. As alterações encontradas em valvas aórticas são consideradas como cardiopatias congênitas acianóticas1. Dentre as alterações de valvas aórticas está a estenose da valva aórtica ou estenose aórtica caracterizada pelo defeito de estreitamento das estruturas valvares, associada ou não à fusão das cúspides da valva aórtica. Este estreitamento valvar dificulta o esvaziamento adequado do ventrículo esquerdo, o que favorece o desenvolvimento de hipertrofia ventricular por sobrecarga crônica e progressiva do ventrículo. Com isso, há redução de aporte sanguíneo ao músculo cardíaco e aos demais tecidos progredindo, muitas vezes, à insuficiência cardíaca. Esta cardiopatia pode ser de etiologia congênita ou adquirida, ou ainda, associada ao acúmulo de cálcio na valva, prejudicando seu funcionamento e abertura1. A estenose da valva aórtica é uma patologia rara em pediatria. Crianças com diagnóstico desta cardiopatia apresentam abertura incompleta da valva aórtica, gerando um gradiente pressórico sistólico entre o ventrículo esquerdo e a artéria aorta2. Em relação ao acometimento das cúspides, as estenoses valvares podem ser unicúspides, bicúspides e tricúspides, sendo as formas bicúspides as mais frequentemente observadas. Nesse contexto, na maioria das vezes, o exercício físico é contraindicado em pacientes com estenose aórtica, por propiciar aumento dos sintomas, tais como falta de ar e dor esternal, podendo culminar em morte súbita3. Portanto, crianças com estenose aórtica estão particularmente em risco para tornarem-se obesas. Em estudo prévio, foi constatado que crianças com cardiopatias congênitas, aconselhadas a restringir suas atividades físicas, tiveram taxas tanto de sobrepeso como obesidade significativamente maiores4. Sendo assim, a contraindicação da atividade física pode predispor ao desenvolvimento da obesidade ainda na infância, perpassando para a idade adulta, podendo haver, ainda, consequente desenvolvimento de doença arterial coronariana. Objetivo: descrever o estado nutricional de crianças com diagnóstico de estenose valvar aórtica atendidas em consulta ambulatorial. Metodologia: trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo. A amostra foi constituída de 21 crianças com diagnóstico de estenose valvar aórtica, acompanhadas por consultas multiprofissionais em unidade ambulatorial de um hospital universitário localizado no município de Porto Alegre RS, Brasil. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de janeiro e agosto de 2012. As medidas de peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) foram coletadas dos registros nos prontuários das crianças, com posterior classificação do estado nutricional conforme a curva de IMC para idade, que foi identificado de acordo com a classificação dos escores Z das curvas de crescimento preconizadas pela Organização Mundial de Saúde5. Os dados foram registrados no banco de dados, utilizando-se o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18.0. Na análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva, sendo os resultados expressos por média e desvio padrão da média (DP), e frequência absoluta (%). O projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da instituição responsável, sendo aprovado sob o número 4616. Resultados: do total da amostra, 100% (n=21) dos pacientes apresentavam estenose valvar aórtica congênita, sendo 23,8% (n=5) do tipo bicúspide, e 66,7% (n=14) foram do sexo masculino. A média da idade foi 8,7 (DP=2,9) anos; a média do peso foi 32,2 (DP=13,8) kg; a média da altura foi 131,1 (DP=17,6) centímetros; e a média do IMC foi 17,8 (DP=3,6) kg/m². Ao serem classificadas conforme o estado nutricional, 66,7% (n=14) das crianças encontravam-se

eutróficas, 23,8% (n=5) obesas e 9,5% (n=2) com sobrepeso. Do total da amostra, 33,3% (n=7) apresentaram peso corporal excessivo. Conclusão: em consequência da restrição à atividade física, crianças com diagnóstico de estenose valvar aórtica podem apresentar, no futuro, algum comprometimento arterial coronariano com repercussão hemodinâmica. Além disso, a concomitância da restrição do exercício físico com o excesso de peso agrava, ainda mais, o risco cardiovascular. Independente do tipo de defeito cardíaco, o acompanhamento destas crianças deve ter início na infância com seguimento até a vida adulta, para que eventuais sintomas e sinais possam ser minimizados. Contribuições para a Enfermagem: a atuação da equipe multidisciplinar torna possível a implementação precoce de intervenções, contribuindo significativamente para a terapêutica desta cardiopatia. Sendo assim, as intervenções que promovam qualidade de vida para melhora funcional, além da mera função curativa, tem um papel fundamental nos processos de prevenção de complicações e reabilitação do paciente com estenose valvar aórtica. Levando-se em consideração que a ocorrência de estenose aórtica pode promover inúmeras limitações nos hábitos de vida dos pacientes acometidos, contemplar as melhores condições de vida para estes é um desafio não somente para os pacientes, mas também para a equipe de saúde e, sobretudo para o enfermeiro. O conhecimento da equipe multiprofissional, a cerca do curso natural da estenose aórtica e da manutenção do estado nutricional adequado, favorece um cuidado personalizado e diferenciado que pode ser estendido ao atendimento domiciliar. Para tanto, devem ser consideradas tecnologias de intervenção multidisciplinares que reduzam as repercussões causadas por este tipo de cardiopatia na infância à fase adulta, bem como o manejo da atividade física e prevenção da obesidade. Além disso, propiciar um plano de cuidados condizentes com as necessidades físicas e nutricionais, expectativas e possibilidades clínicas dos pacientes favorece a participação do indivíduo no cuidado de sua saúde. Referências: 1. Amorim LFP, Pires CAB, Lana AMA, Campos AS, Aguiar RALP, Tibúrcio JD, et al. Presentation of congenital heart disease diagnosed at birth: analysis of 29,770 newborn infants. J Pediatr (Rio J). 2008; 84(1): 83-90. 2. Tarasoutchi F, Montera MW, Grinberg M, Barbosa MR, Piñeiro DJ, Sánchez CRM, Barbosa MM, Barbosa GV et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 /I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. Arq Bras Cardiol. 2011; 97(5 supl. 1): 1-67. 3. Ghorayeb N, Dioguardi GS, Souza-Carmo SVT, Daher DJ. Estenose aórtica: diagnóstico e exercício. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2003; 3:325-32. 4. Stefan MA, Hopman WM, Smythe JF. Effect of activity restriction owing to heart disease on obesity. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005; 159: 477-481. 5. Onis M; Onyango AW, Borghi E; Siyam A; Nishida C; Siekmanna J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization. 2007; 85 (9): 660-667. Descritores: estenose da valva aórtica; cardiopatias; assistência ambulatorial.

14601

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA CRISTINA LEITE FERRAZ

INCIDÊNCIA DE FLEBITE EM UMA UNIDADE DE PEQUENOS LACTENTES

Ferraz, MCL; Carmo, AFS; Santos, ACPO; Araújo, CNV; Reis, M; Militão, RCM;

Introdução: A flebite é considerada uma das principais complicações da terapia intravenosa e está definida como processo inflamatório na parede da veia, associado ao eritema, endurecimento do vaso ou cordão fibroso palpável, podendo apresentar dor ou drenagem purulenta(1). Pode estar relacionada com a administração de produtos químicos, extravio do cateter ou proliferação de bactérias e sua taxa de incidência representa um importante indicador da qualidade assistencial de enfermagem(1,2), tornando o tema relevante. Objetivos: Analisar a Incidência de flebite em uma Unidade de Pequenos Lactentes de um Hospital Universitário de Salvador Bahia. Método: Trata-se de um estudo restrospectivo, descritivo, quantitativo, com análise documental, referente ao período de Maio a Julho de 2013, realizado na Unidade de Pequenos Lactentes de um Hospital Universitário de Salvador Bahia. A amostra foi constituída por 200 pacientes por dia em uso de acesso venoso periférico. Resultados: Ocorreram oito casos de flebite, correspondendo a uma taxa de incidência de 4%. Os principais sintomas apresentados foram hiperemia e cordão fibroso palpável. Conclusão: O resultados deste estudo estão dentro do esperado, uma vez que, de acordo com a Infusion Nurses Society, os níveis aceitáveis de incidência de flebite devem ser menores do que 5%. Apesar da baixa incidência, tal evento necessita da observação de enfermagem para reduzir riscos e promover a melhoria da qualidade assistencial. Descritores: Cateterismo periférico; flebite; infusões endovenosa; Referências 1. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH. São Paulo: APM/CREMESP, 2012. 60p. 2. Foster L, Wallis M, Paterson B, James H. A Descriptive Study of Peripheral Intravenous Catheters in Patients Admitted to a Pediatric Unit in One Australian Hospital. Journal of Infusion Nursing. 25(3): 159-167, 2002.

13802

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA FERNANDA CABRAL KOURROUSKI

VIVER EM SILÊNCIO: O MEDO DA REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO A TERCEIROS

Kourrouski, MFC; Martins, ACG; Deon, KC; Santos, CB; Nascimento, LC; Lima, RAG;

Introdução: A infecção pelo HIV permanece permeada por estigma e discriminação. Embora tenha se tornado uma condição crônica, ainda é vista pela sociedade como uma doença relacionada a comportamentos não aceitáveis. Assim, o sigilo do diagnóstico é visto como uma forma de proteção. Objetivo: Conhecer como as crianças, adolescentes e seus familiares lidam com a revelação do diagnóstico do HIV. Método: Estudo descritivo-exploratório, com coleta de dados realizada a partir de 12 grupos focais com crianças e adolescentes e seus respectivos cuidadores, em uma unidade de tratamento especializado de um hospital universitário do estado de São Paulo. O instrumento para condução dos grupos foi o sistematizado pelo grupo DISABKIDS?. Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra, e submetidos ao processo de análise de conteúdo do tipo temática, com auxílio de um software. Resultados: As crianças e adolescentes relataram não se sentir a vontade para conversar sobre seu diagnóstico com os colegas e amigos, sendo muitas vezes necessário se afastar do grupo para tomar as medicações ou, até mesmo, mentir sobre o motivo pelo qual necessitavam fazer uso da medicação. Os cuidadores também relataram a necessidade do sigilo do diagnóstico, a fim de evitar o preconceito e a discriminação. Conclusões: As crianças e os adolescentes convivem com o sigilo de sua doença, o qual é visto muito mais como uma maneira de proteção. Referências: Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. Psicologia: reflexão e crítica. 2005; 18(2):188-195. Seidl EMF, Rossi WS, Viana KF, Meneses AKF, Meireles E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. Psicologia: teoria e pesquisa. 2005; 21(3): 279-288. Descritores: HIV, crianças, adolescentes, diagnóstico.

13853

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA HELENA BOMFIM DOS SANTOS

AÇÕES DA ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Santos, MHB; Alves, ES; Pinheiro, MS; Viana, TBP; Moraes, JAS; Circuncizão, JS;

Introdução: Ações específicas da enfermagem na Atenção Básica de Saúde no Brasil foram inspiradas no modelo de saúde necessário para a população brasileira no contexto contemporâneo de serviços nesta área. Sabe-se que diversos modelos da história de saúde existiram e, no setor privado, ficou evidente que serviços hospitalares, por exemplo, beneficiavam apenas parte da população. Desta forma, o predomínio do modelo médico assistencial privatista até a década de 80 foi centrado em uma base hospitalocêntrica e farmacêutica, deixando à margem uma necessidade assistencial que priorizasse os cuidados primários de uma população1. Os enfermeiros consideram a importância e abrangência desta assistência. Porém, reconhecem ter dificuldades ao realizar a consulta de enfermagem, pela falta de consultório próprio, necessitando fazer adaptações nem sempre adequadas, devido algumas unidades funcionarem em casas adaptadas, com salas desprovidas de conforto e privacidade para entrevista com as mães das crianças. Outra dificuldade vivenciada por estes enfermeiros foi a falta de materiais adequados para as consultas, sendo estes suficientes e compartilhados com outros profissionais2. É fundamental a qualidade das unidades, a adequação das estruturas no que se refere à área física e instalações, disponibilidade de materiais e equipamentos, número adequado de enfermeiras com capacitação específica, que interajam com o cliente e família na perspectiva da criação de vínculo e respeito à autonomia do usuário3. A Atenção Primária à Saúde da criança fundamentou-se basicamente nas ações que o Ministério da Saúde, em 1984, criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) priorizando cinco ações básicas: o estímulo ao aleitamento materno, a imunização, o controle das diarreias, controle das infecções respiratórias e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil2. Este conjunto de ações básicas tem por finalidade a integralidade da assistência prestada pelos serviços de saúde e com isso proporcionar o adequado crescimento e desenvolvimento da criança. A diretriz destas ações é a prevenção, pois objetivam evitar problemas de saúde na criança através de orientações fornecidas às mães de como cuidar dos filhos e a identificação de situações de risco e atuação precoce nas intercorrências1. Em 1995, foi adotada no Brasil a partir do Ministério da Saúde, a estratégia Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), apresentando novo enfoque de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de assistência. O programa AIDPI considera os principais problemas de saúde das crianças promovendo ações integradas curativas com medidas de prevenção e promoção4. O enfermeiro, portanto, tem papel fundamental nas ações e responsabilidades do cuidado, em especial da criança, desenvolvendo intervenções de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde nas unidades básicas. Desta forma, o objetivo deste trabalho é descrever as ações da enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em atenção básica de saúde. Metodologia: O presente estudo engloba uma pesquisa bibliográfica referente às Ações da Enfermagem no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil na atenção Básica de Saúde. Segundo Gil5, uma pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado. Tradicionalmente, esta modalidade de pesquisa inclui material impresso como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos, todavia, em virtude da disseminação de novos formatos de informação, estas pesquisas passaram a incluir outros tipos de fontes, como discos, fitas magnéticas, CDs, bem como o material disponibilizado pela internet. Para alcançar o objetivo proposto, realizou-se um levantamento bibliográfico na base de dados Scientific

Eletronic Library Online (SCIELO Brasil) a partir dos descritores: saúde da criança, enfermagem pediátrica, crescimento e desenvolvimento e avaliação em saúde no período de 2000 a 2012. Desse rastreamento bibliográfico, foram selecionados 14 artigos científicos com base nos seguintes critérios de inclusão: possuírem os referidos descritores, foco principal do estudo; estarem escritos em língua portuguesa; terem sido publicados nos últimos doze anos e estarem disponíveis online na íntegra. Resultados: Dos 14 artigos selecionados emergiram as seguintes categorias do objeto de estudo proposto: Categoria 1 - A Consulta de Enfermagem; Categoria 2 - Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC); Categoria 3 - Fatores que Influenciam no Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Categoria 4 - Registro de Enfermagem no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Não foi necessária a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de uma pesquisa bibliográfica. Conclusão: Concluímos que para um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de qualidade é necessário possuir uma estrutura adequada, uma equipe multiprofissional de saúde que possa atender a criança e a família, entendendo o contexto no qual estão inseridos e respeitando sua maneira de viver. Os profissionais que atuam na atenção básica devem adequar às recomendações apresentadas ao seu cenário de atuação, identificando prioridades e elaborando um plano de intervenção que alcance as especificidades de cada região. Contribuições / Implicações para a enfermagem: O enfermeiro tem papel fundamental nas funções e responsabilidades do cuidado, em especial da criança, desenvolvendo intervenções de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde na atenção básica. O profissional deve, além da parte técnica, ter autonomia e capacidade de resolver problemas que venham a aparecer, compreender o trabalho realizado na atenção básica, sendo primordial, a criação de estratégias que atraiam as famílias até as unidades básicas. Há uma preocupação dos enfermeiros em orientar as famílias sobre os fatores que influenciam no crescimento e desenvolvimento a fim de prevenir agravos e proporcionar uma saúde de qualidade à criança. Entretanto, os registros de enfermagem necessitam de adequação e responsabilidade nas anotações de forma clara e objetiva, o que torna imprescindível treinamento para qualificação da equipe. Referências: 1. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986. 2. Adami NP, Saparolli ECL. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo 2010;44(1):92-8. 3. Adami NP, Saparolli ECL. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no programa de saúde da família. Acta Paul. Enferm., São Paulo 2007;20(1):55-61. 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção integral às doenças prevalentes da infância. Brasília; 1995. 5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. In: como delinear uma pesquisa bibliográfica, 5ª Ed, São Paulo: Atlas editora; 2010,p.29. Descritores: Saúde da criança. Enfermagem pediátrica. Crescimento e desenvolvimento.

13964

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA HELENA BOMFIM DOS SANTOS

RETARDO DE CRESCIMENTO: FATOR PREDISPONENTE PARA A VIOLÊNCIA ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Santos, MHB; Santos, SA; Alves, ACG; Silva, ICN; Moraes, EM; Camargo, CL;

Introdução: A violência é um relevante problema de saúde pública que tem crescido na atualidade, com sérias consequências que atingem os âmbitos individual, coletivo e social, particularmente entre os jovens, que aparecem nas estatísticas do país como os que mais morrem e os que mais matam3,4. É um fenômeno comum a todos os países e qualquer indivíduo já esteve envolvido direta ou indiretamente em situações que caracterizam alguma forma de violência4. A escola possui inestimável papel na formação das crianças e dos adolescentes, sendo um dos aparelhos sociais responsáveis pela formação do caráter e da personalidade, bem como pela preparação do indivíduo para a vida em sociedade. Infere-se, contudo, que os indivíduos que possuem peculiaridades de natureza física ou psíquica têm maior probabilidade de apresentar desempenhos insatisfatórios, comprometimentos emocionais ou sentimentos de insatisfação com a vida[2]. As crianças que nascem prematuras são biologicamente imaturas e, por consequência, têm maior probabilidade de apresentar problemas de saúde e de desenvolvimento quando comparadas às crianças nascidas a termo. A vulnerabilidade biológica, predisposta dos prematuros pode associar-se a riscos psicossociais do contexto no qual a criança será inserida5. Algumas características físicas, comportamentais ou emocionais determinadas podem predispor às ações de violência e dificultar a aceitação do indivíduo pelo grupo[1]. Dentre os fatores que podem facilitar as agressões o retardo de crescimento é um fator exponencial, pois tal fato os faz serem diferentes do grupo. Os profissionais de Saúde, juntamente com os da Educação, devem estar aptos a detectar e intervir em casos suspeitos ou confirmados de violência para que se possa evitar novas situações de abuso e buscar promover saúde, em seu mais amplo sentido, da criança e do adolescente[1]. Nesse contexto, este levantamento objetiva analisar as produções científicas sobre a violência sofrida por crianças e adolescentes com retardo do crescimento. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujos materiais foram coletados no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo a busca realizada nas bases Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e BIREME no mês de julho de 2013. Foram incluídos os artigos publicados entre 2001 a 2012, disponíveis na íntegra, escritos em Português e que estivessem em consonância com o objeto desse estudo. Na busca foram utilizados os seguintes descritores: "Criança", "Desenvolvimento Infantil", "Violência" e "Enfermagem", selecionados após consulta ao Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram excluídos os artigos que não contemplaram o tema proposto na pesquisa, e não atendiam aos critérios de inclusão. A análise dos dados ocorreu após fichamento e tabulação dos artigos selecionados, realizados no programa Excel 2007. A partir da leitura minuciosa e exploratória dos 70 artigos encontrados, dos quais 14 no LILACS, 12 no SCIELO e 44 no BIRENE, foram analisadas as convergências e divergências entre os autores frentes a temática propostas, resultando em 5 artigos que contemplaram o objetivo. Resultados e discussão: Os artigos analisados utilizaram-se de recursos metodológicos diferentes para bordar o tema, 1 deles foi pesquisa com análise qualitativa, 1 estudo observacional, 2 deles foram revisão de literatura integrativa e 1 revisão de literatura sistemática. Quanto aos autores, 20% (n=1) foram escrito por enfermeiros, 20% (n=1) por fisioterapeutas, 20% (n=1) psicólogo, 20% (n=1) sociólogo e 20% (n=1) foi escrito por médicos. No que se refere ao tema aqui tratado revela-se importante para a enfermagem por conta da necessidade de conhecimento do contexto de violência na quais crianças e adolescentes estão expostos, de forma a

aprimorar a assistência, considerando as necessidades dessas pessoas. Quanto às regiões de publicação, a maioria (60%) foi da Região Sul, 20% da Região Nordeste e 20% do Sudeste, não sendo detectados estudos da Região Norte que abordem essa temática. Pouco tem se falado sobre a violência que acomete as crianças e adolescentes que apresentam retardo no crescimento. As crianças e adolescentes já se sentem diferentes simplesmente pelo fato de não atenderem aos padrões que compõem o senso comum como estatura e aparência física, situação agravada quando os mesmos sofrem violência por parte dos seus pares. Os profissionais de saúde devem estar atentos para detectar e intervir as situações em que as brincadeiras ultrapassam os limites, tornando-se violência e influenciando o bem-estar físico, mental, psicológico e social desses indivíduos1,2,3,4,5. Conclusão: A detecção da violência precoce possibilita a Enfermagem a conduzir e intervir junto à causa da violência a fim de estabilizar a situação e suprimir qualquer tipo de violência seja ela física e/ou psicológica, favorecendo a prestação de uma assistência individualizada e dentro de uma visão holística. Considerações/Implicações para Enfermagem: Propõe-se que mais estudos sejam realizados a respeito do tema a fim de informar e preparar os profissionais de saúde, sobretudo a Enfermagem, que tem na sua essência e especificidade a assistência e o cuidar ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade de forma integral e holística onde possam ser realizadas atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde. É através de embasamento científico que os profissionais saberão lidar da maneira mais acertada com tais situações, promovendo um cuidado planejado, com segurança, acolhimento, respeito e satisfação das necessidades próprias de cada indivíduo, estabelecendo uma relação de cuidado entre eles, para que possam buscar sempre uma melhor qualidade de vida dos indivíduos e do coletivo. Referências: 1. Cocco M, et al. Violência contra crianças: dimensões apreendidas nas falas de professoras de educação infantil e a articulação com o setor saúde. Reme - Rev. Min. Enferm. Minas Gerais, 14(4): 539-547, out./dez., 2010; 2. Ferreira MCR, et al. Acolhimento de crianças e adolescentes em situações de abandono, violência e rupturas. Psicol. Reflex. Crit. Porto Alegre, 25(2): 2012.; 3. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife, 1(2): May/Aug., 2001.; 4. Neto AAL. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. J. Pediatr. (Rio J.). Porto Alegre, 81(5): nov., 2005.; 5. Vieira MEB, Linhares MBM. Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. J. Pediatr. (Rio J.). Porto Alegre, 87(4): July/Aug., 2011. Descritores: Criança; Desenvolvimento Infantil; Violência; Enfermagem.

14055

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA VITORIA HOFFMANN

ABORDAGEM LÚDICA DA EXTENSÃO NA UNIDADE DE PEDIÁTRICA: PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL INFANTIL

Hoffmann, MV; Dutra, JT; Gonçalves, CM; Paula, NA;

A Higiene Bucal adequada desde a infância é um cuidado potencial na redução de problemas bucais futuros. Diante deste fato e sabendo da importância da educação em saúde, busca-se enfatizar a temática de prevenção de doenças e promoção de saúde bucal por intermédio de atividades lúdicas. Objetivo é utilizar o lúdico como ferramenta para promoção da Saúde Bucal Infantil. Trata-se de um relato de experiência que teve como cenário uma Unidade de Atenção Secundária de um município da Zona da Mata Mineira. O período que sustentou este relato de caso foi de 1 semestre de 2013.Os sujeitos envolvidos foram crianças, pais e familiares/ responsáveis que aguardavam consulta na respectiva Unidade. A metodologia empregada foi o emprego do lúdico que ocorreu através da utilização de fantoches. Enquanto aguardavam as consultas as crianças e familiares eram apresentadas aos personagens: "Dente com cárie", "Milho", "Escova de Dente". Foi contada uma história, que foi sendo construída espontaneamente com a participação das crianças e familiares. Os resultados são a inclusão do lúdico que possibilitou a inserção do individuo criança e família no processo de aprendizagem sobre a Saúde Bucal, valorizando sua cultura e saber, além de estreitar o vínculo entre criança e família com os profissionais de saúde. Concluindo que a utilização do lúdico como estratégia educativa é um importante instrumento no trabalho de prevenção de doenças bucais e como tal na promoção da Saúde Bucal Infantil que proporciona um aprendizado com maior prazer e significado a crianças, proporcionando uma interface educativa que envolve jogos,teatro de fantoches e brincadeiras para dar sentido ao cotidiano da criança. Referências: 1.Elsen I, Patrício ZM.Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem.In:Schmitz EMR.(org.).A enfermagem em pediatria e puericultura.Rio de Janeiro:Atheneu,2005. Descritores: Equipe de Enfermagem, Criança Hospitalizada, Assistência de Enfermagem

14058

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA VITORIA HOFFMANN

PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM ACERCA DA ABORDAGEM ASSISTENCIAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA

Hoffmann, MV; Oliveira, ICS;

Para a assistência à criança hospitalizada, existem três tipos de abordagem: centrada na patologia da criança, centrada na criança e centrada na criança e sua família1. Objetivos:descrever as características da assistência prestada à criança na unidade de internação pediátrica(UIP),analisar a abordagem assistencial adotada pela equipe de enfermagem e discutir as implicações da abordagem adotada pela equipe de enfermagem para a criança na UIP.A pesquisa é qualitativa,tipo estudo de caso.O cenário foi a UIP de um hospital universitário. Os sujeitos foram quatro enfermeiros e quatorze técnicos de enfermagem que atuam na UIP. Os procedimentos metodológicos foram a entrevista não diretiva em grupo e observação participante com diário de campo. Com base na análise temática2, constatou-se que as crianças são distribuídas de acordo com a faixa etária e sexo,o que caracteriza a abordagem centrada na criança. A interação entre a equipe de enfermagem e os familiares/acompanhantes é precedida de conflitos, resultante da dificuldade de aceitação da família no espaço hospitalar. A tomada de decisão está centralizada na equipe de saúde, não sendo compartilhada com a criança e sua família. Conclui-se que na UIP predomina a abordagem centrada na criança, sendo que em algumas situações, como na prestação dos cuidados, estabelece-se a abordagem centrada na criança e sua família. A capacitação da equipe de enfermagem torna-se necessária com vistas a inserção da família da criança no cotidiano da prática assistencial de enfermagem. Contribuição do estudo: A pesquisa aponta a abordagem adotada na assistência à criança e a participação da família no contexto hospitalar pediátrico. Referências: 1.Elsen I, Patrício ZM.Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem.In:Schmitz EMR.(org).A enfermagem em pediatria e puericultura.Rio de Janeiro:Atheneu,2005;2.Minayo MCS.O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo:Hucitec, 2004. Descritores: Equipe de Enfermagem, Criança Hospitalizada, Assistência de Enfermagem

14029

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIANA FERREIRA ARRIECHE LOPEZ

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO INTERNACIONAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Lopez, MFA; Wegner, WW; Biffi, DB; Pires, LCBP;

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO INTERNACIONAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA INTRODUÇÃO: A preocupação mundial com a segurança do paciente surgiu com a publicação do Relatório do Instituto de Medicina Americano intitulado To Err is Human: Building a Safer Health Care System, que disparou as discussões sobre a necessidade de repensar as práticas de cuidado em saúde. Após este relatório, em 2004 foi lançada a Aliança Mundial para a segurança do paciente que buscava discutir a criação e desenvolvimento de políticas e práticas em prol da segurança do paciente com o objetivo de mobilizar esforços globais para a segurança do paciente. A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável durante a atenção em saúde e os eventos adversos são as falhas advindas do cuidado em saúde por fatores não-relacionados a doença de base1. Recentemente, o Ministério da Saúde, no Brasil, lançou a Política Nacional de Segurança do Paciente seguindo os mesmos pressupostos da Organização Mundial da Saúde. Um propósito da enfermagem pediátrica é melhorar a qualidade da saúde da criança, proporcionando cuidados em saúde seguros e de qualidade. A hospitalização da criança e família é um evento estressante, um fator de risco para a ocorrência de eventos adversos, seus efeitos podem surgir antes mesmo da admissão hospitalar. Frente a estas questões é importante desenvolvermos iniciativas voltadas para a segurança do paciente pediátrico. Existem estudos em desenvolvimento direcionados para a saúde da criança, mas ainda são poucos frente à magnitude do tema segurança do paciente. Um estudo de revisão sistemática que a incidência de eventos adversos na atenção em saúde é elevada e apresenta uma diversidade de aspectos, sendo importante que todos os envolvidos no cuidado conheçam e discutam os elementos que podem apresentar risco2. A questão norteadora do estudo foi: qual a produção do conhecimento internacional sobre os aspectos que envolvem a segurança do paciente no contexto da enfermagem pediátrica? Espera-se que os profissionais da saúde, em especial, a equipe de enfermagem, concentrem esforços para garantir um cuidado seguro e desenvolvam estratégias para prevenção de eventos adversos nos contexto de cuidado da criança. OBJETIVOS: Descrever a produção do conhecimento internacional sobre os aspectos que envolvem a segurança do paciente no contexto da enfermagem pediátrica nos últimos 10 anos na base de dados Pubmed. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter evidências sobre o tema de interesse2. O levantamento bibliográfico foi realizado na Base de Dados PubMed com os descritores: Enfermagem Pediátrica e Segurança do Paciente. Os critérios de inclusão e filtros utilizados para o refinamento da busca foram: ser artigo publicado nos últimos 10 anos (2002 em diante); ser a população estudada compreendida na faixa etária do nascimento até os 18 anos e conter a palavra segurança do paciente no título. Foram inicialmente identificados 178 artigos, sendo que destes apenas 21 continham no título a palavra segurança do paciente. Destes apenas 15 estavam disponíveis na íntegra e com acesso livre-gratuito, os quais foram selecionados e analisados para compor esse estudo. RESULTADOS: A garantia da segurança do paciente pode ser influenciada por diversos fatores como ambiente de trabalho, sobrecarga de trabalho, falta de qualificação profissional, aspectos institucionais, entre outros. Os estudos encontrados estão voltados para os cuidados desenvolvidos em unidade perinatais e neonatais, mas as questões abordadas podem ser pertinentes em

outras áreas, entre elas na enfermagem pediátrica. Estudos apontam que a jornada de trabalho é um ponto crítico para a segurança do paciente. Eles abordam que jornadas acima de 17 horas, condições de trabalho inadequadas, estresse, sobrecarga de trabalho são fatores que podem contribuir para o erro3. Os estudos apontam que as falhas de comunicação são um dos fatores de risco mais importantes na segurança do paciente. Dentre outros fatores que afetam a segurança do paciente estão elencadas as falhas no processo medicamentoso; na identificação do paciente; nos sistemas; e falha em delegar funções. Um estudo desenvolvido em uma unidade de cuidados neonatais fala que uma das estratégias é o desenvolvimento de uma equipe interdisciplinar para identificar, analisar e priorizar os riscos4. Além de o foco estar centrado nos processos e práticas, precisamos pensar em como os profissionais da saúde percebem a segurança do paciente. A cultura de segurança dentro das instituições hospitalares é fundamental para promover a segurança do paciente, torna-se indispensável inserir os profissionais de saúde nas discussões sobre a segurança do paciente. Com o objetivo de avaliar o trabalho em equipe dentro de uma unidade intensiva pediátrica um estudo aplicou um questionário sobre as atitudes de segurança para enfermeiros e médicos de uma instituição hospitalar. Os resultados mostraram que os enfermeiros apresentaram melhor atuação nas questões referentes à gestão e condições de trabalho, já a equipe médica apresentou melhor desempenho nas questões relacionadas ao trabalho em equipe e reconhecimento do estresse5. O cuidado da criança deve ser norteado de práticas seguras, sendo indispensável para os profissionais repensar suas práticas de saúde buscando qualificá-las para promover a qualidade da assistência e a segurança do paciente. A segurança do paciente deve ser uma prioridade nos serviços de saúde, estudos mostram que cada vez mais ela torna-se um problema global, necessitando desenvolver estratégias para que a segurança do paciente seja melhorada. CONCLUSÕES: A cultura de segurança dentro das instituições hospitalares é fundamental para promover a segurança do paciente pediátrico. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que coordenam, implementam e avaliam as ações de cuidado para o paciente, e estão cada vez mais inseridos nas discussões sobre a segurança do paciente. A comunicação com a família e entre os integrantes da equipe de saúde, além das longas jornadas de trabalho da enfermagem são os fatores de risco mais abordados nos estudo como nós críticos para segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O cuidado da criança deve ser norteado de práticas seguras, sendo indispensável para os profissionais repensar suas práticas de saúde, buscando qualificá-las para promover a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Na área da enfermagem pediátrica ainda existe uma escassez de publicações que evidenciem o desenvolvimento da segurança do paciente com estratégias para a prevenção do eventos adversos. DESCRITORES: enfermagem pediátrica; segurança do paciente; saúde da criança. REFERÊNCIAS: 1. Wegner W. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. Tese [Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós Graduação, 2011. 2. Mendes KDS et al. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem, 2008, 17(4):758- 3. [No author listed]. The impacto f advanced practice nurses shift length and fatigue on patient safety. Advances in Neonatal Care, 2012, 12(3): 189-200. 4. Brown S et al. The Perinatal patient safety nurse: a new role to promote safe care for mothers and babies. JOGNN, 2006, 35(3):417-22. 5. Poley MJ et al. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the safety attitudes questionnaire. Pediatric Crit Care Med, 2011, 12(6): 310-17.

13910

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIANA MARQUES VIEIRA

ATENÇÃO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Vieira, MMV; Whitaker, MCOW;

Vieira MM[1], Whitaker MCO[2] Introdução: É na infância, que ocorrem mais intensamente as modificações físicas, mentais e emocionais. Sabe-se que os acontecimentos, o desenvolvimento e crescimento desta fase exercem grande influência na fase adulta. Por ter este dinamismo, esta fase merece atenção dos serviços de saúde e a assistência deve estar estruturada para fornecer um atendimento à família, núcleo primário da vida da criança[1]. Há décadas já se pensa em atendimento integral a todos incluindo àqueles com maior necessidade, como as crianças. Alguns acontecimentos históricos foram pontuais para a evolução da saúde da criança, como a Conferência de Alma-Ata, que norteou o Sistema Único de Saúde, o 1º Encontro da Cúpula Mundial em favor da Infância, que concluiu que as propostas feitas na Conferência de Alma-Ata, ainda não haviam sido cumpridas e a Estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que preocupa-se com a criança em sua totalidade. A integralidade e a multidisciplinaridade no cuidado à criança são fatores importantes para alcançar o sucesso no tratamento e, isso só é possível quando o profissional cria vínculo com a família e detém conhecimento suficiente para encaminhar a criança a outros níveis de atenção, quando necessário4. Tendo em vista a complexidade que envolve a infância, as necessidades inerentes às crianças, os agravos de saúde e o papel fundamental do enfermeiro para assistência à saúde da criança, questiona-se: qual a preocupação da enfermagem com a saúde da criança na atenção Básica à Saúde? Objetivo: Identificar qual o conhecimento científico produzido atualmente, sobre a preocupação da enfermagem com a saúde da criança na Atenção Básica à Saúde. [1] Graduanda do 3º ano do Curso de Enfermagem Centro Universitário de Araraquara - UNIARA. Endereço eletrônico: marivmarques@hotmail.com [2] Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Araraquara - UNIARA. Doutora em Ciências. Endereço eletrônico: carol_pedi@yahoo.com.br Metodologia: para realização desta revisão foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema, elaboração do objetivo do estudo e das palavras-chave utilizadas, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, definição das informações a serem retiradas destes, análise dos resultados e, por fim, apresentação e debate da revisão. Para orientação e busca bibliográfica, elaborou-se a seguinte questão: qual a preocupação da enfermagem acerca da saúde da criança na atenção básica de saúde? Para seleção dos artigos, definiu-se que seriam incluídos, aqueles que possuíssem resumos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que contempla as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Biblioteca Cochrane, SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e BEDENF (Base de Dados de Enfermagem). Como critérios detalhados de inclusão utilizou-se, artigos publicados entre janeiro de 2003 e junho de 2013, texto em português ou inglês, que atendessem ao tema delimitado. A busca foi realizada on-line utilizando as palavras criança (child), atenção primária à saúde (primary health care) e enfermagem (nursing), extraídas dos descritores no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), e do MeSH (Medical Subject Headings). Após cruzamento das palavras-chave, o resultado foi de 951 artigos, dos quais foram selecionados 214 por conter resumo disponível. Destes, 18 atenderam aos critérios de inclusão. Resultados: analisados os trabalhos selecionados, foi constatado que 17 deles foram realizados por enfermeiros, e, a maioria foi publicada no ano de 2011. Quanto ao país de origem, de acordo com as delimitações metodológicas de idioma (português e inglês), a maioria dos textos é brasileira. A análise das publicações permitiu identificação e divisão em quatro principais temáticas.

Avaliação e descrição da estrutura da atenção básica para atender a crianças. Essa temática revelou que estrutura física, qualidade e quantidade de profissionais disponíveis ao atendimento da criança são características que favorecem a atenção integral à criança. A articulação entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, também é um elemento fundamental para que a integralidade seja atingida e garanta a continuidade do cuidado à criança. Porém, na realização da assistência há muitas limitações para a operacionalização[1]. A atenção ao crescimento e desenvolvimento infantil, segundo tema, caracterizou o cuidado com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, como a maneira mais fácil de identificar agravos precocemente. Este grupo de trabalhos indicou a necessidade da presença de profissionais qualificados e em número adequado para fornecer uma assistência baseada no vínculo entre a família e o profissional, para garantir adesão ao tratamento e acompanhamento das crianças nos serviços de saúde3. O terceiro tema descreveu sobre a atenção em puericultura a crianças menores de dois anos de idade, que revelou a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças, e a necessidade de diagnóstico rápido e preciso aos agravos que acometem essa faixa etária para minimizar consequências a longo prazo4. O último grupo temático trouxe a discussão sobre a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), revelando a necessidade de profissionais devidamente treinados para exercer as estratégias propostas no AIDPI na Atenção Básica de Saúde, ação que permitirá uma visão global da criança, abrangendo o contexto social e familiar e, não somente a queixa que conduziu a criança à unidade de saúde5. Conclusão: O estudo revelou lacunas na área de Atenção Básica à Saúde de crianças acima dos cinco anos de idade, que iniciam sua fase escolar, pois não foram encontrados trabalhos que abordassem esta faixa etária para os descritores utilizados. Pode-se observar ainda que existem poucas publicações que tratam da articulação entre os serviços primário e terciário, buscando a integralidade no cuidado à criança não apenas em uma área de atenção isolada, mas a continuidade do cuidado. Porém, nota-se que há grande preocupação da enfermagem com o cuidado integral por nível de atenção e com a saúde de crianças até dois anos de idade, fase grandes modificações e susceptibilidade, isso é positivo para a qualidade no cuidado e redução dos índices de morbimortalidades. Descritores: criança (child), atenção primária à saúde (primary health care) e enfermagem (nursing).

Referências: 1. SILVA, A. M. - Competências da enfermeira para a atenção à criança na Rede Básica de Saúde. Porto Alegre. 2012. 2. TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; THUMÉ, E.; PICCINI, R. X.; OSORIO, A.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; TEIXEIRA, V. A.; DILÉLIO, A. S.; MAIA, M. F. S. - Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste: diferenças por modelo de atenção. Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo. 2011. 3. FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO. D. F. - A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em Unidade Básica de Saúde. Ver. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto. 2003. 4. GAUTERIO, D. P; IRALA, D. A., CEZAR-VAZ, M. R. - Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. 2012. 5. HIGUCHI, C. H.; FUJIMORI, E.; CURSINO, E. G.; CHIESA, A. M.; VERISSIMO, M. D. L. O. R.; MELLO, D. F. - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância na prática de enfermeiros egressos da USP. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. 2011.

14207

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIANA MOURA DA SILVA

FATORES PROGNÓSTICOS EM CRIANÇAS COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA AGUDA

Cioccari, M; Silva, MM; Pacheco, BP; Santos, DR; Nunes, S;

Introdução. As leucemias constituem o tipo de neoplasia mais comum em crianças menores de 15 anos, correspondendo a aproximadamente um terço de todas as neoplasias humanas1, estima-se uma incidência anual de cerca de 200 mil casos em todo o mundo. Entre elas, a Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) é a mais comum, acometendo de 75% a 80% dos casos4. A LLA é um tipo de neoplasia maligna que ocasiona uma aglomeração de células linfóides imaturas na medula óssea, afetando a produção de glóbulos brancos, glóbulos vermelhos e plaquetas. Os fatores prognósticos representam importante papel na determinação da evolução da doença e podem ser positivos ou negativos. Fatores como idade ao diagnóstico, leucometria, subtipo de LLA, gênero, raça, disseminação da doença, translocações cromossômicas provém uma visão da evolução e das chances de cura da doença, bem como auxiliam na escolha terapêutica mais adequada. Normalmente, crianças com alguma doença podem ter seu apetite alterado e conseqüentemente afetar seu balanceamento em nutrientes7. Objetivo - Verificar quais os fatores prognósticos que mais influenciam na sobrevida e tratamento em crianças com leucemia linfoide aguda. Metodologia - O estudo foi realizado no formato de uma revisão bibliográfica de literatura com abordagem qualitativa, no período de 2007 a 2012. A busca de dados foi realizada nas bases SciELO e LILACS. Os critérios de inclusão foram textos em língua portuguesa, disponíveis na modalidade completo dentro do período delimitado. Consequentemente foram excluídos estudos em formato de resumos, em língua estrangeira, fora do período determinado ou que não correspondiam ao tema e teses. Resultados e Discussão - A partir dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados seis estudos para análise. Na totalidade dos estudos a raça surge como um fator prognóstico interessante, crianças de raça negra e hispânica apresentam menores taxas de cura da doença, porém a LLA é mais facilmente encontrada em crianças brancas. O fator gênero também aparece, em três estudos, como havendo uma pequena prevalência do sexo masculino1,2,5. Três estudos apresentam condição sócio-econômica como fator importante, uma vez que influencia no tipo de associações terapêuticas utilizadas. Segundo o Instituto Nacional do Câncer em livro publicado em 2008, a mortalidade diminuiu mais nos estados brasileiros com melhores condições socioeconômicas. Geralmente este vem, associado a outro fator de grande relevância, a desnutrição. A desnutrição por sua vez constitui-se em um dos fatores de extrema importância, uma vez que pode influenciar tanto na toxicidade como na resposta ao tratamento, tendo em vista que a má condição nutricional da criança agrava a supressão imunológica, dando espaço para infecções oportunistas se instalarem no organismo, isto por sua vez pode vir a redução os índices de remissão da doença. Na mesma ideia, os tratamentos mais utilizados para combater a LLA são a radioterapia e quimioterapia, tais terapêuticas são extremamente agressivas ao organismo, principalmente na criança e levam a redução no paladar, dificuldades mecânicas, redução do apetite, muitas vezes crianças associam os efeitos colaterais dos medicamentos como sendo alimentares, dificultando o aspecto nutricional. Em todos os estudos o fator idade ao diagnóstico mostrou-se relevante, uma vez que crianças até nove possuem melhores chances de cura, enquanto crianças acima de dez anos apresentam pior prognóstico, muitas vezes esse fator associa-se com a contagem de glóbulos brancos ou leucometria. Pacientes que apresentam uma leucometria inferior a 50.000 leucócitos/mm3 apresentam melhor prognóstico em relação a valores aumentados. Dois estudos trazem o subtipo de LLA como importantes fatores, sendo LLA de precursor B a que apresenta melhor prognóstico3,5. Fatores como disseminação da doença, número de cromossomos e translocações cromossômicas aparecem

discretamente citados em dois estudos3,5. A respeito de disseminação da doença, os achados apresentam como disseminação para o líquido cefalorraquidiano ou para os testículos como fatores contribuintes e/ou determinantes de pior prognóstico. O fator translocações cromossômicas em um dos estudos apresenta-se associado ao fator raça, justificando-se assim a opinião de alguns autores por uma ou por outra raça como fator prognóstico, apesar de ainda ser aspecto controverso. Outro estudo apresenta anomalias cromossômicas como fatores de risco para o desenvolvimento da Leucemia Linfocítica Aguda, como por exemplo, a Síndrome de Down, Síndrome de Boom ou anemia de Fanconi. Considerações finais: A partir desta revisão foi possível identificar os fatores prognósticos de maior relevância e atuação do enfermeiro frente aos mesmos. A partir das discussões apresentadas acima, constatou-se que um dos fatores encontrados de maior relevância foi a desnutrição e inapetência devido aos tratamentos utilizados. Nesse contexto cabe ao enfermeiro criar estratégias lúdicas de incentivo à alimentação da criança, bem como orientar os familiares a respeito da importância de uma boa nutrição no tratamento e recuperação da criança. Frente ao fator sócio-econômico as autoras apontam para necessidade de criação de políticas que venham a prever a universalidade dos tratamentos modernos aos pacientes diagnosticados, em especial àqueles que se encontrem nos grupos de risco, definidos pelos fatores prognósticos apresentados no estudo. Concluindo, as autoras entendem que perante a determinados fatores compete a enfermagem prover ao paciente assistência de qualidade, individualizada e humanizada, provendo a melhor qualidade de vida e conforto possível em vista a aumentar positivamente a resposta terapêutica. De outra forma cabe também ao enfermeiro inserido nos órgãos públicos ter participação ativa na criação de leis, programas e políticas que visem suprir as necessidades da população em questão. Descritores: Enfermagem; Leucemia; Prognóstico. Referências 1. Borim L N B, Ruiz M A, Conte A C F, Camargo B. Estado nutricional como fator prognóstico em crianças portadoras de Leucemia Linfocítica Aguda. Rev.bras.hematol.hemoter., 2000, 22(1): 47-53, 2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2008. 3. Instituto Oncoguia. Fatores Prognósticos da Leucemia em Crianças. Disponível em: http://www.oncoguia.org.br/conteudo/fatores-prognosticos-da-leucemia-em-criancas/3907/602/ 4. Kebriaei P, Anastasi J, Larson, R A. Acute lymphoblastic leukemia: diagnosis and classification. Best Pract Res Clin Haematol. 2003; 15: 597-21. 5. Leite E P, Muniz M T C, Azevedo A C A C, Souto F R, Maia A C L, Gondim C M F, Bandeira F M G C, Melo R A M. Fatores prognósticos em crianças e adolescentes com Leucemia Linfóide Aguda. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.7 no.4 Recife Oct./Dec. 2007

14209

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIANA MOURA DA SILVA

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM CÂNCER: UM DESAFIO PARA ENFERMAGEM

Silva, MM; Cioccari, M; Pacheco, BP; Santos, DR; Nunes, S;

Introdução: O câncer constitui-se no contexto atual como um grave problema de saúde, especialmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Os altos custos dos tratamentos mais modernos e as dificuldades de diagnóstico são agravos à situação do paciente. Mundialmente, o câncer representa de 0,5% a 3% de prevalência entre as crianças, se comparadas à população em geral. No Brasil, a partir dos dados obtidos do registro de câncer de base populacional, observou-se que o câncer infantil varia de 1% a 4,6%1. A enfermagem como arte e ciência inserida nas equipes multiprofissionais de cuidado exerce papel importante e significativo na assistência ao paciente, especialmente em oncologia. Segundo Venâncio (2004) o diagnóstico de câncer é vivido como um momento de angústia e ansiedade pelo fato da doença ser rotulada como mortal e dolorosa, por muitas vezes a palavra câncer exerce forte impacto na família a qual necessita de orientações e suporte, cabendo à enfermagem fornecer todo auxílio necessário. A assistência em oncologia divide-se em cuidados preventivo, curativo e paliativo. Não existem medidas efetivas quanto à prevenção para impedir o desenvolvimento de câncer na faixa etária pediátrica. A detecção precoce seria a principal estratégia, pois, quando o diagnóstico é feito em fases iniciais, permite um tratamento menos agressivo e mais efetivo, com maiores possibilidades de cura e menos sequelas[3] para o desenvolvimento e crescimento da criança. No aspecto curativo o enfermeiro participa ativamente nas etapas de tratamento e controle da doença e efeitos colaterais. No paciente portador de doença avançada, o enfoque da assistência de enfermagem muda do contexto curativo para os cuidados paliativos, que por sua vez vêm a prover uma melhor qualidade de vida e conforto ao paciente. Nota-se pelo descrito que a enfermagem participa de todas as etapas do processo saúde-doença, desde seu diagnóstico, passando por todo o período de tratamento até o seu desfecho que pode ser de cura ou pela incapacidade desta chegar ao óbito. O profissional de enfermagem necessita portanto, estar devidamente preparado para gerenciar as diversas situações com as quais se depara no contexto da oncologia infantil, pois além de prestar os cuidados físicos, precisa-se atentar para os aspectos emocionais e psicológicos, não somente dos pacientes mas também de seus familiares. Sendo assim, trata-se de um desafio para o profissional enfermeiro uma vez que também precisa lidar com seus próprios sentimentos e emoções. Objetivo: Verificar na produção científica nacional qual o papel da enfermagem na assistência a criança com câncer. Metodologia: O estudo foi construído como forma de revisão bibliográfica de literatura na produção científica nacional sob uma abordagem qualitativa. Os dados foram buscados nas bases SciELO e LILACS. Os critérios de inclusão para seleção foram corresponder à temática proposta, disponíveis em formato completo em língua portuguesa dentro do período de 2007-2012 devido à necessidade de dados e produções atuais. Foram excluídos trabalhos disponíveis somente no formato de resumo, em língua estrangeira, fora do período determinado e que não respondiam ao tema. Resultados e Discussão: Foram selecionados para análise oito estudos que correspondiam aos critérios de inclusão de exclusão. Na sua totalidade os estudos trazem o enfermeiro como peça chave nas etapas do processo saúde-doença da criança com câncer. Dentre as atribuições do enfermeiro os estudos destacam o suporte emocional que o enfermeiro proporciona e seu papel como educador em saúde. Uma vez trabalhando com crianças esse aspecto se reforça nos termos de orientações quanto à patologia, tratamento e efeitos colaterais dos mesmos, bem como atividades recreativas e educativas para o desenvolvimento da criança. Foram encontrados quatro estudos de revisão, sendo duas revisões integrativas de abordagem quantitativa a respeito dos métodos de

estudo e procedência das publicações e destacam as regiões Sul e Sudeste do Brasil como apresentando maior volume de publicações na área. Dois dos estudos de revisão tratam de abordagem qualitativa da produção nacional da assistência de enfermagem ao paciente oncológico pediátrico e preconizam a atenção emocional e psicológica à família além dos cuidados físicos prestados. Os estudos de revisão representam importante papel na construção do saber científico da enfermagem, embasando e evidenciando sua prática. Conforme Silva et al (2013) o enfermeiro deve utilizar capacidade de julgamento, decisão, reflexão, integração, intencionalidade, criatividade e utilização do conhecimento científico. Três estudos encontrados abordam fortemente a questão dos cuidados paliativos à criança com câncer, se referem a não aceitação por parte da família e trazem que o enfermeiro deve prover qualidade de vida e conforto ao paciente e seus familiares. Da mesma forma abordam que o enfermeiro deve ser capaz de separar seus sentimentos pessoais para que isso não afete sua capacidade de decisão e julgamento clínico. Dois dos estudos tratam exclusivamente dos sentimentos despertos nos enfermeiros de unidades oncológicas pediátricas, nos resultados o sentimento absoluto que aparece é o medo, depois deste seguem os sentimentos de impotência e tristeza diante de um paciente tão frágil e pequeno portador de uma doença grave. Considerações Finais: A partir da realização deste estudo de revisão percebe-se o papel de extrema importância do profissional enfermeiro, destacando a humanização com a família, o paciente e também com sua equipe. Nota-se também que o profissional também é humano e seus sentimentos devem ser levados em consideração. Na visão das autoras, o acompanhamento psicológico deveria estender-se à equipe de enfermagem, uma vez que a formação do vínculo é necessária na construção da confiança e segurança na relação profissional-paciente. Por tais razões a assistência à criança com câncer sempre se constituirá em grande desafio para a enfermagem. Descritores: Enfermagem; Assistência; Infantil. Referências 1. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2007. 2. Oliveira M C L, Firmes M P R. Sentimentos dos profissionais de enfermagem em relação ao paciente oncológico. remE - Rev. Min. Enferm.;16(1): 91-97, jan./mar., 2012 3. Rodrigues KE, Camargo B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(1): 29-34. 4. Silva T P, Leite J L, Santos N L P, Silva I R, Mendonça A C A, Santos M J C, Silva L J. Cuidados de enfermagem à criança com câncer: uma revisão integrativa de literatura. Rev Enferm UFSM 2013 Jan/Abril;3(1):68-78. 5. Venâncio, J.L. (2004). Importância da atuação no tratamento de mulheres com câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia, 50 (1); 55-63.

14118

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIANA ORIQUES BITTENCOURT

CUIDADO DE ENFERMAGEM FRENTE A DESNUTRIÇÃO INFANTIL

Bittencourt, MOB; Seixas, LMS; Conrado, AC; Brill, NGLB; Salla, ISS; Machado, KCM;

INTRODUÇÃO: A desnutrição é um importante problema de saúde pública na infância, que afeta um grande número de crianças. Trata-se de um problema do tipo multifatorial, envolvendo determinantes de origem biológica (baixo peso ao nascer e condições de saúde inadequadas) e social (condições socioeconômicas e ambientais desfavoráveis). O consumo nutricional inadequado não é a única causa da desnutrição. Fatores sociais, culturais, genéticos, econômicos e políticos também devem ser considerados. Problemas de saúde relacionados às condições precárias de higiene e o cuidado inadequado também são fatores que podem contribuir. Esses fatores estão inter-relacionados e agem diretamente (biologicamente) ou indiretamente (social) sobre o estado nutricional. Avaliar o estado nutricional é de fundamental importância para investigar se a criança está crescendo dentro dos limites recomendados ou está fora deles devido a doenças ou condições de vida desfavoráveis. Medidas de crescimento em crianças são uma das maneiras mais eficientes de ponderar o seu estado de saúde geral, tornando eficaz possíveis intervenções que podem restabelecer condições ideais de saúde e evitar os danos resultantes de desnutrição. O conhecimento do estado nutricional pode ainda determinar prognóstico e terapia em diferentes patologias. A desnutrição é a segunda causa de morte mais frequente em menores de 5 anos nos países em desenvolvimento[1]. OBJETIVO: Revisão sobre a atenção e cuidados prestados a criança e aos familiares por parte da equipe de enfermagem, visando o ajuste no contexto familiar, e consequentemente a melhora do paciente com relação a desnutrição infantil. METODOLOGIA: Abordou-se uma pesquisa descritiva bibliográfica. Foram selecionados artigos completos, disponíveis em suporte eletrônico, no idioma português. A busca ocorreu na base de dados online LILACS ao mesmo tempo em que foram efetivadas buscas em sites científicos e também em livros bibliográficos que discutem a temática em questão. RESULTADOS: Há uma confusão conceitual entre desnutrição e fome presente nas afirmações de educadores e profissionais de saúde e mesmo nas políticas públicas. A desnutrição ocorre quando a fome se mantém em intensidade e tempo tão prolongados, que passam a interferir no suprimento energético do organismo. Para manter seu metabolismo em funcionamento, o corpo adota uma série de medidas de "contenção de gasto"[2].A desnutrição infantil é uma doença de origem multicausal e complexa que tem suas raízes na pobreza. Ocorre quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para o seu metabolismo fisiológico, devido a falta de aporte ou problema na utilização do que lhe é ofertado. Assim sendo, na maioria dos casos, a desnutrição é o resultado de uma ingesta insuficiente, ou fome, e de doenças[2]. Entre os fatores que contribuem para a desnutrição na criança pequena encontram-se as suas necessidades relativamente maiores, tanto de energia como de proteínas, em relação aos demais membros da família; o baixo conteúdo energético dos alimentos complementares utilizados e administrados com frequência insuficiente; a disponibilidade inadequada de alimentos devido à pobreza, desigualdade social, falta de terra para cultivar e problemas de distribuição intra familiar; as infecções virais, bacterianas e parasitárias repetidas, que podem produzir anorexia e reduzir a ingestão de nutrientes, sua absorção e utilização, ou produzir a sua perda; as fomes causadas por secas ou outros desastres naturais ou guerras; as práticas inadequadas de cuidado infantil tais como administração de alimentos muito diluídos e/ou não higienicamente preparados[3]. A desnutrição afeta todos os sistemas e órgãos das crianças gravemente desnutridas. Nenhuma das funções até agora estudadas nessas crianças tem se mostrado normal, sugere-se que todos os processos do organismo entram em uma redução funcional adaptativa, como estratégia para garantir a sobrevivência4.Os fatores de

risco, relacionados com a desnutrição em crianças são: baixo peso ao nascer, história de prematuridade, desmame precoce, baixo grau de escolaridade materna, renda familiar abaixo de dois salários mínimos, saneamento básico domiciliar inadequado. As causas da desnutrição e suas consequências para o desenvolvimento das crianças podem ser analisadas segundo duas perspectivas distintas. A primeira analisa a criança desnutrida, sua estrutura familiar e suas condições de vida mediante aplicação de entrevistas fechadas, testes e instrumentais padronizados de acordo com uma escala de desenvolvimento esperado em cada faixa etária. Os mais conhecidos são as anamneses, os testes psicodiagnósticos que avaliam desenvolvimento intelectual, emocional, aprendizagem escolar e capacidades linguísticas. Os indivíduos são analisados "em si", considerando-se assim que a desnutrição é um problema individual, passível de ser investigado fora de um contexto mais amplo, isto é, isolado das condições sociais, econômicas e políticas de sua produção. Outra maneira de conhecer as causas da desnutrição e suas consequências para uma considerável parcela das crianças pobres brasileiras é procurar compreendê-las como decorrência das concepções e das ações que se estabelecem entre os diferentes grupos sociais e as instituições a partir das relações sociais, econômicas e políticas que estruturam a sociedade brasileira.5 CONCLUSÃO: Quando se trata de desnutrição infantil, este é um problema de saúde pública que afeta tanto o sistema físico quanto mental, levando a apatia, depressão, retardo no crescimento e no desenvolvimento psicomotor, retardo de cicatrização, alterações metabólicas e imunológicas da criança, aumentando as morbidade e mortalidade, os quais continuam a ser graves problemas em nosso país. Sendo assim, reduzir a prevalência da desnutrição infantil requer ação focalizada e sistemática não apenas na área de saúde, mas também de segurança alimentar e, particularmente, nos cuidados com a mãe para que ela possa cuidar bem da sua criança. Acesso à educação, cuidados de saúde e água de boa qualidade, proteção contra doenças e garantia de uma ingestão adequada de micronutrientes são elementos chave para acompanhamento e suporte às crianças com desnutrição leve, moderada e grave. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O reconhecimento do processo da desnutrição e a identificação das especificidades da doença pela enfermagem permite chegar a um diagnóstico prévio, amenizando os prejuízos que esta traz à criança. Deste modo, a enfermagem pode ser uma ponte facilitadora no processo do cuidar, identificando as necessidades e elaborando um plano de cuidado para cada paciente, conforme as suas condições individuais de saúde e sociais, juntamente com uma educação permanente e benéfica para a criança e sua família, conscientizando-os da importância de uma alimentação saudável para o desenvolvimento normal do organismo. DESCRITORES: Cuidados de enfermagem; Desnutrição infantil, Criança. REFERÊNCIAS 1. 10. Waterlow JC. Protein and energy malnutrition. London: Edward Arnold; 1992. 2. Moyses MA.; Collares C. Desnutrição, fracasso escolar e merenda. In. PATTO, M. H. (Org.) Introdução à psicologia escolar. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 3.. WHO - Complementary feeding of young children in developing countries. Geneva: World Health Organization; 1998. 4. Waterlow JC. Protein and energy malnutrition. London: Edward Arnold; 1992. 5.Sawaya SM. Desnutrição e baixo rendimento escolar: contribuições críticas. São Paulo, Setembro/Dezembro de 2006

14045

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARÍLIA DE FARIAS SONCINI

NORMAS E DIRETRIZES SOBRE A TERAPIA INTRAVENOSA: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA

Soncini, MF; Karam, PF; Anders, JC; Andrade, SR; Matos, E;

TÍTULO: NORMAS E DIRETRIZES SOBRE A TERAPIA INTRAVENOSA: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA Introdução: A terapia intravenosa (TIV) envolve ações desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, entretanto, grande parte das atribuições para sua execução é desenvolvida pela enfermagem(1). Uma área mais específica na terapia intravenosa é a pediatria, que demanda do enfermeiro observação às especificidades de crescimento e desenvolvimento da criança(2). Além do conhecimento científico e tecnológico, a realização dessa prática requer, também, conhecimento acerca da legislação que regulamenta o cuidado de enfermagem na TIV. Objetivo: Analisar os conteúdos sobre a TIV, dispostos na legislação em saúde brasileira, visando contribuir para a construção de um instrumento gerencial de cuidado. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo documental. Foram selecionadas normas e diretrizes, por meio de uma busca no portal eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, no portal eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, e nos portais eletrônicos dos Conselhos Regionais de Enfermagem estaduais. Seguiu-se com a etapa de apresentação dos resultados e análise do conteúdo, que resultou na interpretação de duas categorias: Responsabilidades do enfermeiro quanto à TIV; e Atribuições do enfermeiro e da equipe de saúde no cuidado durante a TIV. Resultados: No portal da ANVISA foi selecionada a resolução RDC nº 45/2003, que dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas de utilizações das soluções parenterais em serviços de saúde; No portal COFEN foram selecionadas legislações relacionadas às atribuições e regulamentações da enfermagem (Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, especificando quais as atribuições, nos serviços de saúde, do enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem; Resolução de nº 258 de 2001, sobre a regulamentação de o enfermeiro ser habilitado a realizar a inserção do cateter venoso central de inserção periférica). Também foram selecionados para a pesquisa três pareceres encontrados no portal do COREN-SP que abrangem a TIV: Parecer COREN-SP CAT Nº 009/2009 que dispõe sobre a prescrição de salinização do cateter venoso pelo enfermeiro; Parecer COREN-SP CAT Nº 017/2010 sobre a permeabilização do cateter venoso e o Parecer COREN-SP CAT Nº 020/2010 sobre a TIV. Discussão: Analisando a categoria de responsabilidades do enfermeiro, descritas no decreto nº 94.406/87 nos artigos 8º e 9º, no contexto da TIV, pode-se afirmar que o enfermeiro participa tanto no planejamento quanto na execução. É de responsabilidade do enfermeiro tanto o cuidado direto ao paciente na instalação e manutenção da TIV, como no planejamento das ações de cuidados necessários ao paciente submetido a TIV. Destaca-se também a RDC nº45, de 12 de março de 2003, no Anexo II, que diz respeito as boas práticas de preparo e administração das soluções parenterais, é descrito que o enfermeiro participa desde o preparo e da administração das soluções endovenosas, até na escolha e punção do acesso venoso, além de ser responsável pelo cuidado com a manutenção dos dispositivos endovenosos. É importante salientar que o enfermeiro é responsável pela punção de acesso venoso periférico assim como por estabelecer a via do cateter venoso central de inserção periférica, respaldado pela resolução do COFEN de nº 258/2001. O enfermeiro deve garantir que a TIV ocorra de maneira segura ao paciente, a administração e manutenção da TIV deve ser estabelecida através de políticas organizacionais e com guidelines de prática de enfermagem definidos pela instituição de saúde (3). Outra categoria foi a de Atribuições do enfermeiro e da equipe de saúde no cuidado durante a TIV, de

acordo com a RCD nº 45 de 12 de março de 2003, o enfermeiro exerce funções no cuidado com os dispositivos endovenoso com o auxílio da equipe de saúde. No Brasil, a ANVISA(4), baseada em publicações do Department of Health and Human Services e da Infusion Nurses Society, publica orientações para a prevenção primária de corrente sanguínea, que servem como base para a criação de protocolos de cuidados com acesso venoso em instituições hospitalares. Outros dois pareceres do COREN-SP foram selecionados, por serem relacionados a cuidados específicos com a via de acesso venoso. O parecer COREN-SP CAT Nº 009/2009 que dispõe sobre a prescrição de salinização do cateter venoso pelo enfermeiro e parecer COREN-SP CAT Nº 017/2010 sobre a permeabilização do cateter venoso, são respostas a uma dúvida diante de um evento comum na TIV, a obstrução do cateter. Visando a manutenção da permeabilidade do cateter algumas técnicas são utilizadas no cotidiano da enfermagem, como: permeabilizar cateter com solução salina NaCl 0,9% ou com solução de heparina e lavagem dos cateteres com solução salina NaCl 0,9% intermitente(3,5). O COREN-SP afirma, que nesses casos, o enfermeiro só poderá prescrever a heparinização ou salinização e a lavagem com solução salina NaCl mediante a existência de protocolo institucional, conforme o artigo 11, da lei do exercício profissional nº 7498/86. Considerações Finais: É importante salientar, que para desenvolver práticas e ações que promovam um cuidado seguro na pediatria é necessário conhecer as responsabilidades do enfermeiro na TIV. Observa-se que a legislação brasileira possui resoluções e decretos que respaldam e norteiam o enfermeiro a desenvolver diversas atividades na implementação e manutenção da TIV. Implicações para a Enfermagem: O enfermeiro participa na escolha do acesso venoso, na punção periférica do acesso, garante o rigor da técnica asséptica durante os procedimentos de inserção da via intravenosa, garante o material necessário implementar a TIV, mantém cuidados com a manutenção da via de acesso venoso e cuidados com a infusão das soluções endovenosas, estas envolvendo o preparo e administração. Estes são cuidados complexos que exigem do enfermeiro conhecimento científico, conhecimento tecnológico e atualização constante acerca dos cuidados de enfermagem mais atuais. Portanto, é necessário que os profissionais de enfermagem conheçam as legislações que regulamentam a sua profissão, a fim de garantir uma assistência segura, livre de risco ou danos aos pacientes, buscando a qualidade do serviço.

1- Harada M JCS, Pedreira MLG(Org.). Terapia intravenosa e infusões. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. 2- Pedreira MLG, Chaud MN. Terapia intravenosa em pediatria: subsídeos para a prática da enfermagem. Acta Paul. Enferm 2004; v. 17, n.2, p.222-228. 3- Infusion Nursing Society. Infusion Nursing Standards of Practice, 2011. 4- Ministério da Saúde (BRASIL), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Brasília: Ministérios da Saúde, Setembro, 2010. 5- Department of Health and Human Services - CDC. Guidelines for de Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Estados Unidos da América, 2011.

14239

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARILURDES SILVA FARIAS

CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS EM CRIANÇAS NA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO-SP

Farias, MS; Farias, RSS; Carneseca, EC;

A violência contra crianças é um fenômeno multifacetado e multifatorial que acompanha a trajetória humana desde tempos remotos(1). Neste país, como em outros, o problema tem provocado forte impacto na morbidade e mortalidade desta população e se constitui em um fenômeno de grande relevância para a saúde pública, embora não seja exclusividade desta área(2). O estudo objetiva caracterizar os casos de violência em crianças notificados no município de Ribeirão Preto-SP. Foi efetuado um estudo descritivo do tipo levantamento, que utiliza registros de violência contra a criança, oriundos dos vários serviços, e inseridos, no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde. Encontrou-se 38 notificações em 2006, 63 em 2007 e 82 em 2008. O sexo feminino foi o mais atingido em todas as faixas etárias, com exceção da faixa etária entre oito e nove anos de idade. O tipo mais notificado foi a violência física em ambos os sexos. Principais agressores: conhecidos e familiares. Crianças com relato anterior de violência foram em maioria significativa encaminhada para os diferentes serviços. O estudo mostra que a violência contra a criança está crescente e se faz necessárias ações imediatas não somente para assistir aos casos ocorridos, como também, a instituição de políticas públicas e programas de prevenção para impedir a ocorrências de novos casos. Neste sentido, considera-se que a Enfermagem, e mais especificamente o Enfermeiro Pediatra, tem papel importante neste enfretamento, haja vista, a assistência direta e integral prestada à criança e sua família. Descritores: criança, violência doméstica, enfermagem. Referências: 1. Assis SG. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. Cad Saude Publica. 1994;10 Supl 1:126-34. 2. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Cienc Saude Coletiva. 2007; 11 Supl :1163-78.

14548

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARILZA KEIKO HIGASHI

A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PARTICIPAÇÃO ATIVA DOS PAIS DURANTE O TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO

Higashi, MK; Nascimento, MMC; Lopes, ALM; Ferreira, LF; Coan, TCM;

Introdução: Estima-se que uma em cada mil nascidos vivos, nasce com o Pé Torto Congênito (PTC), deformidade cujas causas ainda não são conhecidas. Uma boa parte destas crianças vive em países com recursos limitados e o tratamento necessita de um olhar ampliado do sistema de saúde pública e uma equipe multidisciplinar capacitada para assistir de forma integral esta criança e família. No caso da criança com PTC é necessário divulgar e facilitar o acesso aos centros de referência com estrutura adequada para receber estes pacientes diretamente dos serviços materno-infantil, bem como enfatizar a importância do propósito do tratamento, oferecer apoio à família e criança, reduzindo suas angústias e dificuldades no ambiente familiar e convívio social. Neste contexto, a enfermeira é estrategicamente importante, porque seu papel é de orientar, informar, oferecer segurança, encorajar e apoiar os membros da família, e estes serem co-responsáveis, bem como auxiliar o ortopedista durante o procedimento de colocação e retirada de aparelhos gessados e tenotomia. Objetivo: relatar a atuação da enfermagem na aderência ao tratamento. Método: relato de experiência da assistência de enfermagem a partir da estruturação do atendimento do PTC no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, garantindo a continuidade do tratamento e correção através do Método Ponseti. Conclusão: O papel do enfermeiro é extremamente importante no acolhimento e atendimento humanizado e individualizado deste paciente. A abordagem do enfermeiro neste processo é fundamental na educação, esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento proposto, controle familiar eficaz do regime terapêutico, cuidados da criança com gesso e pele, órteses, além de enfatizar sobre os retornos ao hospital para dar continuidade no tratamento e evitar recidivas. Descritores: Pé Torto, enfermagem, gesso

13805

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARINA DO NASCIMENTO AFONSO PEREIRA

A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA FERRAMENTA PARA A VIGILÂNCIA DA SAÙDE INFANTIL: O CONHECIMENTO DAS MÃES

Juliano, ACFM; Cursino, EG; Silva, LF; Ferreira, DSP; Pereira, MNA;

Introdução: A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é um documento imprescindível para a promoção da saúde infantil. No Brasil, existem poucos estudos com o Cartão da Criança e, menos ainda, com a Caderneta de Saúde da Criança. Os trabalhos estão fundamentados no método quantitativo e buscam avaliar as condições do preenchimento desses instrumentos1-4. De maneira geral, os estudos apontam falhas consideráveis na utilização da CSC. A primeira parte da CSC é dedicada a quem cuida da criança, e contém informações e orientações para ajudar a cuidar melhor da saúde da criança e a segunda parte é destinada aos profissionais de saúde, para o registro de informações relacionadas à saúde da criança. O uso da caderneta como ferramenta de vigilância à saúde infantil possibilita aos pais acompanhar o crescimento e desenvolvimento de seus filhos, indispensáveis para a detecção precoce de problemas de saúde, como a desnutrição e retardo do crescimento e desenvolvimento3. Desse modo, é importante que a mãe leve sempre a CSC quando for ao serviço de saúde, converse com o profissional de saúde, para tirar dúvidas e pedir orientações e solicite ao profissional que preencha a CSC. Pretende-se que os resultados deste estudo contribuam para a melhoria da atenção prestada à criança a partir da utilização da CSC como instrumento de vigilância e promoção à saúde infantil. Objeto: O estudo visa o conhecimento das mães sobre a função da Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Objetivos: investigar o conhecimento da mãe sobre a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e identificar as informações a respeito da caderneta que a mãe recebeu dos profissionais de saúde que a atenderam. Metodologia: Esta pesquisa se caracteriza como descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. O cenário para realização deste estudo foi uma policlínica comunitária integrante da rede de saúde do município de Niterói. A amostra foi intencional e foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa 12 (doze) mães de crianças com idade de 0 a 2 anos, e que frequentavam o serviço de puericultura desta policlínica. As participantes foram entrevistadas após o atendimento de puericultura do local. Delimitou-se como critério de exclusão mães com idade inferior a 18 anos. A coleta de dados foi realizada de março a maio de 2013, por meio de uma entrevista semiestruturada. As falas dos sujeitos foram transcritas na íntegra e analisadas através da análise temática. Resultados: A idade das mães variou entre 19 e 52 anos e média de 28,5 anos. Cinco tinham apenas um filho, e uma com quatro filhos. A maioria era solteira e tinha o ensino médio completo. Das doze mães respondentes, apenas uma não recebeu a CSC na maternidade conforme preconiza o Ministério da Saúde. Em relação ao profissional que entregou a CSC, oito das mães citaram a enfermeira, entretanto, quatro destas não tinham certeza. Além do perfil citado, os resultados mostraram dificuldades das mães quanto a identificação do profissional que entregou a CSC, sugerindo que os profissionais de saúde não se identificam ao se aproximarem das mães no momento de atendimento. Foi identificado o reconhecimento da caderneta como documento para ser levado às consultas, e ao procedimento de vacinas, restringindo seu uso a apenas a esses dois momentos de cuidado da criança. Quanto as informações recebidas dos profissionais, observou-se nas falas que a maioria das mães responderam a partir das anotações feitas na caderneta referente ao peso, e como sendo a carteira de vacinação, mas nem sempre recebem explicações sobre esta anotação. A análise dos dados gerados permitiu notar que as informações recebidas pelas mães dos profissionais de saúde influenciaram no conhecimento que as mesmas demonstraram sobre a função da CSC. Conclusão: A partir dos aspectos emergidos mediante os resultados, foi possível identificar que as

mães não possuem o devido conhecimento sobre a CSC ora por falta de informação dos profissionais de saúde, ora porque não fazem leitura da caderneta. Dessa forma, pouco elas conhecem sobre a função da CSC para o acompanhamento e vigilância da saúde de seu filho. Além da pouca informação, sobre a CSC no momento de entrega às mães na maternidade, percebeu-se também que muitas vezes as mesmas não estavam confiantes quando perguntadas se sabiam identificar o profissional que lhes atendeu, ou se simplesmente esse profissional se apresentou. Este resultado demonstra fragilidade no diálogo entre a família e os profissionais de saúde, que envolve a valorização e a apropriação da CSC pela família, e reflete a maneira como este instrumento é trabalhado nos serviços de saúde. A valorização da CSC deve ser feita a partir da sensibilização dos profissionais de saúde para que saibam explicar o verdadeiro valor e o papel da caderneta à família, que geralmente possui o conhecimento dessa ferramenta a partir das informações geradas pelos profissionais. Desse modo é necessária também a participação da família no uso da CSC, para que esta possa ter a sua real função, deixando para trás seu reconhecimento como "cartão de vacina e registro de peso", como confirma o estudo. Entende-se assim que a CSC ao permitir o diálogo entre a família e o serviço de saúde, possibilita a promoção do cuidado da criança a partir das orientações feitas pelo profissional de saúde, oriundas dos registros do acompanhamento de saúde infantil, e também possibilita a passagem de informações das mães para o profissional acerca dos acontecimentos relacionados a vida e saúde de seus filhos. Com isso, o diálogo auxilia no processo de educação em saúde e no desenvolvimento e aprimoramento do cuidado à criança. Descritores: Assistência integral à saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança REFERÊNCIAS 1. Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. Rev Bras Saude Mater Infant. 2005; 5:177-84. 2. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JG et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. Rev Paul Pediatr 2008; 26 (2):106-12. 3. Alves, CRL, Lasmar LMBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da caderneta de saúde da criança e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2009; 25:583-95. 4. Sardinha LMV, Pereira, MG. Avaliação do preenchimento do cartão da criança no Distrito Federal. Brasília méd. [Internet]. 2011. [citado 2012 mar. 6]; 48(3). Disponível em: http://www.ambr.org.br/portal/?page_id=8957.

13974

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARINA RAMOS BATISTA

DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS NA CRIANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM LACTENTE COM SUSPEITA DE SÍNDROME DE WEST

Batista, MR; Maltz, C; Borgheti, SP; Ribeiro, FEM; Almeida, PS; Wegner, W;

Introdução: Dentre os distúrbios neurológicos que podem ocorrer durante a infância a Epilepsia e as Síndromes Epiléticas possuem uma alta incidência, principalmente nos primeiros anos de vida, diminuindo gradualmente até a adolescência(1). A Epilepsia é considerada uma condição em que ocorrem duas ou mais convulsões não provocadas, sendo tratáveis e bastante comuns em crianças(2). Essas patologias podem ocorrer por diversas etiologias, predominando as causas perinatais incluindo, principalmente, a anóxia e a prematuridade(3). A partir da identificação da convulsão na criança é necessário classificá-la e associá-la à síndrome epilética adequada(2). Na investigação, a idade apresenta-se como um fator importante, pois algumas têm maior ocorrência em faixas etárias específicas. A Síndrome de West se enquadra nesse quesito. Para o seu diagnóstico é necessário observar algumas alterações características como: o tipo de convulsão, podendo os espasmos apresentarem-se com flexão e/ou extensão das extremidades superiores e inferiores ou de forma sutil; breve queda da cabeça; hipsarritmia no eletroencefalograma; além de consequente atraso neuropsicomotor(4).Esta síndrome é mais prevalente em lactentes(1) e é de difícil controle devido a elevada frequência das convulsões(4). Na avaliação do paciente com suspeita de alguma síndrome epilética é importante, além de um minucioso exame neurológico, a coleta de informações referentes ao histórico do paciente, resgatando toda história perinatal(3-4), sendo de responsabilidade do enfermeiro buscar esses dados. As informações colhidas durante a anamnese são importantes para definição da etiologia da doença e, consequentemente, do tratamento mais adequado e do prognóstico, auxiliando no acompanhamento do paciente(2-3) e orientação para a família no planejamento da assistência de enfermagem. Objetivos: Descrever o caso de uma criança com suspeita de Síndrome de West e analisar o caso descrito a partir das informações encontradas na literatura, ressaltando os cuidados de enfermagem. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência realizado durante as práticas assistidas da disciplina de Atenção de Enfermagem Clínico-Cirúrgica à Criança/adolescente e ao Adulto do Curso de Bacharelado em Enfermagem, ocorridas no primeiro semestre de 2013, na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital de grande porte da cidade de Porto Alegre/RS. A coleta de dados deu-se através das informações contidas no prontuário, realização de anamnese e exame físico.Os dados foram analisados conforme as evidências da literatura e sua associação com os dados do paciente. Resultados/Discussão: Paciente E., 6 meses,sexo masculino, diagnosticado com epilepsia não especificada, internado para investigação das crises convulsivas apresentadas desde o primeiro mês de vida e que estão aumentando na frequência e duração dos episódios. O lactente está utilizando dois fármacos para controle (valproato de sódio e fenobarbital) e ambos não têm apresentado o efeito esperado. A partir desses dados o lactente está investigando possível Síndrome de West. Ele está em sua quarta internação desde a identificação das crises convulsivas. Durante a anamnese, a mãe referiu que houve intercorrências durante o parto que acarretaram cianose no bebê ao nascer. Durante as primeiras semanas de amamentação, a mãe observou que a criança fazia pausas durante as mamadas, nas quais olhava fixamente para ela. Inicialmente, acreditava que fossem momentos de descanso durante a amamentação, mas aos quinze dias de vida, o bebê teve um episódio de vômito após ser amamentado, havendo busca de assistência médica e foi diagnosticado com epilepsia não especificada. De acordo com a mãe, os episódios de vômitos são frequentes e a criança tem refluxo gastresofágico, sendo este, motivo da internação atual. Ao exame físico,

observou-se criança acordada e ativa, com hiperemia por descamação na região frontal da cabeça, próxima ao couro cabeludo, força muscular preservada e que acompanha objetos. O lactente teve episódio de vômito de cor amarelada em grande quantidade. Os demais itens avaliados estavam sem alterações. Nesse caso, o motivo da busca ao serviço é o mesmo apontado na literatura, mencionando que os pais buscam atendimento para os filhos a partir da suspeita de refluxo gastroesofágico(5), descobrindo-se posteriormente a Síndrome de West. No caso de confirmação da Síndrome de West, o tratamento reconhecidamente eficaz é a terapia medicamentosa com Hormônio adrenocorticotrófico e Vigabatrin, associado às medicações usadas para controle de convulsões (revisão das medicações utilizadas e inclusão de novos). Além disso, também existem tratamentos não farmacológicos que podem ser considerados(4), como a dieta cetogênica, altas doses de imunoglobulina intravenosa e tratamento cirúrgico(2;4). Desta forma, é extremamente necessário um apoio à família, que precisará entender as condições da criança, compreendendo seu tratamento e necessidades, sendo a abordagem multidisciplinar importante para um acompanhamento exitoso(5). O prognóstico da doença depende da etiologia das crises convulsivas e da efetividade do tratamento. Algumas etiologias estão associadas ao retardo mental e ao óbito, enquanto outras permitem o desenvolvimento adequado da criança desde que exista um controle das convulsões(4). Em relação às crises convulsivas, é responsabilidade da equipe de enfermagem observar os episódios e registrá-los de forma precisa, com todas as informações sobre início, duração e características, assim como quaisquer alterações nas condições da criança que as precedam. Também é necessário garantir a segurança da criança durante as convulsões(2). Em relação aos cuidados prolongados, é importante a participação da enfermagem na equipe multidisciplinar que fará o acompanhamento à criança com distúrbio neurológico, oferecendo, além dos cuidados diretos a ela, apoio à família e orientações sobre a continuidade do tratamento(2). É imprescindível preparar a família para os cuidados domiciliares. Todos precisam estar instruídos em relação às crises convulsivas e às formas de proteger a criança durante os episódios. Em relação aos fármacos, é necessário explicar a forma de administração dos medicamentos e seus efeitos adversos, de forma que eles possam identificar alterações no tratamento(5). Conclusão: O caso relatado apresenta uma situação bastante complexa envolvendo a criança e sua família, demonstrando a importância da atenção à saúde da criança, observando seu desenvolvimento e atenção às dúvidas e preocupações dos familiares. Os distúrbios neurológicos exigem um apoio adequado da equipe a toda a família, principalmente em relação às orientações aos cuidadores, de forma a prepará-los para atender às necessidades da criança. Contribuições para enfermagem: O relato apresentado faz-se importante para enfermagem, pois a equipe participa ativamente na assistência à criança com distúrbios neurológicos, sendo necessário o conhecimento das patologias, tratamentos e prognósticos para identificação de problemas e planejamento dos cuidados de enfermagem. É importante que toda a equipe esteja preparada para sanar as dúvidas da família e auxiliá-la durante toda a internação, explicando todos os procedimentos e cuidados. Porém, faz-se necessário também observar as principais necessidades dessa família, para posteriormente orientá-la para os cuidados domiciliares, adequando ao seu contexto de vida. Descritores: Cuidado do lactente; Espasmos infantis; Enfermagem pediátrica. Referências: (1)Durá-Travé T, Yoldi ME, Gallinas F. Epilepsia infantil em Navarra. An. Sist. Sanit. Navar. 2007;30(2):207-14 (2)Hockenberry, MJ.; Wilson, D, editores. Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. Tradução de: Wong's Essentials of pediatric nursing, 8ª ed. (3)Matta, APC; Chiacchio, SVB; Leyser, M. Possíveis etiologias da Síndrome de West: avaliação de 95 pacientes. Arq Neuropsiquiatr 2007;65(3-A):659-662 (4)Shields WD. Infantile spasms: little seizures, BIG consequences. Epilepsy Curr. 2006;6(3):63-69 (5)Wheless et al.: Infantile spasms (West syndrome): update and resources for pediatricians and providers to share withparents. BMC Pediatrics 2012; 12:108

13937

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARINA SAYURI YAKUWA

CONCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIROS SOBRE CONSULTA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Yakuwa, MS; Mello, DF; Tonete, VLP;

Introdução: Dentre outras práticas, a consulta de enfermagem deve ser realizada na Atenção Básica, visando o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil(1). Objetivo: Apreender concepções e descrever experiências de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre consulta de enfermagem pediátrica. Metodologia: Foram gravadas entrevistas semi-estruturadas com 13 enfermeiros atuantes em município de médio porte do interior paulista (Protocolo CEP no 3803/2011). Seus depoimentos foram analisados segundo o método de análise de conteúdo categorial-temática(2). Resultados: Configuraram-se três categorias: As consultas de enfermagem possibilitam acompanhar de modo ampliado a situação de saúde da criança, identificando problemas precocemente; É um momento fundamental para se estabelecer o vínculo com a família; Não há o reconhecimento institucional da importância da consulta de enfermagem pediátrica. Foi possível apreender concepções coerentes com a literatura científica atual sobre a prática clínica do enfermeiro na consulta pediátrica e o significado desta no contexto da Estratégia Saúde da Família. Os enfermeiros consideram a consulta de enfermagem como momento privilegiado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, incluindo família nesta prática, contudo, as experiências relatadas revelaram-se permeadas por dificuldades, principalmente, devido à falta de reconhecimento por parte de gestores e de demais membros da equipe, quanto a sua contribuição para a atenção integral à saúde da criança. Conclusão: Para a superação das dificuldades encontradas, destaca-se a propriedade de se refletir, discutir e propor coletivamente medidas para a realização, a contento, da consulta de enfermagem pediátrica no contexto da Estratégia Saúde da Família. Referências 1- Saparolli ECL, Adami NP. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. Rev Esc Enferm. USP. 2010; 44(1):92-8. 2- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. Descritores: Consulta de Enfermagem; Saúde da Criança; Programa Saúde da Família.

13954

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARINA SAYURI YAKUWA

VIGILÂNCIA À SAÚDE INFANTIL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DA TEORIA À PRÁTICA

Yakuwa, MS; Mello, DF; Tonete, VLP;

Introdução: A vigilância à saúde configura-se como modelo de atenção alternativo (modo tecnológico de intervenção) destinado a superar a dicotomia entre as práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e individuais (assistência ambulatorial e hospitalar), considerando os modos de vida dos diferentes grupos sociais(1). Este modelo foi incorporado ao modelo da Estratégia Saúde da Família, visando a integralidade da atenção para o cuidado de indivíduos e famílias ao longo do tempo e respostas resolutivas para as necessidades da população e comunidade(2). Objetivo: Analisar concepções de enfermeiros sobre vigilância à saúde infantil, relacionando-as suas experiências em unidades de saúde da família. Metodologia: Estudo qualitativo, com análise temática dos dados, fundamentada no quadro conceitual da Vigilância da Saúde. Foram realizadas entrevistas com 13 enfermeiros atuantes em município do interior paulista (Protocolo CEP no 3803/2011). Resultados: Os enfermeiros conceberam vigilância à saúde infantil como acompanhamento ativo, integral, programado ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento humano, identificando riscos/vulnerabilidades, por meio de ações multiprofissionais, intersetoriais e dependentes da participação materna. Constatou-se desenvolvimento parcial dessas premissas na prática, devido a dificuldades como falta de participação materna nas ações propostas, indisponibilidade de tempo para discussão e adoção de medidas nas unidades e desarticulação entre níveis e setores relacionados à vigilância à saúde de infantil no município. Conclusão: É necessário maior investimento político e técnico para assegurar a adoção desse modelo, nos diferentes setores e níveis de atenção à saúde da criança do município. Referências 1- Silva GAP, Vieira da Silva LM. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. Cad Saúde Pública (FIOCRUZ). 2008; 24:2463-2475. 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Descritores: Vigilância; Saúde da Criança; Enfermagem.

14043

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARISA RUFINO FERREIRA LUIZARI

A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS NO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Luizari, MRF; Santos, JS; Silva, MAI; Fonseca, LMM; Mello, DF;

A criança e o adolescente necessitam de condições de vida e ambientes favoráveis para desenvolver todas as suas potencialidades. Assim, o presente estudo busca realizar uma reflexão sobre as políticas públicas sociais desenvolvidas no Brasil, direcionadas às crianças e aos adolescentes. Para isso, realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados (LILACS e BVS). Verificou-se que no período de 1930 até o final da década de 1980 ocorreram mudanças consideráveis no Estado e na sociedade civil brasileira. De forma paralela, constituiu-se uma noção particularizada de infância e adolescência, protelando políticas sociais de atendimento até a década de 1980. Nesse sentido, a institucionalização de direitos na infância e na adolescência, inexistente e relegada ao trato do mundo do privilégio privado e religioso, foi posteriormente incorporada por um Estado autoritário e monopolizador, e atualmente, tem uma pauta política e social que busca a proteção e a garantia dos direitos a esses segmentos da população(1). Diante do exposto, observa-se que as políticas públicas sociais voltadas às crianças e aos adolescentes demarcam dois períodos, delimitados pela promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que direciona, desde 1990, as políticas públicas sociais de atenção e proteção integral a criança e ao adolescente no Brasil enquanto sujeitos de direitos(2). Acredita-se que esse estudo e o conhecimento pautado possa instigar reflexões e ressignificação da prática dos enfermeiros em consonância às políticas públicas e a atenção às crianças e adolescentes brasileiros. Descritores: Criança. Adolescente. Políticas Públicas. Perez JRR, Passone EF. Políticas Sociais de Atendimento às Crianças e aos Adolescentes no Brasil. Cadernos de Pesquisa. 2010 maio/ago; 40(140): 649-73. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde? 2008. 96 p.

14032

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARISA RUFINO FERREIRA LUIZARI

CONCEPÇÕES DA INFANCIA E ADOLESCENCIA NA HISTÓRIA DO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Santos, JS; Luizari, MRF; Silva, MAI; Mello, DF; Fonseca, LMM;

A concepção de criança e adolescente exerce influência direta na formulação e execução das políticas públicas sociais voltadas para a atenção, cuidado e proteção desses indivíduos. Assim, buscou-se realizar uma reflexão sobre as concepções de criança e adolescente construídas socialmente ao longo da história do Brasil, por meio de levantamento bibliográfico em bases de dados (LILACS e BVS) e posteriormente uma reflexão teórica. Observou-se que no período colonial a concepção de infância estava em consonância com a visão européia. Nessa época, as crianças vistas como seres cômicos, passaram a ser consideradas, no final do século XVI, como modelo de inocência e pureza(1). Apenas no século XIX, a importância da criança na família e sua necessidade de cuidados foram consideradas, já para a adolescência esta evidencia é pautada a partir do século XX. Até então, crianças e adolescentes eram vistos como potenciais reprodutores do capital, e, dependendo da classe social, tratados como "menores" que precisavam ser disciplinados(2). Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, as crianças e adolescentes passaram a ser sujeitos de direitos, efetivados mediante políticas públicas prioritárias(3). Constatou-se que a concepção de criança e adolescente assumiu diferentes significados, influenciada pela conjuntura política, social e cultural vivenciada no Brasil e no mundo. Acredita-se que este estudo traz subsídios para a enfermagem compreender estas enquanto processo social e historicamente construídos e desta forma delinear o cuidado e atenção a estas populações. Descritores: Criança; Adolescente. Ariès P. História Social da Criança e da Família. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1981.Santos JDF. As diferentes concepções de infância e adolescência na trajetória histórica do Brasil. Revista Histedbr On-line. 2007 dez;(28): 224-38. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde? 2008. 96 p.

14148

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARLON LENON MARINHO DA SILVA

A DOR COMO QUINTO SINAL VITAL EM PEDIATRIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Marinhodasilva, MLMS; Barbosadefreitas, HMBF; Filipinrangel, RFR; Massolimoreira, CMM; Dasilvapackaser, MSP;

INTRODUÇÃO: A dor pode ser considerada como uma experiência subjetiva e pessoal. Sua percepção é multidimensional, onde se diversifica em qualidade e intensidade, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacional. Pode ser ainda descrita como uma experiência complexa, interna e pessoal1. A partir do desenvolvimento intra-uterino do feto, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana da Dor estabeleceram diretrizes em que o registro e avaliação da dor devem ser realizados da mesma maneira em que se avalia outros sinais vitais. Desse modo, a dor passa a ser considerada o quinto sinal vital1, sendo necessário o conhecimento pelos profissionais de saúde para uma avaliação de qualidade e, consequentemente, a melhoria da assistência à criança com dor. Sabe-se que algumas instituições de saúde já incluíram a avaliação da dor no cotidiano de trabalho dos profissionais, contudo, percebe-se que muitas dessas ainda não consideram sua importância, pois priorizam os outros quatros sinais vitais, quais sejam: Pressão Arterial (PA), Frequência cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR), Temperatura (Tº). Neste contexto, destaca-se a avaliação da dor em pediatria visto que a criança, desde meados da história, não era percebida como alguém capaz de sentir dor. A equipe de enfermagem ajuda no alivio da dor prescrevendo cuidados, avaliando a eficácia do tratamento, monitorando a criança e atuando em prol da mesma, quando o tratamento da dor é ineficaz2. OBJETIVO: Investigar na literatura nacional a produção científica sobre a avaliação da dor em pediatria. METODOLOGIA: Para o alcance do objetivo proposto, utilizou-se o método de revisão narrativa. Para operacionalizá-la, foram utilizadas as seguintes etapas: estabelecimento do objetivo, dos critérios para a seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados. O estudo realizou-se por meio de busca on-line utilizando-se os descritores: "criança hospitalizada", "medição da dor", "dor", "enfermagem pediátrica" e "hospitalização". A captura dos artigos foi processada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas as bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF) e a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos, monografias, dissertações e teses, disponíveis na íntegra. Não foi estabelecido recorte temporal. Foram encontrados 17 produções, sendo que apenas oito estavam de acordo com a temática do estudo e os critérios de inclusão. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Para análise e discussão dos dados deste estudo, foi utilizada uma amostra de seis artigos e duas dissertações. O cuidado da criança é individualizado e abrange, além da criança,a família. A enfermagem, por estar envolvida no cuidar da criança hospitalizada continuamente, deve realizar um cuidado diferenciado, singular e destinado também à célula familiar3. As famílias das crianças, no momento de internação hospitalar, acabam tornando-se vulneráveis a situação vivenciada pela doença e hospitalização. Tornam-se mais solicitantes, o que compete ao profissional enfermeiro paciência, zelo e atenção a ambos, em especial porque estes se fragilizam frente à situação em que a criança encontra-se. A presença e a atenção no instante de solicitação da criança que está com dor são essenciais para o enfermeiro exercer seu papel, valorizando a participação da família neste cuidado. Os profissionais de enfermagem são os que atuam mais próximos da criança, percebendo angústias e desconfortos que podem comprometer o estado geral desta, tendo sua responsabilidade aumentada no alívio da dor e conforto da criança assistida. O controle da dor pode ser

feito de maneira não invasiva, por meios lúdicos para o alívio da mesma, como brinquedos e brincadeiras, além de métodos terapêuticos com animais. A avaliação da dor detalhada e contínua precisa ser iniciada a partir das necessidades e expressões da criança, estimulando-a ao em diálogo referente a vivência desse sentimento doloroso. A utilização de um instrumento de avaliação, na admissão da criança no hospital e na primeira consulta,poderá ser utilizada, também,para avaliações seguintes e em situação de dor intensa, priorizando ao tratamento em detrimento. Existem muitas escalas validadas para avaliação da dor em pediatria, contudo uma das mais utilizadas é a escala de faces, onde a primeira figura é muito sorridente e as expressões vão se modificando, até chegar a última que é muito triste. As figuras intermediárias vão mostrando um grau crescente que se aproxima da tristeza. A criança, então, escolhe a face que se parece mais com sua situação de dor4. Sabe-se que a criança sente dor e, muitas vezes, não tem a devida atenção que merece, nem o tratamento específico. Na rotina de algumas unidades, medicamentos para a dor são prescritos se necessário, não ocorrendo uma avaliação precisa do grau de sensibilidade dolorosa e dos motivos que causaram na criança, administrando a medicação sem medir causas e efeitos. Neste contexto, o enfermeiro é o responsável pelo cuidado de aplicar a escala da dor e avaliar as reais necessidades da criança. É ele quem deve valorizar e dar voz ao quinto sinal vital de dor na criança. A partir de então, além da confiança adquirida pela criança e sua família, tem o respaldo da equipe de saúde pelo atendimento de qualidade e resolutividade do cuidado prestado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir deste estudo, pode-se perceber que existe uma preocupação com a dor em crianças, mas a mesma não é avaliada como quinto sinal vital, nem mensurada em escalas, e sim, existe uma ansiedade em amenizá-la. Existem maneiras de manter uma descontração em relação aos anseios sentidos pela criança no momento de hospitalização, como brinquedos e brincadeiras, além da visita de animais no ambiente hospitalar, o que demonstrou que a criança que presencia isso relaxa e, por momentos, esquece o trauma que está vivenciando. Conclui-se que há necessidade de existir uma qualificação entre os enfermeiros em relação à avaliação da dor. Percebeu-se que essa avaliação não foi implantada nos artigos lidos, como o quinto sinal vital, e nem é mensurada. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Sabe-se que a dor é reconhecida como quinto sinal vital, sendo tão importante sua mensuração quanto à dos outros sinais vitais. No entanto, percebe-se que muitos profissionais ainda não a consideram ou não sabem como mensurá-la. Discutir sobre esta temática, principalmente no que tange a criança, é de suma importância, visto que essa nem sempre consegue fazer a comunicação verbal, expressando aquilo que sente por meio da comunicação não-verbal.

REFERENCIAS SOUSA, F. A. E. F. DOR: O QUINTO SINAL VITAL. Rev Latino-am Enfermagem 2002 maio-junho; 10(3):446-7 SMELTZER, SC; BARE, BG. Brunner&Suddarth:Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 2009.volume 1 pág 214 QUIRINO, DD; COLLET, N. "Fácies" do trabalho de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada.Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):681-7. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a28.htm RIGOTTI , M. A. ; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao criança com dor. ArqCiênc Saúde 2005 jan-mar;12(1):50-4

14171

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARTHA RUMIKO KAYO HASHIMOTO

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTO UTILIZADO POR ENFERMEIROS DE UM PRONTO SOCORRO INFANTIL

Hashimoto, MRK; Queiroz, GA; Mekitarian, FFP;

Introdução: Há cerca de três décadas o Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE), vem sendo desenvolvido pelo Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). A utilização desse sistema proporciona um direcionamento para a organização do cuidado e auxilia o enfermeiro a decidir por intervenções mais seguras. Os enfermeiros do Pronto Socorro Infantil periodicamente realizam uma discussão sobre a adequação do instrumento utilizado para indicação da fase de diagnóstico. Objetivo: Relatar a experiência das enfermeiras na construção e utilização de um instrumento que viabiliza a adoção dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em uma unidade de emergência pediátrica. Resultados: O enfermeiro admite a criança realizando o exame físico e a entrevista junto ao acompanhante, sendo priorizados os sinais e sintomas relacionados à queixa atual (início/duração), o tratamento e os exames solicitados são documentados no impresso Registro de Admissão/ Transferência/ Alta Hospitalar. Após o levantamento das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco obtidos na história, o enfermeiro escolhe o Diagnóstico de Enfermagem (DE) no instrumento. Este instrumento contém os diagnósticos de maior prevalência no PSI, e são classificados segundo os domínios e classes preconizados pela North American Nursing Diagnosis Association Internacional (NANDA). A partir dos DE escolhidos, as intervenções de enfermagem são selecionadas com base no referencial de ligações NANDA-NOC-NIC. Os cuidados de enfermagem de cada classe de intervenções são baseados na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Foi elaborado outro impresso que contém as atividades relacionadas às intervenções para cada um dos DE adotados. Conclusão: As discussões do grupo de enfermeiros teve papel importante na construção e apropriação do conhecimento acerca dos diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem. A adoção do instrumento elaborado pelos enfermeiros utilizando os DE, intervenções e atividades de enfermagem contribuiu para a agilização e otimização do tempo destinado à assistência.

14651

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MAUREN TERESA GRUBISICH MENDES TACLA

PREVALÊNCIA DO COLEITO E FATORES ASSOCIADOS EM CRIANÇAS DE 0-5 ANOS EM LONDRINA

Mello, AM; Lakoski, MCL; Nabut, LBN; Pereira, KP; Rossetto, EGR; Tacla, MTGMT;

Palavras-chave: coleito, infantil, prevalência. Introdução A preocupação por estudar a prevalência do coleito, ou seja, filhos que dormem na mesma cama com seus pais, surgiu a partir da constatação da alta frequência observada na prática de puericultura nas Unidades Básicas de Saúde e também das controvérsias a respeito desse assunto. Objetivo: conhecer a prevalência desse hábito no serviço público do nosso município e explorar alguns fatores associados e os motivos que a determinam segundo os responsáveis pelas crianças. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa transversal exploratória. A coleta de dados foi realizada no Pronto Atendimento Infantil (PAI) localizado no município de Londrina (PR), onde foram entrevistados os pais de filhos de 0 a 5 anos que aceitaram participar da pesquisa durante o mês de maio de 2013 a setembro de 2013, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foi utilizado um instrumento para a coleta de dados constando a caracterização da amostra e questões direcionadas sobre a prática do coleito. Resultados: Foram entrevistados 331 pais, com a maioria representada por mães (85,5%), oriundos de todas as regiões do município. A idade predominante dos entrevistados ficou entre 20 a 34 anos (71%) e 79,5% moravam com companheiro e 53,5% dessas mães não trabalhavam fora de casa. A renda familiar predominante foi de 1-2 salários mínimos (59,5%). A prevalência do coleito foi de 54,7% e 27,5% das crianças estavam em aleitamento materno. Conclusão: conhecer a magnitude do problema bem como seus determinantes irá subsidiar a definição das estratégias, ações e políticas que devem ser planejadas para enfrentar o problema encontrado. 1- Estudantes do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. 2- Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Contato: maurentacla@gmail.com

14505

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MAUREN TERESA GRUBISICH MENDES TACLA

BUNDLE PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES ASSOCIADAS E RELACIONADAS AO CATETER VENOSO CENTRAL EM PEDIATRIA: ESTADO DA ARTE

Squarça, PBS; Tacla, MTGMT;

Introdução: O uso de bundle ou pacote de medidas para a prevenção de infecções associadas e relacionadas aos cateteres venosos centrais (CVC) é uma das estratégias baseadas em evidências mais utilizadas no mundo para diminuir índices de infecção desta topografia. São escassos os trabalhos com bundles para prevenção deste tipo de infecção em crianças. Elas são mais suscetíveis às Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS). As infecções relacionadas ao CVC representam de 3 a 60% das IRAS nesses pacientes. Sua densidade de incidência varia de 1,7 a 2,4 infecções por mil cateteres/dia[1]. Objetivo: Este estudo relaizou uma revisão sobre o atual estado da arte quanto à utilização de bundle para redução das infecções associadas e relacionadas a cateter venoso central em pediatria. Metodologia: Realizado busca nas bases de dados BIREME, LILACS, e SCIELO sobre bundle de prevenção de infecções associadas e/ou relacionadas aos CVC de artigos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português e inglês. Resultados: Encontrados 16 artigos e selecionados 10. Em todas as pesquisas houve diminuição dos índices de infecção desta topografia com a utilização de bundles. Apenas um deles[2], aborda a aplicação de bundles para prevenir infecções relacionadas ao CVC em pediatria. Outro estudo[3] discute a pouca produção na literatura pediátrica sobre a aplicação de bundles e sugere que sejam desenvolvidas pesquisas nessa área para avaliar a aplicação desta estratégia. Contribuições/Implicações: Estimular o desenvolvimento de pesquisas sobre o uso de bundles para prevenção de infecções associadas e relacionadas aos CVCs em crianças. O sucesso do bundle só é efetivo quando toda equipe de saúde adere. Como a enfermagem está continuamente em contato com o paciente, o enfermeiro deve assumir a liderança neste processo para melhorar a qualidade da assistência e ocupar seu espaço como profissional competente. Descritores: Infecção Hospitalar, Cateteres, Criança, Cross Infection, Catheters, Child.

14558

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MAYARA CAROLINA CAÑEDO

A INFLUÊNCIA DA MÚSICA NA HOSPITALIZAÇÃO DAS CRIANÇAS: REVISÃO DE LITERATURA

Canedo, MC; Popiolek, CA; Odwazny, CA; Silva, JOM; Nunes, CB; Gerk, MAS;

Introdução: a hospitalização gera efeitos desagradáveis no processo de desenvolvimento e socialização em crianças internadas em unidades pediátricas hospitalares. Destacam-se neste período as mudanças de rotina nos hábitos de sono, higiene, alimentação. Nesta situação de vulnerabilidade a criança é submetida a situações estressantes como procedimentos invasivos, sobre os quais na maioria das ocasiões, não possui escolha de opção . A música se mostra como um dos fatores ambientais é importante para o desenvolvimento das habilidades motoras, auditivas, linguísticas, cognitivas e visuais. Além disso, é uma união de ritmos, sons harmônicos e melodias . A musicoterapia é um processo que ajuda a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem por meio delas como forças dinâmicas de mudanças . A medicina tradicional reconhece a música como um eficiente fator de cura, sendo utilizada em hospitais para auxiliar em vários tipos de tratamentos de doenças bem como em empresas como alternativa de prevenção de doenças. Assim sendo, exerce influência sobre os aparelhos respiratório, digestivo e o circulatório, bem como sobre o sistema nervoso . A música tem uma influência significativa no comportamento humano por tudo àquilo que representa nas associações da memória. Enquanto invade a mente de uma pessoa desencadeia mecanismos cerebrais capazes de projetar em nível do consciente, imagens, sensações e até mesmo reflexos corporais, provocando o deslizamento espontâneo de conteúdos mentais guardados no subconsciente. Em estudo realizado aplicando a música, percebeu-se o alívio da dor de causa física, emocional, estabilização na frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura, relaxamento do paciente com regulamentação do ritmo respiratório, relaxamento muscular e melhora do sono . Desta forma, a utilização da música, durante a hospitalização das crianças, é de fundamental importância para seu bem estar físico e emocional. A música contribui significativamente nos aspectos emocionais e no alívio da dor e devido sua ação no sistema nervoso central faz com que a estimulação da glândula pituitária, libere endorfinas (opióide natural) e também está relacionada à liberação de catecolaminas, que resulta na diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial. Objetivo: identificar por meio da revisão de literatura a influência da música, no quadro clínico e emocional da criança hospitalizada. Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura. A pesquisa foi realizada por meio da busca de artigos científicos online indexados nas bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde, no período de junho e julho de 2012. Os critérios de inclusão foram publicações na forma de artigos online, na língua portuguesa, relacionados ao tema. As palavras-chave utilizadas foram: criança, música e musicoterapia. A amostra foi constituída por publicações dos anos 2001 a 2012. Para a efetivação deste estudo foram escolhidos 09 artigos científicos. Na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde foram encontrados 200 publicações e destas 05 atendiam aos critérios de inclusão para o estudo. Na base de dados Scielo foram encontradas 21 publicações e destas 04 atendiam aos critérios de inclusão para a pesquisa. Foram excluídos os artigos redundantes entre as duas bases de dados. Foram escolhidos e analisados artigos presentes nas seguintes revistas: 01 artigo na revista Nursing; 04 artigos do Jornal de Pediatria; 02 artigos da Revista Brasileira de Enfermagem; 01 artigo da Revista Colombiana de Psicologia e 01 artigo da Revista Psicologia Social. Resultados: Após leitura do material, os artigos foram organizados em duas categorias: "Os benefícios da música" e "A música como estratégia de cuidado na enfermagem." A música oferece grandes benefícios na saúde da população, por ser uma estratégia simples, de baixo custo e pela facilidade de alcance das pessoas. Por meio de terapia com a utilização da música podem ocorrer

melhora significativa em relação ao sono, ansiedade e, no caso de crianças, incremento no ganho de peso e nos períodos longos de sono. Estes fatores propiciam o crescimento e desenvolvimento adequados a cada faixa etária. Quando se trabalha com música observam-se claramente seus benefícios tanto nas crianças quanto em seus familiares. Evidencia-se que os benefícios são de grande valia, uma vez que se detecta a estabilidade dos sinais vitais, em especial, a frequência cardíaca, respiratória. Além disso, se observa a redução favorável na escala de dor. A música ajuda a criança na verbalização de seus estresses, permitido, dessa forma, que desenvolva estratégias de enfrentamento para as dificuldades impostas pela hospitalização. Para os profissionais que trabalham em unidades hospitalares, local onde há uma variedade de ruídos sonoros relativos aos equipamentos, à musicoterapia pode ser utilizada como instrumento provedor de benefícios à saúde dos trabalhadores, estimulando sensações prazerosas, amenizando as pressões causadas pelo dia-a-dia do trabalho permitindo assim, a oferta de uma assistência de enfermagem mais humanizada e qualificada. Conclusão: A música possibilita um resgate no cuidado holístico e é um subsídio na assistência de enfermagem à criança hospitalizada e a sua família. A música pode facilitar a convivência das crianças entre si e com seus familiares durante a hospitalização, bem como favorecer a interação delas com os profissionais de saúde. O estudo estimula a possiblidade de realização de futuras pesquisas sobre o assunto com o aprofundamento do tema. Contribuições/implicações para a Enfermagem: a utilização da música pode ser considerada como uma das formas de suporte terapêutico para a criança e a sua família no momento de internação, no período de hospitalização, na alta hospitalar e no domicilio. Esta alternativa de cuidado contribui na estabilização dos sinais vitais, no alívio da dor e no incremento do crescimento e do desenvolvimento e pode ser utilizada como um recurso a mais na atenção à criança e sua família nos diversos contextos de cuidado. REFERÊNCIAS Ferreira, CCM; Renedi, PP; Lima, RAG. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível? Rev. Bras. Enferm. 2006 Sep-Oct; 59(5): 689-93. Vianna, MNS; Barbosa, AP; Carvalhaes, AS; Cunha, AJLA. A musicoterapia pode aumentar os índices de aleitamento materno entre mães de recém-nascidos prematuros: um ensaio clínico randomizado controlado. J. Pediatr. 2011 May-Jun; 87(3): 206-12. Eugênio, ML; Escalda, J; Lemos, SMA. Desenvolvimento cognitivo, auditivo e linguístico em crianças expostas à música: produção de conhecimento nacional e internacional. Rev. CEFAC. 2012 Set-Out; 14(5): 992-1003. Almeida, AP; Castro, AV. A enfermagem e a música: duas artes para refletir o cuidar na pediatria. Rev. Nursing. 2010 mar; 12(142): 136 -40. Hatem, TP; Lira, PIC; Mattos, SS. Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. J. Pediatr. 2006 May-Jun; 82(3): 186-92.

14104

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MAYARA CAROLINE BARBIERI

COTIDIANO DE PAIS DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURA APÓS A ALTA HOSPITALAR

Mayara Caroline Barbieri, MCB; Beatriz Castanheira Facio, BCF; Mauren T. G. Mendes Tacla, MTGMT;

Introdução As lesões por queimaduras ocorrem por ação direta ou indireta do calor excessivo sobre o tecido orgânico, exposição a corrosivos químicos ou radiação, contato com corrente elétrica ou frio extremo.1 Estudos apontam que as crianças menores de três anos são mais suscetíveis aos acidentes do tipo escaldadura e as maiores de três anos aos acidentes com substâncias inflamáveis.2 Na maior parte das lesões por queimaduras em crianças o que acaba ocasionando o acidente é a falta de cuidado dos acompanhantes. As adaptações dos familiares frente à queimadura e a hospitalização são inúmeras, pois refletem diretamente o estado físico e emocional, vivenciando um período de crise sobre seus relacionamentos e na rotina de vida diária.3 Objetivos Identificar a percepção dos pais sobre a queimadura na vida cotidiana da criança e da família após a alta hospitalar. Metodologia Estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) e no ambulatório de queimados de um hospital escola público do norte do Paraná. Este trabalho é parte da monografia intitulada "Vivência de pais frente à criança vítima de queimadura". Participaram da investigação 15 pais de crianças com idade até 12 anos incompletos, acometidas por queimaduras que vivenciaram a internação hospitalar de seus filhos no CTQ e que retornaram para acompanhamento no ambulatório de especialidade em queimados. A coleta de dados ocorreu entre 28 de maio a 25 de junho de 2013, sendo os participantes selecionados de forma aleatória. A coleta dos dados ocorreu por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada com questões objetivas de identificação dos sujeitos e subjetivas pertinentes aos objetivos do estudo, utilizando-se a técnica de gravação conforme a aceitação dos pais e os dados foram posteriormente transcritos pela pesquisadora. Para a avaliação dos dados quantitativos foi utilizado o programa Microsoft Excel e após a transcrição das entrevistas gravadas, os dados foram analisados e agrupados, utilizando-se o Método de Interpretação dos Sentidos.4 Resultados Dos 15 entrevistados, 12 eram mães e 3 pais. Tinham entre 17 a 51 anos, sendo que a média de idade foi de 30,3 anos. Em relação às crianças, apresentaram idade variando entre 1 ano e 1 mês ha 11 anos e 8 meses, sendo que a média de idade foi de 5 anos e 4 meses. Todos os acidentes ocorreram no ambiente domiciliar e foram de natureza acidental. Em 12 casos os entrevistados, estavam presentes no domicilio no momento da queimadura e em 3 não estavam. Porém, em todos os acidentes algum adulto estava presente, sendo que em 6 casos não estavam no mesmo ambiente em que ocorreu a queimadura. Sobre as causas do acidente em 10 casos foram por escaldadura, em 4 por chama aberta e em 1 por plástico superaquecido. A Superfície Corpórea Queimada (SCQ) variou entre 1% a 28%. A análise das entrevistas permitiu a identificação de dificuldades relatadas pelos pais frente à criança queimada que retorna para a casa com cicatrizes, que podemos constatar nas falas a seguir. Os parentes mais distantes ficam perguntando se vai ficar marca, a gente se incomoda porque não tem resposta para essas coisas. (E.3) [...] porque as pessoas ficam olhando, eu fecho a cara sempre para não ficar olhando muito, aí passa um, passa dois, só olha para ele, eu já fico nervosa, aí perguntam o que que aconteceu? Nossaaa!! Ah eu não gosto que ficam olhando, tem criança que ri, eu fico muito chateada, ele também nem sai muito de casa porque os moleques dão risada, às vezes ele fala: ah mãe eu não quero ter esse rosto mais, estou cansado dos outros olharem pra mim e perguntar! (E.6) Ela não ia em lugar que tinha muita gente para ninguém ficar perguntando. No começo foi difícil de superar tudo isso, ficávamos muito em casa pra evitar mais sofrimento. (E.9) [...] tinha criança que às vezes na escolinha da idade dele não queria brincar com ele, logo que ele ficou com aquela

cicatriz mais escura [...] até meu marido se queixava bastante que as vezes a gente ficava nervoso das crianças não querer brincar com ele, e ele pequenininho. Aí então é claro se você saísse com ele na rua as pessoas olhavam, e ficavam perguntado, aí chegou uma hora que me incomodou também, eu não aguentava mais explicar, às vezes 15 a 20 vezes por dia menina, reviver tudo de novo. (E.13) Conclusão Os resultados aqui apresentados evidenciam a percepção dos pais baseada no estigma que seus filhos passaram, tanto pela sociedade quanto pelos próprios pais que na tentativa de privar o filho dos comentários da sociedade acabavam mantendo-os dentro de casa. É fundamental o fornecimento de apoio e orientações pelos profissionais de saúde aos familiares de crianças que sofreram queimadura. Eles precisam estar fisicamente e psicologicamente preparados para prestarem os cuidados especiais a essas crianças em casa e para o enfrentamento da sociedade. Contribuições para a enfermagem Diante do exposto este estudo contribui para o conhecimento sobre a importância do familiar na reabilitação e apoio à criança queimada. Esta produção fornece subsídios para um melhor entendimento dos familiares acompanhantes pelos profissionais da saúde, refletindo assim na qualidade da assistência à criança e ao seu familiar. Também nos faz refletir sobre a assistência de enfermagem no preparo da alta hospitalar destas crianças que retornam para a casa com cicatrizes e necessidade de cuidados especiais. Referências 1. Bernz LM, Mignoni ISP, Pereima MJL, Souza JA, Araújo EJ, Feijó R. Análise das causas de óbitos de crianças queimadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1991 a 2008. Rev. Bras. Queimaduras[Internet] 2009 [acesso em 2013 Fev 13];8(1):9-13. Disponível em: http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=4 2. Gimeniz-Paschoal SR. et al. Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. Rev Paul Pediatr. [Internet] 2007 [acesso em 2013 Jun 05] 25(4):331-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822007000400006&script=sci_arttext 3. Carvalho FL, Rossi LA, Ciofi-Silva CLA. A queimadura e a experiência do familiar frente aoprocesso de hospitalização. Rev Gaúcha Enferm[Intenet] 2008 [acesso em 2013 Jan 09];29(2):199-206. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5581 4. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009. Descritores: Enfermagem pediátrica; Família; Hospitalização.

14111

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MAYARA CAROLINE BARBIERI

BENEFÍCIOS DA CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS EM UMA UNIDADE PEDIÁTRICA

Barbieri, MCB; Monteiro, ATAM; Nicolino, TNAN;

Introdução O processo de hospitalização infantil é marcante, pois neste momento a criança fica frágil e impossibilitada de realizar suas atividades cotidianas, alterando sua rotina como brincar e ir à escola.1 Porém, ao desenvolver atividades lúdicas neste ambiente a criança pode, por alguns momentos, se aproximar da sua realidade cotidiana. Esta atividade possui valor terapêutico, pois o brincar além de melhorar a qualidade de vida da criança no período de hospitalização, também contribui amenizando as repercussões físicas e psicológicas do adoecimento e reduz impactos negativos da quebra do contexto sociofamiliar e dos procedimentos utilizados no tratamento.2 Dentre as inúmeras atividades que podem ser realizadas e que não oferece limitação para a criança, mas sim, total disponibilidade do executar é a contação de história. Contar uma história vai além de diversão e estímulo da imaginação, pois quando bem contada ela é capaz de educar, instruir, desenvolver o raciocínio, auxiliando na compreensão de situações desagradáveis e ajudando a resolver conflitos.3 Objetivos Sendo esta uma atividade considerada terapêutica e utilizada em unidades de internação, em especial nas unidades pediátricas, o presente estudo teve como objetivo apreender a percepção dos acompanhantes de crianças sobre a contação de histórias durante a hospitalização. Metodologia Este trabalho é parte do trabalho de conclusão de curso intitulado "O impacto da contação de histórias no controle da dor pediátrica". Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado na unidade pediátrica de um hospital universitário público de grande porte em Londrina-Paraná, que atende pacientes de zero a 12 anos incompletos. O referido hospital conta com um grupo acadêmico composto por alunos dos cursos de enfermagem, fisioterapia, psicologia, medicina e farmácia, criado no inicio de 2007, e que atende pacientes adultos e crianças ali internados, realizando atividades lúdicas em quatro frentes: os palhaços, a contação de histórias, o artesanato e a música. Na unidade pediátrica em questão esse grupo desenvolve a contação de história nas terças-feiras à tarde, sendo que a coleta de dados da presente pesquisa ocorreu após a contação de histórias. Os oito participantes, que eram acompanhantes de crianças entre 6 a 12 anos internadas no período de agosto a setembro de 2010, tiveram suas entrevistas gravadas. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória. Utilizou-se questionário com questões semiestruturadas baseadas em perguntas norteadoras quanto à percepção do acompanhante sobre a contação de história dentro do ambiente hospitalar e se ela trazia algum benefício para criança e/ou ajudava no controle da sua dor. Os dados foram analisados após transcrição das entrevistas utilizando-se o método de análise temática seguindo as seguintes etapas: a exploração textual por meio da leitura e significação; leitura flutuante, momento em que o pesquisador tem um contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se aprofundar no seu conteúdo; delineamento dos temas; análise temática focalizando os argumentos utilizados; demarcação das categorias e, a fase interpretativa, que relaciona ideias explícitas e implícitas expressada pelos pesquisados. 4 A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob parecer nº 079/10 e CAAE nº0076.0.268.000-10. Foram apresentados aos sujeitos os objetivos do estudo e foi solicitada a sua participação. Aos que aceitaram participar da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a explicação dos seus direitos e forma de participação na pesquisa. Resultados A análise das entrevistas permitiu a identificação de alguns discursos que aborda a contação de história como um momento que a criança esquece em parte o seu cotidiano de hospitalização tendo uma maior interação com a brincadeira

minimizando a sensação dolorosa. Pode-se apreender nos discursos a seguir dos acompanhantes o quanto essa atividade favoreceu a redução da dor. Ajuda porque quando a criança está ouvindo história ela se concentra na história e ela esquece a dor naquele momento e isso é bom. [...] (Ac. 5) Ajuda a distrair. Ela entra na história e até esquecer da hospitalização, dor [...]. É uma coisa diferente. (Ac. 6) Ela esquece a dor naquele momento. (Ac. 7) [...] a criança fica mais calma. As histórias mexem com o lado bom das coisas, com o psicológico dele, porque ele está cansado, estressado, e isso ajuda muito. Eles entrarem no mundo da historinha, imaginar aquilo que está passando na história. A história ajuda muito ele a esquecer a doença e o que esse está passando e o que está sentindo. Ele se envolve muito. (Ac. 8) [...]. Distrai né! Esquecem um pouco o que estão passando. (Ac. 10) Conclusão A contação de história para os participantes deste estudo foi considerada como uma ação benéfica para a criança e para os acompanhantes durante a hospitalização, além de ser uma estratégia de aproximação entre a criança e o profissional da saúde. Referiram que a atividade promoveu o estímulo à imaginação e alegria, além de diminuir o estresse, a tristeza e a dor dos pacientes pediátricos por eles acompanhados. Contribuições para a Enfermagem A adesão da prática de contar histórias dentro do hospital é uma ação que pode ser recomendada para ajudar na recuperação da criança, no controle da dor e também proporcionar uma hospitalização menos traumatizante e estressante tanto para a criança quanto para seu acompanhante. Esta atividade é considerada positiva para a recuperação do processo saúde-doença da criança hospitalizada e deve ser incorporada nas ações da equipe de enfermagem por proporcionar melhor integração com a criança e seus familiares além de facilitar os procedimentos de enfermagem. Referências 1. Oliveira LDB, Gabarra LM, Marcon C. A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. Rev bras crescimento desenvolv hum [Internet] 2009 [acesso em 2012 Nov 28];19(2):306-12. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19920/21997 2. Azevêdo AVS. O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. Estud psicol (Campinas)[Internet] 2011 Oct/Dec[acesso em 2013 Abril 14];28(4):565-72. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n4/15.pdf 3. Torres SM, Tettamanzy, ALL. Contação de histórias: resgaste da memória e estímulo à imaginação. Revista eletrônica de crítica e teoria de literaturas- Porto Alegre[Internet] 2008 Jan/Jun[acesso em 2013 Jan 10];04(01):1-8. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/NauLiteraria/article/download/5844/3448 4. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009. Descritores: Enfermagem pediátrica; Hospitalização; Criança.

14510

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MICHELE SOARES

CRIANÇAS ACOLHIDAS NO PROJETO DE ATENÇÃO AMPLIADA À SAÚDE (PAAS): CARACTERÍSTICAS E DEMANDAS

Soares, M; Schneider, V; Silveira, GK;

Introdução: O acolhimento1, porta de entrada do PAAS, trabalha na perspectiva interdisciplinar2, envolvendo acadêmicos e técnicos da nutrição, psicologia e enfermagem. Neste cenário, as demandas das crianças também são acolhidas pela participação dos pais ou responsáveis. Objetivo: Caracterizar as crianças acolhidas e elucidar motivos pelos quais buscaram o serviço. Metodologia: Estudo descritivo, a partir de dados coletados no cadastro das crianças acolhidas no primeiro semestre de 2013. As informações foram analisadas no programa estatístico Microsoft Excel e descritivas a partir da frequência simples, absoluta e relativa. Resultados: Das 21 crianças acolhidas com idade entre 0-12 anos, residentes em São Leopoldo/RS, 67% são do sexo masculino, 29% residentes na região leste e 38% possuem renda familiar de até 1 salário mínimo. A área de atendimento mais procurada foi a psicologia (81%). Estão acima dos 6 anos, 81% das crianças. São estudantes do ensino fundamental, 76%. Origem dos encaminhamentos: 32% dos serviços da rede, 29% por profissionais da saúde, 23% escola e 14% por familiar ou amigo. Direcionamentos: oficina de contos (32%), psicologia (23%) e nutrição (14%), tendo como principais motivos: agressividade (31%), problemas somáticos (18%) e crise / alteração de humor (13%). Considerações finais: Este processo de acolhimento, com uma escuta interdisciplinar, inclusive da enfermagem, contribui identificando as demandas de forma clara, viabilizando maior resolutividade para cada situação, construindo em consonância com diferentes profissionais, novos conhecimentos e práticas na perspectiva de um acolhimento respeitando a integralidade da criança e sua família. Palavras-chave: Acolhimento. Criança. Interdisciplinaridade Referências: 1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Editora MS; 2011. 2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Clínica de ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Editora MS; 2009.

14359

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MICHELI RECKTENWALDT

A VISÃO DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM INSERIDA NO ESPAÇO DA BRINQUEDOTECA DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Recktenwaldt, M; Schneider, V;

Introdução: A hospitalização para a criança pode ser uma experiência traumática, pois significa trocar o ambiente familiar conhecido por outro, e também, porque trás consigo implicações como dor, ansiedade, medo, além de sensações de abandono e até mesmo culpa[1]. Como se não bastasse, a hospitalização modifica as rotinas mais simples como a de alimentar-se, banhar-se, brincar, dormir e a de ir à escola[2]. O direito da criança de brincar, mesmo em situação de internação hospitalar, é garantido através da lei 11.104 de 21 de março de 2005 que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação[3]. Considera-se brinquedoteca, para os fins desta lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar. De acordo com o item de nº 9 do texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, aprovado na íntegra através da resolução de nº41 de 13 de outubro de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), deve ser assegurado á toda a criança ou adolescente hospitalizado o direito de desfrutar de alguma forma de recreação durante a permanência hospitalar4. O brincar, para a criança, é uma forma de desenvolvimento de habilidades e para os pais pode significar uma maneira de refazer laços que possam estar fragmentados por intervenção do adoecimento[2]. O Programa Nacional de Humanização de 2000 e a Política Nacional de Humanização de 2003 sugerem o atendimento de qualidade, o respeito à singularidade e aos direitos do usuário e melhorias nas relações entre profissionais e usuários[2]. Aplicar a humanização na área dos cuidados pediátricos significa reconhecer a criança como cidadão, portador de direitos e permitir que esta seja participante no processo de recuperação da saúde[2]. Por isso, é importante que haja uma formação acadêmica que insira estes aspectos durante todos os momentos do cuidado á criança nas mais diversas áreas de assistência de enfermagem pediátrica. Objetivos: Relatar a vivência de uma acadêmica de enfermagem inserida no cuidado pediátrico hospitalar e no espaço da brinquedoteca, pontuando as observações pertinentes à formação acadêmica voltada à ação do cuidado de enfermagem humanizado. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência de um estudo de campo observacional realizado por uma acadêmica de enfermagem durante as atividades teórico-práticas propostas pela disciplina de enfermagem na saúde da criança e do adolescente, do 7º semestre do curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos dentro das dependências de um hospital pediátrico de POA no período de 30/04/2013 a 04/06/2013. Ao compartilhar das atividades propostas na brinquedoteca às crianças internadas, pôde-se presenciar a reação individual e coletiva das crianças e também a interação dessas com seus acompanhantes, se estes se encontravam presentes. Fora da brinquedoteca, ou seja, no andar dos leitos de internação atentou-se para a presença ou não de um elo entre esses dois espaços e também a dispersão do lúdico e da recreação para além das quatro paredes da brinquedoteca e principalmente a inserção dessa ferramenta como parte da rotina acadêmica de enfermagem naquele espaço. Resultados: Estar junto às crianças no andar dos leitos de internação e no espaço de recreação da brinquedoteca proporcionou vivenciar o quanto o lúdico é capaz de causar empolgação, vislumbre e envolvimento nas crianças, cada uma à sua maneira, e o quanto o brincar naquele contexto é capaz de aliviar tensões e causar esquecimento do sofrimento. O brincar possibilitou a criação de um ambiente mais familiar e menos hospitalar e, além disso, estabeleceu novas relações das crianças entre si, com seus cuidadores e com os profissionais envolvidos no cuidado. Vivenciando o impacto

negativo que alguns procedimentos invasivos de competência da enfermagem geram nas crianças, fez-se bem presente a necessidade de buscar recursos lúdicos para serem aplicados na prática da assistência diária de enfermagem nas unidades de internação e que esses recursos devem aparecer desde a formação acadêmica, principalmente, a fim de integrar ao cuidado diário novos modelos de assistência para que haja um aperfeiçoamento constante da assistência humanizada pela enfermagem pediátrica. Conclusão: No momento em que o Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização (PNH) estimula o planejamento e a criação de novos modos de cuidado e também destaca a inserção da PNH nos conteúdos propostos nos níveis de graduação, pós-graduação e extensão em saúde5, é importante que o acadêmico de enfermagem amplie seu olhar para novas possibilidades de assistência á criança pensando no aprimoramento do cuidado com aplicação de técnicas lúdicas auxiliares, como por exemplo, o brinquedo terapêutico, com a ambientação menos hospitalar e com as relações dessas crianças com familiares, com profissionais e entre si mesmas, tendo por finalidade amenizar sentimentos prejudiciais á promoção e recuperação da saúde da criança e garantir o mínimo de impacto emocional, tanto da criança quanto da família. Acredita-se que o acadêmico de enfermagem que se forma hoje recebe durante sua formação subsídios suficientes para propor e instituir alternativas de cuidado pediátrico menos impactantes, mas percebe-se, que a dispersão de propostas de humanização requerer muito mais do que conhecimento científico, precisa haver comprometimento com a causa desde a portaria até as gerências institucionais a fim de ampliar a humanização para além do cuidado propriamente dito. Descritores: criança; cuidado; humanização. REFERÊNCIAS: 1- Oliveira LDB, Gabarra LM, Marcon C, Silva JLC, Macchiaverni J. A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. São Paulo, v. 19, n. 2, ago. 2009 . Disponível em: . Acesso em 18 jul. 2013. 2- Mitre RMA. O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In: Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 283-297. 3- Brasil. Lei n.11.104 de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Diário Oficial da União, Brasília 22 mar. 2005. Seção 1, p1. 4- CONANDA. Resolução n.41 de 13 de outubro de 1995. Aprova em sua íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 out. 1995. Seção 1, p.163/9-16320. 5- Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Editora MS; 2004.

14400

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MILEIDI LORA DALCIN

OS EFEITOS DO CRACK NO RECÉM NASCIDO

Dalcin, M; Vieira, F; Bassan, L; Gehlen, MH;

OS EFEITOS DO CRACK NO RECÉM NASCIDO DALCIN, Mileidi ; VIEIRA, Francielle ; BASSAN, Lissara . Orientador: GEHLEN, Maria Helena . Palavra-Chave: Crack; Gestação; Enfermagem; Recém-nascidos. INTRODUÇÃO: O uso indevido de drogas se constitui não só em fator desencadeante, quando propicia a violência no âmbito familiar, mas também se converte em uma forma de refugio para suportar a situação de violência familiar (1). O crack é um problema que transcende os âmbitos familiares e requer um movimento da sociedade como um todo, em seus vários aspectos, tais como os que envolvem a construção de políticas de educação sobre a saúde. Dentre os indivíduos em situação de drogadição devido ao uso de crack estão às mulheres gestantes, que muitas vezes desconhecem os riscos e consequências para o feto e o recém-nascido. Quando inalado pela mãe, o crack chega ao cérebro do feto e com isto causa a morte dos neurônios, além disto, os detritos presentes na droga entram no pulmão e assim em seguida são absorvidos pelo sangue, percorrendo o corpo inteiro do feto. Sendo assim cérebro e fígado acabam por serem os órgãos mais afetados, já que o cérebro recebe os estímulos enquanto o fígado é o responsável por limpar as impurezas do sangue. "Com o acúmulo de detritos dá uma sobrecarga", diz o psiquiatra José Leão de Carvalho Júnior(2). Vaso constrição é a principais consequências do crack, pois ocorre uma alteração do transporte de substâncias pela placenta e com isso o feto pode apresentar hipoxemia (baixa disponibilidade de oxigênio), hemorragia intracraniana, diminuição do perímetro cefálico, redução no ritmo do crescimento, hipertensão, malformações congênitas visuais, auditivas, cardiovasculares, esqueléticas, gastrointestinais e no tubo neural. Nesse contexto ressalta-se a importância do pré-natal, pois é possível diagnosticar problemas que venham a ocasionar o bebe, mas nem sempre é possível devido às condições socioeconômicas da usuária de crack. OBJETIVO: Conhecer os efeitos do crack em mulheres gestantes e recém-nascidos. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, sendo realizada por meio da busca na literatura de artigos, teses e dissertações no primeiro semestre de 2013. Estes estudos vinculam-se ao projeto de extensão do curso de enfermagem e do GEPESES/CNPq intitulado ao "Acolhimento: uma estratégia para humanização a pessoas em situação de hospitalização" e ao projeto de ensino pesquisa e extensão intitulada" Cuidado lúdico: estratégia educativa inovadora na promoção da saúde integral aprovado no comitê de ética sob o numero 72/2010. Foi realizado através de visitas esporádicas em uma unidade de desintoxicação química localizada em um hospital de médio porte na cidade de Santa Maria/RS, que destina aproximadamente 24 leitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para os usuários de crack, e por meio das bases de dados LILACS e BIREME. RESULTADOS: Salienta-se que, quando a gestante interna para a desintoxicação química deve-se realizar a educação sobre a saúde, e o atendimento das suas necessidades biológicas, nutricionais cognitivas, neurológicas atendendo as particularidades e minimizando os efeitos do crack para o recém-nascido. Os sinais de estresse, regulação autonômica, excitabilidade, maturidade motora, orientação, atenção e reflexos alterados, alterações na relação mãe-bebê e sinais de abstinências são algumas alterações atribuídas ao crack. Destaca-se, a presente série de casos, as condições socioeconômicas das mulheres gestantes usuárias de crack, como a dificuldade do serviço de saúde, baixo acesso e vínculo à assistência pré-natal; condições da gestação e do feto/recém-nascido com complicações pós-parto, baixo peso ao nascer e a presença de agravos infecciosos. DISCUSSÃO: A gestante ter usado crack não significa que ira prejudicar a amamentação, depende do tratamento alcançado e do tempo de abstinência que a mãe tem. Se tiver usado num curto período de 7 a

10 dias a substancia pode passar para o alimento materno, e decorrente disso prejudicando o recém-nascido(3). As orientações realizadas à gestante são de extrema importância para um inicio de mudança no comportamento. Há preocupações ao uso do crack em relação ao desenvolvimento futuro da criança, devido suas complicações no qual prejudique-a. As Drogas alteram a arquitetura cerebral do feto. Infere-se que as drogas podem provocar alterações cognitivas que prejudicam a vida social e escolar da criança. A violência domestica de forma significante proporciona uma inclusão no uso da droga pela gestante. No pré-natal, crianças expostas a drogas, podem adquirir de duas a cinco vezes mais facilidade de sofrerem abuso físico que crianças com nenhum currículo de exposição. De acordo com os dados coletados ainda há duvidas sobre a abstinência do bebê da mãe usuária de crack, o que se ressalta ainda mais a importância da pesquisa e de estudos sobre o caso. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Devido à má condição socioeconômica dessas pacientes é praticamente impossível a detecção precoce de má formação. Visando assim a necessidade de oferecer a essas gestantes usuárias à possibilidade de diagnóstico da dependência química e tratamento adequado do vício o que inclui não só tratamento médico, mas também assistência social e psicológica de forma que a mãe não se sinta ameaçada ou criminalizada. Alem da ausência do pré-natal adequado (maior incidência de infecções), outro fator de grande relevância relaciona-se as intercorrências obstétricas como o DPP. Baeur e Cols (4) relacionam o baixo peso do RN ao efeito anorexígeno do crack, o que leva estas mães a um frequente estado de desnutrição. Além do baixo peso e da má nutrição, outro fator como baixo número de células nos tecidos ocasiona RN hipoplásicos (diminuição da atividade formadora dos tecidos orgânicos) (5). O cuidado da enfermagem para com essas gestantes é de grande relevância, pois se entende que para ela as necessidades afetivas são de extrema importância. Ao conhecer a produção bibliográfica a cerca dos efeitos do crack na mulher gestante e seus efeitos no feto e no recém-nascido considera-se que a construção de políticas de educação sobre a saúde deve ser dirigida para o atendimento de suas necessidades e acolhimento das mesmas nos serviços de saúde. REFERÊNCIAS: (1) Chasnoff IJ. Silent violence: is prevention a moral obligation? Pediatrics 1998;102(1):145-8. (2) PERES, Aline; MENEZES, Fabiane. Gravidez na idade da pedra. Gazeta do Povo. Acessado em 30 de jul de 2012. Disponível em:http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1026468 (3) CUNHA, GB Exposição pré-natal à cocaína e efeitos neurocomportamentais no recém-nascido. Dissertação (doutorado em pediatria) - Curso de Pós Graduação em Ciências Médicas - Pediatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (4) BAUER, C.R.; LANGER, J.C.; SHANKARAN S. Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. Archives of Pediatrics Adolescent Medicine, n.159, p.824, 2005. (5)BOTELL, M.L.; LÓPEZ, J.I. Cocaína: complicaciones obstétricas, médicas y perinatales. Características clínicas y tratamiento a estas pacientes. REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL, v.21 n.3-4, ago. 2005.

14598

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MILEIDI LORA DALCIN

PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA COM CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

Dalcin, M; Vieira, F; Silva, C; Zamberlan, C; Freitas, H;

PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA COM CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE DALCIN, Mileidi Lora VIEIRA, Franciele SILVA, Cloves Roberto Felden da4 ZAMBERLAN, Cláudia5 FREITAS, Hilda Maria Barbosa6 DESCRITORES: Enfermagem pediátrica; Família; Doenças crônicas INTRODUÇÃO: No Brasil, as taxas de mortalidade infantil tiveram queda significativa, modificando o perfil epidemiológico da infância brasileira. Esta transição deve-se aos avanços tecnológicos, pela evolução política, que passou a garantir direitos e programas de saúde a criança, como por exemplo, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Programa Nacional de Imunizações (PNI) alem da evolução na assistência prestada na recuperação de doenças congênitas e/ou adquiridas. (1) Com este enfoque aumentou a sobrevida dessas crianças que antes acresciam às taxas de mortalidade infantil. Em contraponto essas mudanças acabam por gerar um novo grupo de crianças com seqüelas adquiridas, da recuperação dos quadros da doença e/ou do processo terapêutico. (1) Esses novos clientes do sistema de saúde são caracterizados por serem clinicamente frágeis e dependentes de cuidados especializados, são nacionalmente denominados como Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES). Esse grupo demanda cuidados especiais de saúde, sejam eles de natureza temporária ou permanente, porém com uma pluralidade de diagnósticos e dependência dos serviços de saúde. Assim, o Ministério da Saúde divulgou dados referente à internação de crianças menores de 5 anos no ano de 2004 que demonstravam que 45% das internações nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) eram de CRIANES comprovando assim o fragilidade clinica desses usuários.(2) Desse modo, o papel da enfermagem torna-se importante no que se refere ao diálogo, escuta, orientações e a articulação do processo de ensino aprendizagem de cuidadores de CRIANES, tendo como principio o desenvolvimento de ações educativas adequadas as necessidades deste grupo. Destarte a enfermagem precisa mediar os saberes e praticas dos familiares para que sejam capazes de realizar os cuidados no contexto domiciliar. (1) Além do processo de educação dos cuidadores e a atenção a saúde da criança a equipe de enfermagem tem que considerar o ambiente familiar e as interações existentes neste contexto. A família deve estar preparada para prosseguir com o tratamento no âmbito domiciliar. Deste modo, esta em destaque a necessidade do familiar/cuidador estar apto para exercer o exercício de cuidar CRIANES ao domicilio. OBJETIVO: Conhecer as perspectivas da assistência de enfermagem a família com CRIANES. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida na base de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) no mês de agosto de 2013 que busca conhecer a partir da literatura os desafios da assistência de enfermagem à família com CRIANES. Como critério de inclusão utilizou-se de artigos em português, com texto completo, on line e de acesso gratuito que tivessem consonância com o objetivo e publicados a partir de 2009. Para a busca foram utilizados os seguintes descritores de assunto "ENFERMAGEM PEDIATRICA" and "saúde da criança" or "criança com deficiência" and "educação em saúde". Em uma nova busca usou-se, "ENFERMAGEM PEDIATRICA" and "saúde da criança" e "ENFERMAGEM PEDIATRICA" and "relação familiar" e "criança" como limite de definição de assunto. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Ao analise dos artigos possibilitou conhecer que o processo de educação em saúde realizado pelos enfermeiros com os familiares das crianças com necessidades especiais de saúde tem um enfoque no cuidado técnico, que por

vezes supervaloriza o conhecimento do familiar sobre o fazer, e por outro lado, não considera o contexto social, que esta família traz consigo. (A1, A2, A4) Ao retornarem para o domicilio os cuidadores destas crianças ficam aos cuidados de um sistema de saúde que não propicia a assistência a essa família para o desenvolvimento do cuidado adequado, é indispensável a presença e esclarecimentos dos profissionais de saúde, em particular o enfermeiro no contexto extra-hospitalar destas famílias. (A7) Observou-se também que o cuidador familiar sente-se afetivamente comprometidos com o cuidado que ira ser prestado para CRIANES, porém a equipe de enfermagem traz consigo o poder de avaliação das aptidões físicas e cognitivas desse cuidador, optando sempre por aquele cuidador que tenha as melhores condições de realização do cuidado, e quando encontra um familiar seguro ocorre um processo de transferência parcial da responsabilidade da unidade de saúde para o familiar conforme destacado nos artigos (A3, A6, A7) A enfermagem encontra dificuldades no momento de implementar os cuidados que deverão de ser realizados e com isso gera medo, duvidas e insegurança nos seus possíveis cuidadores frente às diversas tecnologias e técnicas de cuidado que terão de realizar conforme evidenciado em A1. Como modo de oportunizar os cuidadores familiares a exporem suas ansiedades, medos, angustias, facilidades e fragilidades o enfermeiro tem como proporcionar momentos de discussão e reflexão utilizando de estratégias como grupo de familiares, atendimento individual, na qual, é possível aperfeiçoar as questões da educação e saúde tendo assim uma visão integral através das falas dos familiares do contexto social em que a criança esta inserida. (A1, A6) Assim, diante dos inúmeros cuidados domiciliares específicos à alta dessa criança torna-se um momento de angustia para seus familiares visto a demanda de cuidados múltiplos que ela requer.(3) Portando dentro das premissas do cuidado, destacam-se a educação em saúde como uma estratégia de intervenção importante, no que tange a aprendizagem do familiar cuidador. CONCLUSÃO: Por meio da busca por produções que abordassem a assistência de enfermagem a família com CRIANES constatou-se que a tendência dos estudos estão voltadas para a família da criança doente. Porém observa-se que há uma lacuna no preparo dessas famílias para dar os cuidados a essa criança no domicilio. Como estratégia para atenuar e/ou sanar esse problema recomenda-se que haja capacitação constante dos profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem que está mais próxima a essa clientela e precisa assisti - lá de modo que o familiar/ cuidador sinta-se encorajado e apto para desenvolver os cuidados no domicilio. Nesse sentido conhecer as dificuldades que a enfermagem encontra ao prestar a assistência a essa família suscita a elaboração de estratégias eficazes para uma atenção de humanizada a esses usuários. Espaços para que a família possa verbalizar suas angustias, medos e demais sentimentos que a doença causa no âmbito familiar, tona-se um caminho para um cuidado com base em princípios sistêmicos. REFERÊNCIAS: 1- Neves ET, Cabral IE. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafio para a família e a enfermagem pediátrica. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009; 11(3):527-38 2- DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde.Departamento de informática do SUS -DATASUS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm 3- Silveira A, Neves ET. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendência das pesquisas de enfermagem. Revista Enfermagem UFSM. 2011; 1(2):254-60

14306

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MIRELLI STEPHÂNIA DE OLIVEIRA TERRA CARVALHO

A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO PEDIÁTRICO, CONSIDERANDO A CRITICIDADE E A NECESSIDADE DE UM AMBIENTE INTERATIVO ÀS NECESSIDADES DE CADA CRIANÇA NOS DIVERSOS CENÁRIOS HOSPITALAR.

Terra, MSO; Ribeiro, MVF; Ferreira, JA; Paixão, SG; Correa, M; Pereira, MTS;

O presente trabalho trata se de um relato de experiência qualitativo com o objetivo de evidenciar o conjunto de atividades para humanização do cuidado pediátrico, desenvolvidas pela Enfermagem, em seus diferentes níveis de complexidade hospitalar. O cenário desse relato de experiência se dá em um Hospital pediátrico de médio porte da zona norte do Rio de Janeiro, que conta desde o atendimento de Emergência à Unidades de Terapia Intensiva, totalizando 115 leitos, sendo 39 desses de UTI (10 leitos de UTI neonatal), com uma demanda de atendimentos de Emergência de até 8000 mil mês e taxa de ocupação de leitos mantida maior que 85%. Um serviço de referência pediátrica no estado do rio de Janeiro. Conta com um corpo de Enfermagem composto por 50 Enfermeiros e 158 Técnicos de Enfermagem atuando como facilitadores na criação de um ambiente interativo às necessidades dos pacientes, com ações de baixo custo, que demandam a avaliação correta do paciente, a compreensão de suas necessidades junto ao meio hospitalar e a dedicação diária dos profissionais para o desenvolvimento das atividades que serão abordadas. Ao longo dos anos dedicados no trabalho com o paciente pediátrico, neste hospital, foram desenvolvidas e aprimoradas pela Enfermagem, ações que contribuem para manutenção de um cenário acolhedor á criança. Apesar das dificuldades na construção de um protocolo de classificação de risco pediátrico personalizado, traremos como uma das atividades o trabalho dos Enfermeiros no setor de Emergência na preservação da segurança do paciente, durante a espera pelo atendimento Médico, respaldados por treinamentos teóricos práticos, que capacitam para uma avaliação adequada. Desde a chegada da criança à unidade de Emergência, busca se a classificação segura, em uma escala de gravidade semelhante ao do Ministério da Saúde, porém reconhecendo as diferenças dentro do contexto pediátrico. Nas unidades de internação clínica e cirúrgica, traremos o desenvolvimento de ações visando à interatividade e humanização em procedimentos diários e rotineiros como curativos. Tais atividades se tornam um diferencial, principalmente quando esses procedimentos geralmente são vistos como incômodos e dolorosos ao olhar da criança. O público infantil, na sua maioria, percebe a hospitalização como um castigo que contradiz sua vontade e o enfermeiro possui um papel fundamental neste processo, tendo como desafio diário a detecção desse universo particular e a construção de meios lúdicos que façam com que a criança sinta-se à vontade e encare a hospitalização de maneira menos penosa possível e crie uma relação agradável com o profissional. A enfermagem nesta unidade procura atuar com o objetivo de aproximar do mundo pediátrico a permanência de curativos, acessos venosos e outros, buscando aprimorar seus conhecimentos nas preferências lúdicas da criança. Conhecer as preferências cotidianas desse paciente é fundamental para criar tais pontes de interação. No paciente de alta complexidade demonstraremos o uso de técnicas para posicionamento do recém-nato com redes, comprovando que ao aquecer, acalmar, aproximar a semelhança com o mundo uterino e reduzir o choro, propiciou a transformação de um ambiente hostil a um ambiente colhedor para o neonato de baixo peso, assim como para os familiares que acompanham o tratamento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Em alguns casos devido a baixas condições sociais e familiares, desde o início da internação, os profissionais criam mecanismos de apoio para inserção social do paciente na unidade particular e humaniza sua permanência confeccionando objetos infantis para enfeita lós e se necessário for vesti lós. Na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, oferecer

momentos de mínimo manuseio com redução da luminosidade tornou se parte do tratamento do paciente e familiar com longa permanência na Unidade. Para demonstração do trabalho desenvolvido foram utilizadas ilustrações para exemplificação das situações descritas à cima. Contudo classificamos como fundamental neste contexto o planejamento da unidade com relação aos recursos humanos, materiais, assim como o relacionamento interpessoal da equipe, a criança e sua família. Concluímos com esta experiência que é preciso consolidar as iniciativas de acolhimento já desenvolvidas por esse coletivo de profissionais, enquanto um projeto de gestão da assistência. Também é importante permitir que os demais princípios sejam incorporados por intermédio de novas relações, com sujeitos implicados e produtores de saúde. A presença do familiar no contexto da internação da criança e do adolescente representou um avanço para as relações entre os usuários com o hospital, porém precisa ser seguida de um projeto terapêutico de integração do cuidado, pois seu sentido relaciona-se à doença do paciente. No contexto observado, as habilidades desenvolvidas e capacidades, estão sujeitas à sensibilidade individual dos profissionais, o que tornou o encontro entre estes e o acompanhante sujeito à sorte das características como afinidade, paciência e tolerância de ambas as partes. Assim a cada dia aumenta a necessidade de investimentos em treinamentos comportamentais nas unidades pediátricas, a fim de preparar esse profissional de enfermagem a obter tal entendimento e a inclinação para o desenvolvimento dessas habilidades. Apesar do grande esforço que os profissionais de enfermagem possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demandou atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. E, muitas vezes, a própria dinâmica do trabalho não possibilita momentos de reflexão acerca do seu do seu processo de trabalho, mas é preciso manter as iniciativas já encontradas, permitir e incentivar que os profissionais de Enfermagem utilizem de sua autonomia para criar novas técnicas de trabalho junto a criança e a partir disto, desenvolver novos protocolos e rotinas institucionais. Os detalhes fazem a diferença para aqueles na capacidade de promover a humanização da assistência Pediátrica e multiplicar esta prática. Um grande trabalho pode começar de uma pequena iniciativa. Referências: - ALVES, C.A.; DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade Challenges of humanization in the context of pediatric nursing care of medium and high complexity. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.581-94, 2009. - Maria Aparecida Munhoz Gaíva Enfermeria. Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. mgaiva@terra.com.br, Carmen Gracinda Silvan Scochi Enfermeria. Professora Livre Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. : A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. Revista PESQUISA Brasileira de Enfermagem REBEn:. Rev Bras Enferm 2005 jul-ago; - Adrieli Pivetta, Carla Argenta 2, Elisangela Argenta Zanatta. Utilização do Lúdico Como Coadjuvante no Cuidado Prestado Pela Enfermagem na Pediatria. http://www.revistas2.uepg.br/ - Soraia Matilde Marques, Tábatta Renata Pereira de Brito, Zélia Marilda Rodrigues Resck. As Prática Lúdicas no Cotidiano do Cuidar em Enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 out-dez; 13 (4): 802-08. - Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 01, p. 200 - 213, 2007. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm

14673

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MIRELLI STEPHÂNIA DE OLIVEIRA TERRA CARVALHO

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS MODALIDADES NÃO CONVENCIONAIS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA, ESPECIFICAMENTE A VENTILAÇÃO OSCILATÓRIA DE ALTA FREQUENCIA (VOAF).

Terra, MSOR; Tavares, SDI; Leal, ACC; Correa, M;

O tema escolhido desponta a partir do interesse e da necessidade em ressaltar o valor do enfermeiro frente à pacientes pediátricos em uso de modalidades não convencionais de ventilação mecânica, e, em específico a de Oscilação de Alta Freqüência, enfatizando os cuidados de enfermagem. O estudo tem como objeto as experiências de enfermeiros com crianças sob VOAF. Os objetivos foram identificar os conhecimentos de enfermeiros acerca deste modo não convencional de ventilação, descrever o funcionamento do aparelho, para utilização satisfatória em pacientes pediátricos e analisar as experiências de enfermeiros que exercem esta prática. A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica sistemática, visando buscar o conhecimento de estudos publicados no período correspondente entre os anos de 2000 a 2010, com pacientes com Síndrome da Angústia Respiratória (SARA). A busca foi realizada através de livros e virtualmente, pela página da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos meses de janeiro a abril de 2012, totalizando 38 produções. Os resultados mostraram que o uso das modalidades não convencionais de ventilação mecânica vem contribuindo para a qualidade da assistência de enfermagem, visto que o enfermeiro é fundamental para a implementação deste método ventilatório. A dinâmica do funcionamento desta modalidade de ventilação não convencional aqui abordada destaca a assistência de enfermagem sem negligenciar, contudo, aspectos tais como: indicações potenciais da ventilação oscilatória de alta freqüência; assistência específica de enfermagem; efeitos adversos à utilização deste método. A experiência de enfermeiros quanto ao uso desta modalidade de ventilação tem obtido resultados positivos no tratamento dos casos de Síndrome Aguda da Angústia Respiratória, em pacientes pediátricos. Conclui-se que apesar da ventilação oscilatória de alta freqüência utilizar pressões média da via aérea superior, não há incidência de barotrauma ou de comprometimento do índice cardíaco, sendo o papel do enfermeiro de importância fundamental na assistência direta e contínua a este paciente.

14594

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MOARA ÁVILA DE JESUS

GRUPO DE ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jesus, MAJ; Oliveira, SMO; Christello, GAC; Gautério, MCG; Pacheco, BPP;

INTRODUÇÃO: O diabetes mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Atualmente, o diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida[1]. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Associação Americana de Diabetes (ADA) recomendada inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional[2]. A DM1, que é o tipo que mais acomete crianças e adolescentes e foco do estudo, é a segunda doença crônica mais freqüente da infância, menos prevalente apenas que a asma e sua incidência vêm aumentando nas últimas décadas, especialmente nas faixas etárias menores. Ela é o resultado da destruição de células betapancreáticas com conseqüente deficiência de insulina. Na maioria dos casos, essa destruição de células beta é mediada por autoimunidade, porém existem casos em que não há evidências de processo autoimune, sendo, portanto, referida como forma idiopática de DM1. O DM1 idiopático corresponde à minoria dos casos e caracteriza-se pela ausência de marcadores de autoimunidade contra as células beta e não associação com haplótipos do sistema antígeno leucocitário humano (HLA). Os indivíduos acometidos com essa forma de DM necessitam da administração de insulina para prevenir cetoacidose, coma e até a morte1-2. Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os "4 Ps"). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza e letargia. A vivência de uma doença crônica, como o diabetes, nessa faixa etária, torna-se ainda mais conflitante, uma vez que a criança/adolescente passa a ter seu cotidiano modificado, podendo ser frequentemente submetida a hospitalizações para exames e tratamento, além de enfrentar limitações, principalmente físicas e alimentares[3]. Sua natureza crônica, gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. Os custos do DM afetam todos, porém não é apenas um problema econômico. Os custos intangíveis como dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida, por exemplo, também apresentam grande impacto na vida das pessoas com essa patologia e suas famílias, sendo difíceis de quantificar[2]. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura[1]. O manuseio do paciente diabético pediátrico é diferente do usualmente feito em adultos, mesmo para um mesmo grau de insulinopenia. O crescimento físico e a maturação nessa fase da vida tendem a modificar as respostas fisiopatológicas do diabetes, bem como seu tratamento. O planejamento alimentar e programas de atividade física regular e educacional completam o elenco do tratamento, sendo, para tal, imprescindível cooperação muito estreita do trio "equipe de saúde-familiares-paciente"[2]. Diante disso, verifica-se a necessidade da criação de um espaço coletivo de orientação e educação em saúde para o jovem com DM, o que pode facilitar a aprendizagem por identificação entre os pares (tendência grupal) e pela estratégia grupal4. OBJETIVO: Relatar a experiência de quatro acadêmicas, uma professora e doutoranda em enfermagem e uma enfermeira responsável pelo Centro Integrado de Diabetes (CID), sobre a construção e primeiro encontro do Projeto de Extensão de Acompanhamento de Criança e Adolescente com Diabetes Mellitus do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr. (HU), na cidade do Rio Grande/RS. METODOLOGIA: Trata-se

de um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem, em conjunto com uma professora e uma enfermeira responsável pelo CID, sobre a construção e primeiro encontro do Projeto de Extensão de Acompanhamento de Criança e Adolescente com Diabetes Mellitus. Os sujeitos do estudo são crianças e adolescentes diabéticos atendidos no CID do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr., da cidade do Rio Grande, juntamente com seus responsáveis. O início do trabalho ocorreu no mês de julho e agosto de 2013, sendo que neste último ocorreu o primeiro encontro na Área Acadêmica do HU. RESULTADOS: A criação do grupo se deu em razão de não haver nenhum outro grupo na cidade com este fim, de apoiar e orientar crianças, adolescentes e suas famílias, portadores de DM. Após reunir pessoas com o mesmo interesse e propósito, foram necessárias muitas leituras e busca de referências atuais sobre o tema. Também foi realizada uma visita para conhecer o Instituto da Criança com Diabetes (ICD/RS), que é referência no estado do Rio Grande do Sul. Com diversas ideias em mente, foi planejado o primeiro encontro composto por uma equipe multidisciplinar: enfermeiros e acadêmicos, médico, nutricionista, psicólogo e educador físico. A divulgação foi através de cartazes, mídias sociais e da ligação direta para os pacientes do CID. No dia marcado, foram preparadas atividades lúdicas para as crianças e dinâmica de apresentação para os familiares. Devido a interrupção do transporte público no dia do evento, vieram apenas quatro mães e uma criança. Contudo, o encontro foi enriquecedor e emocionante. As mães se sentiram à vontade para discussão e contentes por estar iniciando o grupo de apoio. CONCLUSÃO: Por ser crônica, esta doença não tem cura. Portanto há formas de conviver bem com ela se forem realizados devidos cuidados. A mudança que se busca no estilo de vida visa auxiliar o melhor controle glicêmico, sem comprometer o crescimento e a formação do indivíduo. A educação em saúde proposta pela equipe de saúde capacita o paciente a melhorar o autocuidado e autocontrole. Como ainda são pequenos, as crianças precisam de todo apoio e dedicação da família para vencerem com qualidade essa etapa. Os adolescentes também precisam ser orientados sobre as melhores maneiras para se manterem saudáveis. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A atuação do enfermeiro é de extrema importância neste processo de saúde-doença dos jovens acometidos pela DM. Não somente com a criança e/ou adolescente contribuindo em um melhor manejo da doença, mas um apoio à família envolvida por essa enfermidade. Este trabalho de educação e promoção da saúde pode ser efetivo no que diz respeito à melhora da qualidade de vida do indivíduo e das complicações agudas ou crônicas da doença. Também como contribuição está a inovação na ação de cuidar, trazendo subsídios no manejo e enfrentamento para estas famílias envolvidas. DESCRITORES: Enfermagem. Criança. Diabetes Mellitus. EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança REFERÊNCIAS 1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) 2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009 / Sociedade brasileira de diabetes. - [3.ed.]. - Itapevi, SP : A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. 400p. 3. Fialho FA, Dias IMAV, Nascimento L, Motta PN, Pereira SG. Crianças e adolescentes com diabetes mellitus: cuidados/implicações para a enfermagem. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 2, p. 145-154, maio/ago. 2011 4. Caires MG. Araújo A. Grupo educativo com adolescentes diabéticos: um relato de experiência. Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 56-62, jan/mar 2013.

14122

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MONIQUE DE SALES NORTE AZEVEDO

A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA DA CRIANÇA INTERNADA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Azevedo, MSNA; Oliveira, ICSO;

Introdução: A internação de uma criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é um processo traumático e desagregador para a criança e sua família. Objetivos: identificar as publicações científicas nacionais e internacionais de enfermagem que abordam a experiência da família/mãe que tem um filho internado na UTIP e caracterizar a produção científica acerca da temática.Trata-se de uma revisão sistemática1 realizada nos bancos de dados: CINAHL, LILACS, MEDLINE, SciELO, CAPES e CEPEn mediante os descritores: criança hospitalizada, família, enfermagem pediátrica, unidade de terapia intensiva pediátrica e mães. Critérios de inclusão: artigos de pesquisa, teses ou dissertações na íntegra, desenvolvidas em UTIP´s e ter como sujeitos família/mães. Critérios de exclusão: apenas o resumo disponibilizado; artigos de revisão, relatos de experiência e estudos de caso clínico. Resultados: Foram selecionados 28 estudos desenvolvidos por enfermeiros; 46% nacionais publicados entre 1985 e 2012, sendo 89% artigos. Em 39% dos estudos, os sujeitos eram exclusivamente mães; e 89% utilizaram abordagem qualitativa. Os estudos focavam a experiência da família na UTIP e sua vulnerabilidade; empoderamento das mães; fatores estressores para os pais na internação do filho na UTIP e estratégias de enfrentamento, dentre outros. Conclui-se que a experiência da internação na UTIP é traumática para a criança e sua família, exigindo uma reorganização para se adaptar a nova situação vivenciada. A mãe é a que mais acompanha o filho na internação e os profissionais de enfermagem devem estar preparados para acolher e valorizar as necessidades destas famílias. Contribuições para enfermagem: Esta revisão pretende contribuir para uma reflexão crítica da equipe de enfermagem sobre a assistência prestada para a criança e sua família na UTIP. Referência: 1. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa[editorial]. Acta Paul Enferm 2007, 20(2): v-vi. Descritores: família, unidade de terapia intensiva pediátrica e enfermagem pediátrica

14562

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MORGANA FERNANDES

AUTOMEDICAÇÃO: CARACTERISTICAS DESTA PRÁTICA EM CRIANÇAS POR SEUS RESPONSÁVEIS EM UMA ESCOLA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO RIO DOS SINOS, RS.

Fernandes, MTC; Schneider, V;

Introdução: A automedicação consiste na seleção e uso de medicamentos, isentos de prescrição, por indivíduos para tratar doenças autolimitadas ou seus sintomas1. A principal causa de intoxicação medicamentosa entre menores de cinco anos advém da automedicação2. Por ser esta, um sério problema de saúde pública no Brasil, são necessárias pesquisas relacionadas ao tema, com o objetivo de esclarecer à população as consequências dessa prática, principalmente em crianças. Essa situação remete para a avaliação do uso racional dos medicamentos que está contemplada na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Vigilância Sanitária (ANPPVISA)3. Dentro deste contexto, percebe-se que a automedicação infantil está inserida na população como uma atividade comum, independentemente de suas consequências, tornando-se um desafio para a educação em saúde, assim sendo as escolas de educação infantil que atendem crianças de 0 a 6 anos de idade incompletos configuram-se como um ambiente ideal para realização dessa pesquisa, visto que o aglomerado de indivíduos nesses locais pode aumentar o risco da transmissibilidade de doenças e, consequentemente, a necessidade de utilizar medicamentos. Além disso, este estudo poderá subsidiar profissionais da educação e da saúde do município de referência da pesquisa, dentre esses, o enfermeiro, para juntos pensarem estratégias a fim de enfrentar a situação da automedicação, além de promover a educação dos responsáveis e alertar sobre as consequências dessa prática. Objetivos: Estimar a taxa da automedicação em crianças praticada por seus responsáveis e descrever as características (indicação, manifestação clínica, motivos, tipo/classe da medicação) desta prática. Metodologia: Pesquisa quantitativa com delineamento transversal, descritivo e exploratório, realizada através de um questionário semi-estruturado, baseado nos estudos de Carvalho et al. (2008)4 e Beckhauser et al. (2010)5, composto por 18 perguntas abertas e fechadas, que abordaram os diferentes domínios para responder aos objetivos. A população de referência foram as 235 crianças devidamente matriculadas na Escola de Educação Infantil do município em questão. Participaram do estudo os pais e/ou responsáveis legais que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, descritos a seguir: ser o pai/mãe/responsável legal pela criança, ter autonomia plena e ter mais de 18 anos de idade. Para análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS 18.0., que possibilitou a realização da análise descritiva. O estudo foi aprovado pelo CEP da Universidade FEEVALE sob a resolução nº 11602512.7.0000.5348 conforme os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde. Resultados: A população estudada foi de 211 crianças (de 0 a 6 anos de idade). Desses, 103 afirmaram ter medicado a criança nos 15 dias que antecederam a entrevista, sendo 57,28% pela automedicação. Quanto às manifestações clínicas para a prática, a dor e a febre foram as mais relatadas, em 35,59% e 30,51%, respectivamente. Em relação aos motivos que levaram a medicarem as crianças sem levar ao médico, 47,47% referiram ter feito uso de prescrição antiga, 45,56% consideram um problema de saúde simples, 3,39% citaram a praticidade e 1,69%, a falta de serviço. Os analgésicos foram o grupo de medicamentos mais utilizados na prática, compreendendo 48,33%. Por fim, ressalta-se que a principal indutora da prática foi a mãe, em 76,28% dos casos (p=0,05). Conclusão: O presente estudo, realizado em uma Escola Municipal de Educação Infantil, mostra os resultados encontrados, a análise e discussão dos dados, bem como o cumprimento dos objetivos propostos. Pode-se perceber que a taxa da automedicação praticada em crianças por seus responsáveis,

nos 15 dias que antecederam a entrevista, foi de 57,28%, quanto à indicação desta, verificou-se que 76,28% se deu por influência da mãe, figura constante no cuidado com os filhos. Dentre os entrevistados, verificou-se que a maioria pratica a automedicação fazendo uso de prescrições médicas anteriores e por considerar as manifestações clínicas um problema de saúde simples, ou seja, acreditam que a orientação dada pelo profissional em outro momento possa servir para a mesma manifestação, mesmo podendo esta significar uma doença totalmente diferente. Soma-se a esses fatos a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, contribuindo, dessa forma, pela busca alternativa de medicação, tendo como fim a automedicação. Os resultados sugerem também que o uso dos analgésicos e anti-inflamatórios tornou-se habitual, seja para dor ou para febre, isto é, não importando qual o agente causador, a medicação é sempre a mesma, pela excessiva confiança no fármaco, sem ao menos se importar no risco de sobredoses ou mesmo mascarando doenças. No que diz respeito a limitações do estudo, acredita-se que a taxa de uso de medicamentos por meio da automedicação possa ser ainda mais elevada, visto que alguns entrevistados, apesar de terem sido orientados quanto à confidencialidade das respostas, podem ter omitido a informação devido a estarem dentro da escola. Contribuições para a enfermagem: Acredita-se, portanto, que este trabalho, com foco na caracterização da automedicação e fatores relacionados à prática possa contribuir para o avanço científico no sentido de fundamentar ações na proteção e promoção à saúde da população pediátrica. Dessa forma, os resultados do presente estudo só reforçam a urgente necessidade de informar para os responsáveis quanto ao risco de medicar a população pediátrica sem a orientação profissional, tornando-se importante, também, cobrar aos órgãos responsáveis a oferta de produtos e serviços adequados e constante fiscalização, principalmente aos que comercializam fármacos. Quanto ao uso racional de medicamentos, este deve ser promovido entre a população, visto que pode vir a prevenir a prática irresponsável da automedicação, além disso, inúmeras outras medidas devem ser tomadas, tais como um controle mais rigoroso das propagandas de medicamentos na mídia, trabalhos de sensibilização acerca do tema direcionado aos profissionais de saúde, à população em geral, em linguagem acessível, e no contexto desse trabalho, aos profissionais de educação que trabalham diretamente com os sujeitos do estudo. Palavras-chave: Criança. Automedicação. Escola de Educação Infantil. REFERÊNCIAS 1 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication, 1998. Disponível em: . Acesso em: 05 nov. 2012. 2 GOULART, Ivana da Cruz et al. Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v.12, n.2, June 2012. Disponível em: . Acesso em: 05 nov. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000200007. 3 BRASIL. 2011. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Vigilância Sanitária. Brasília: Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento - NEPEC/ANVISA, 2011. 4 GOULART, Ivana da Cruz et al. Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v.12, n.2, June 2012. Disponível em: . Acesso em: 05 nov. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000200007. 5 BECKHAUSER, Gabriela Colonetti et al. Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. Rev. paul. pediatr., São Paulo, v.28, n.3, Sept. 2010. Disponível em: . Acesso em: 04 out. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000300002.

14561

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NAGILA LIMA FONTENELE

PADRÃO DE HIGIENE E VESTUÁRIO DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM UNIDADE DE SAÚDE DE FORTALEZA

Fontenele, NL; Braga, AAL; Santos, DAS; Brito, LLMS; Pinheiro, MTM; Gubert, FA;

Introdução: A puericultura prioriza dentre muitos cuidados com a criança a manutenção da higiene e vestuário, a qual por conhecimento diminuto dos pais, pode se tornar debilitada. Ressalte-se que a infância tem especial atenção do Sistema Único de Saúde por considerar-se que é uma das fases em que ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas, e por ser um grupo mais vulnerável aos agravos de saúde.[1] Objetivo: Avaliar padrão de higiene e vestuário de crianças atendidas em unidade de saúde de Fortaleza-CE. Metodologia: Estudo descritivo quantitativo. Os dados foram coletados através da análise de 220 prontuários, organizados segundo o modelo de Roper Logan Tierney, arquivados em unidade de saúde de Fortaleza-CE, de Janeiro de 2010 à Dezembro de 2012. A partir da análise foi construída uma planilha contendo informações acerca do padrão de higiene e vestuário das crianças nas suas três primeiras consultas de enfermagem em puericultura. Resultados: Na primeira consulta de 220 crianças, 107(48,63%) apresentaram alteração no padrão de higiene e vestuário. Na segunda, de 171 crianças, 61 (35,67%) estavam com esse padrão alterado. Na terceira, de 132 crianças, 31 (23,48%) permaneciam com padrão de higiene alterado. Conclusão: No decorrer das consultas, o percentual de crianças com alteração diminuiu em relação ao valor médio do total de crianças atendidas nas três consultas (38,05%), observando-se a adesão dos pais às práticas de higiene corretas orientadas durante as consultas de puericultura. Contribuições de Enfermagem: É relevante o acompanhamento da criança e as orientações aos pais através das consultas de Enfermagem na atenção básica. Referência: 1-Lima GGT, Silva MFOC, Costa TNA, Neves AFGB, Dantas RA, Lima ARSO. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. Revista Rene. 2009; 10(3): 117 -24. Descritores: Cuidado da criança; Vestuário.

14675

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NAJARA RODRIGUES DANTAS

HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL NA ÓTICA DAS CRIANÇAS: CONTRIBUIÇÕES À ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Dantas, NR; Almeida, VCF; Oliveira, JD;

HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL NA ÓTICA DAS CRIANÇAS: CONTRIBUIÇÕES À ENFERMAGEM PEDIÁTRICA Najara Rodrigues Dantas , Vitória de Cássia Félix de Almeida , Joseph Dimas de Oliveira INTRODUÇÃO: A hospitalização configura-se uma experiência potencialmente traumática para a criança, pois a afasta do cotidiano, do ambiente familiar e escolar, ocasiona confronto com a dor, a limitação física, a passividade e desencadeia sentimentos de culpa, punição e medo da morte. Assim, a criança hospitalizada pode experimentar uma desordem emocional, junto à dificuldade em expressar seus sentimentos e traduzi-los(1-2). Diante disto, torna-se de fundamental importância que esses sentimentos sejam reconhecidos (pela equipe de saúde) e manejados através de medidas que os tornem menos traumáticos, buscando, ainda, potencializar os mecanismos de enfrentamento da criança e desmitificar os procedimentos hospitalares e os profissionais de saúde(3). A equipe de saúde pode utilizar como estratégias para minimização a dor e a ansiedade da criança hospitalizada a sedação e analgesia, exposição gradativa em atividades sociais e exercícios físicos, reforço diferencial de comportamentos adaptativos, relaxamento, biofeedback, treino de distratibilidade social e a recreação terapêutica. A manifestação artística pelo desenho infantil se caracteriza por ser um excelente instrumento a ser aplicado em substituição ao discurso verbal da criança ou, ainda, ser associado a este tipo de discurso, complementando-o, facilitando as associações livres infantis. No contexto hospitalar, o desenho pode se revelar um instrumento eficaz na comunicação da criança na medida em que pode refletir qual a relação estabelecida com a equipe de saúde, como a percebe e a caracteriza na sua vivência do que a criança sente, revelando seu sofrimento e angústias, possibilitando, a partir disso, intervenções neste sentido. OBJETIVOS: Diante deste contexto, julgou-se pertinente investigar o processo de hospitalização sob a ótica da própria criança objetivando, com isso, identificar sentimentos, emoções e a vivência infantil durante esse momento. METODOLOGIA: Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, baseado em arte, realizado na Unidade Pediátrica de um Hospital e Maternidade, localizado no município de Crato-CE, de março a maio de 2013. A amostra final da pesquisa foi constituída de seis crianças internadas na Unidade Pediátrica, por critérios de inclusão crianças em idade pré-escolar e escolar e tempo de hospitalização infantil atual de, pelo menos, 48 horas, como critérios de exclusão foram crianças impossibilitadas de movimentar os membros superiores, impossibilitadas de verbalizar. O estudo aconteceu em três momentos: coleta de dados sobre a criança (sócio demográfico e clínico), produções artísticas com as crianças de forma a responder a questão norteadora: "Desenhe como você é cuidado aqui no hospital". À disposição existiam pincéis hidrocor, lápis de cor, giz de cera, glitter e cola folha de papel A4 branca. Em seguida, explicação do desenho pela criança, utilizando-se de um gravador para registrar as falas. Para a análise das falas foi realizada análise temática(4), e para a organização das falas, foi utilizado, o método colorimétrico, em seguida, as categorias propriamente ditas, foram organizadas em forma de unidades temáticas, as falas agrupadas por similaridade e apresentadas associando-se aos desenhos e pinturas (expressão artística) das crianças. A pesquisa obedeceu a todas as recomendações formais advindas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde referente a estudos com seres humanos, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Regional do Cariri (URCA), aprovada sob o parecer nº 103.799. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Após análise das falas e organização em unidades temáticas,

identificaram-se quatro categorias simbólicas, a saber: a) Os membros da equipe de Saúde e atividades a eles atribuídas, esta unidade temática é composta pelos membros que fazem parte da equipe de saúde que assiste à criança hospitalizada, são eles: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares e fisioterapeutas, e suas ações frente ao cuidado da criança em unidade de internação, foram identificadas nesta categoria 23 unidades de registro, representando 35,4 % das falas das seis crianças; b) Sentimentos em relação à hospitalização, profissionais, ambiente, atividades, nesta categoria apresentam-se os sentimentos da criança em relação à hospitalização e aos profissionais envolvidos no processo, foram identificados os sentimentos de alegria, afeto pelo profissional de saúde e entrevistador, anseio da volta para casa e saudades dos parentes, sendo reconhecidas 17 unidades de registro, equivalentes a 26,1% das falas das crianças; c) O espaço (físico e simbólico) do ambiente hospitalar e materiais, aqui as crianças descrevem o ambiente hospitalar, retratando os elementos que compõem a sua dinâmica, seu espaço físico, delimitando suas partes e até mesmo reconhecendo-se no ambiente, foram identificadas 13 unidades de registro, correspondendo a 20% das falas; d) Reconhecimento dos cuidadores no hospital, nesta categoria, há o reconhecimento das pessoas relacionadas ao cuidado no hospital. Notoriamente é a figura da mãe a mais mencionada e associada ao cuidado e cuidador, surgindo em seis falas, refletindo assim que o cuidado na percepção das crianças está ligado à proximidade com o cuidador, foram reconhecidas 12 unidades de registro, correspondendo a 18,5% das falas. CONCLUSÃO: Pode-se concluir a experiência da hospitalização infantil de acordo com as crianças pesquisadas aponta para um momento estressante e de ansiedade, e, ao mesmo tempo, um momento de aprendizagem e estabelecimento de novos laços afetivos. Representa uma situação estressante e de impactos negativos devido à ausência dos demais familiares, dos amigos e da escola além da própria rotina hospitalar, e também representa uma situação de aprendizado sobre o mundo à sua volta, os papéis desempenhados pelos adultos em um ambiente até então desconhecido e sobre si mesmo enquanto indivíduo ativo no cuidado e durante todo o processo. A partir da análise as falas e dos desenhos produzidos, pode-se observar a multiplicidade de significados, adaptações e interações que as crianças hospitalizadas conseguem estabelecer durante o processo de adoecimento e hospitalização. Desse modo este estudo abre reflexões acerca do protagonismo da criança diante do processo de hospitalização, se suas vozes como atores principais desse processo estão sendo ouvidas, e se suas particularidades estão sendo conhecidas. Assim, o enfermeiro, em particular, deve manter-se sensível à identificação desses conteúdos e vivências no cuidado cotidiano em Unidade de Internação Pediátrica e pautar suas intervenções voltadas às vivências e percepções infantis. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: este estudo contribui, no campo da pesquisa, com o uso de pesquisas embasadas em expressões artísticas na produção de dados, os dados encontrados podem embasar outras pesquisas no campo da saúde, refletindo à equipe de saúde de como utilizar estratégias para minimização do sofrimento da criança hospitalizada, levando em consideração a ótica da própria criança. REFERÊNCIAS: 1-Mitre RMA, Gomes R.. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004 9(1):147-154. 2-Silva JMM. O desenho na expressão de sentimentos em crianças hospitalizadas. Fractal. Rev. Psicol. 2010 maio/ago. 22(2):447-456. 3-Vasques RCY; Bousso RS; Mendes-Castillo, AMC. A experiência de sofrimento: histórias narradas pela criança hospitalizada. Rev. esc. enferm. USP. 2011 mar. 45(1):122-129. 4- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. Ed. São Paulo: Hucitec; 2004. Descritores: Criança Hospitalizada, Enfermagem Pediátrica, Percepção. 1- Acadêmica do IX semestre de enfermagem da Universidade Regional do Cariri-URCA, Crato-CE, Brasil, e-mail: jara85@hotmail.com.2- Enfermeira, Doutora em Enfermagem (UFC), Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri-URCA. 3-Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará-UECE, Professor Assistente da Universidade Regional do Cariri-URCA, Crato-CE, Brasil.

14542

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NAJARA RODRIGUES DANTAS

PROMOVENDO SAÚDE NO ÂMBITO ESCOLAR: A HANSENÍASE NA ÓTICA DOS ESCOLARES

Dantas, NR; Fabrício, NP; Alencar, LP; Nascimento, NKM; Dias, IKRD; Soares, JR;

PROMOVENDO SAÚDE NO ÂMBITO ESCOLAR: A HANSENÍASE NA ÓTICA DAS CRIANÇAS Najara Rodrigues Dantas1 Natália Pinheiro Fabrício2 Lígia Pinheiro de Alencar3 Natasha Kênia Maciel do Nascimento4 Ítala Keane Rodrigues Dias5 Jaqueliny Rodrigues Soares6 INTRODUÇÃO: A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica, causada pelo Mycobacterium leprae. Possui sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos que podem ocasionar deformidades e incapacidades aos portadores comprometendo significativamente a qualidade de vida(1). O Ministério da Saúde (MS) tem como principal estratégia a integração das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) para desenvolver ações de diagnóstico precoce e tratamento da doença na atenção básica integrando a rede de atendimento ao paciente, facilitando o acesso ao tratamento(2). Assim, torna-se essencial o papel do enfermeiro no atendimento a estes pacientes, na avaliação dos sinais e sintomas, cuidado das lesões, orientação das medicações, exame dos comunicantes e busca ativa na comunidade. A enfermagem tem sua atuação prolongada quando se enfatiza na educação em saúde, no envolvimento profissional com o paciente, família e comunidade(3). O enfermeiro que atua no PSF e realiza ações educativas na comunidade extramuros da Unidade Básica de Saúde (UBS), por exemplo, nas escolas, consegue obter maior controle da doença, através do diagnóstico precoce e orientações quanto à rede de serviços aos pacientes portadores da hanseníase. Desta forma este profissional exerce sua responsabilidade dentro do PSF não apenas de gerente e assistente, mas também de educador em saúde e ator social, tornando-se cada vez mais crítico e capacitado. OBJETIVOS: Reportar a experiência de acadêmicas de enfermagem na atuação da educação em saúde sobre hanseníase em uma escola da Rede Municipal de Ensino em Juazeiro do Norte-CE. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência de oficinas sobre a Hanseníase realizadas por acadêmicas do 8º semestre de enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA, durante os estágios curriculares supervisionados na atenção básica. Os discentes atuavam em uma Equipe de Saúde da Família (ESF) vinculada ao Programa Saúde na Escola (PSE), que realiza atividades de Educação em Saúde em uma escola de ensino fundamental e médio inserida na área de abrangência desta equipe. O tema das atividades educativas foi baseado na campanha lançada pelo MS em março de 2013, cujo título é "Hanseníase e Verminoses têm cura, É hora de prevenir e tratar", com objetivo de promover conhecimento, realizar diagnóstico precoce e identificar as comunidades com hanseníase e verminose, encaminhando os casos para a rede básica de saúde. As oficinas ocorreram com escolares de 4ª a 5ª série, tendo como temática a prevenção, o agente causador, a transmissão, os sinais e sintomas e o tratamento da hanseníase, de maneira clara e objetiva, em linguagem acessível. Os encontros ocorreram nos dias 15, 20 e 22 de maio de 2013, com uma média de 20 alunos por sala, da sala A a D. Como instrumento de coleta, foi realizada a brincadeira intitulada "jogo da forca" a qual trazia perguntas sobre o tema proposto, de maneira bem interativa. Desse modo, esta experiência se deu em três momentos: no primeiro, realizou-se um debate sobre a hanseníase, verificando entre os escolares algum conhecimento prévio; no segundo momento, dividiu-se a sala em duas equipes, A e B, com um representante de cada equipe, em seguida aplicou-se a brincadeira para avaliar o que foi discutido, e finalmente no terceiro momento foi solicitado aos alunos que transcrevessem o que acharam da atividade realizada, o que aprenderam durante este momento e quais temas gostariam que também fossem debatidos nas próximas atividades de Educação em Saúde. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A partir do primeiro momento,

percebeu-se que alguns alunos já tinham um conhecimento prévio da doença, por já terem presenciado casos ocorridos em sua família ou amigos próximos, estes até opinavam e respondiam alguns dos questionamentos, porém de uma forma ainda confusa, o que foi esclarecido após a explanação do assunto. Na abordagem dos sinais e sintomas, percebeu-se a preocupação das crianças em identificarem semelhanças das manchas com as que apresentavam no corpo, o que foi esclarecido sobre as particularidades das manchas ocasionadas pela hanseníase e sanar a preocupação de alguns alunos. No segundo momento, na divisão da sala em dois grupos, o espírito de competição estimulou a participação de toda a sala. Eram dadas pistas aos alunos para que descobrissem as palavras correspondentes ao modo de transmissão, ao agente patológico e aos principais sinais e sintomas da hanseníase. A cada letra sugerida pelo representante do grupo, que não correspondesse à palavra em discussão, resultava na exposição de partes do corpo do bonequinho na forca. A equipe que acertasse a palavra marcava ponto, ao final da brincadeira o grupo que somasse o maior número de pontos tornava-se a equipe vencedora. Pôde-se observar a interação dos alunos de uma maneira bem dinâmica, refletindo o aprendizado proposto. No terceiro momento, verificou-se que os alunos não só gostaram da atividade realizada como também sugeriram novas brincadeiras com outros temas também relevantes para discussão e por se tratarem de situações presentes no seu dia-a-dia, como o tema: Dengue. Percebeu-se ainda o carinho e acolhimento por parte dos alunos e professores, a atenção em ouvir e auxiliar até mesmo na organização da sala e da brincadeira, o que mostra o quanto foi agradável e acessível a experiência nesta escola. As dificuldades encontradas se tratavam da questão de poucos materiais disponíveis para a oficina dos acadêmicos na abordagem do primeiro momento, tempo limitado para a realização da atividade educativa, pois não havia um espaço no Projeto Pedagógico para a Educação em saúde, apesar do vínculo da instituição de ensino ao PSE. CONCLUSÃO: A partir do exposto, pode-se concluir que a educação em saúde deve transpor as barreiras e ir além das Unidades Básicas de Saúde, deve ser trabalhada também como base onde há a construção do conhecimento, ou seja, nas escolas, fazendo com que conceitos básicos sejam aprendidos e transformados dentro das práticas do autocuidado. Esse relato pode enfim, gerar reflexão sobre as práticas acadêmicas e do próprio profissional de enfermagem, ressaltando-se como tecnologias leves podem ser aplicadas trazendo grandes resultados na promoção em saúde. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: São inúmeras as contribuições destas atividades para a enfermagem, pois o enfermeiro pode promover conhecimento e saúde, contribuindo para mudanças de estilo de vida da população em benefício da melhoria da qualidade de vida. A educação em saúde é o ponto-chave para promoção da saúde, empoderamento do indivíduo e mobilização da sociedade para participação das políticas públicas de saúde a fim de exigir seus direitos e melhorias em saúde. DESCRITORES: Hanseníase, Educação em saúde, Saúde da Criança. REFERÊNCIAS 1. LIMA HMN, Sauaia N, Costa VRL, Neto, GTC, Figueiredo PMS. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. Rev Bras Clin Med [Internet] 2010. [acesso em 2013 ago 10] 8(4):323-7. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a007.pdf 2. MARTINS RB, Bouças PDP. Hanseníase: o papel do enfermeiro na prevenção e na luta contra o preconceito. In: Congresso de Iniciação Científica das Faculdades Integradas de Ourinhos. 2010, set.. Ourinhos, São Paulo. Faculdades Integradas de Ourinhos, 2010. 11 pág. 3. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase e Direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72p.

14551

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NATALIA FERNANDA VITIPÓ CADAVEZ

COMO ESCOLHER O MELHOR CATETER VENOSO CENTRAL DE LONGA PERMANÊNCIA?

Graciano, AFS; Carvalhal, ACA; Araujo, JCS; Cadavez, NFV; Vasconcelos, PRO;

Diversas vezes, a terapia intravenosa é utilizada para o restabelecimento da saúde e manutenção da vida dos pacientes1. Esta sofreu grande evolução nas últimas décadas. Atualmente há grande diversidade de cateteres disponíveis no mercado. Eles devem ser escolhidos de acordo com o diagnóstico, habilidade do profissional que realizará o procedimento, riscos para o paciente, disponibilidade da instituição, o tempo de permanência estimado, capacidade do cuidador de realizar os cuidados necessários para cada cateter2. Os objetivos são: definir as indicações para o estabelecimento de cada tipo de cateter venoso central de longa permanência; elaborar um algoritmo para a escolha do tipo de cateter de longa permanência, com base em evidências científicas. O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura a partir de pesquisa nas bases de dados: Pubmed, Scielo e MEDLINE. RESULTADOS: Foram encontrados 146 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 14 artigos. Os resultados revelaram que ao se empregar os critérios para a indicação do cateter ideal para crianças, deve-se ter especial atenção para a dificuldade de manipular e manter cateteres venosos com a correta técnica asséptica, pois, além de ser uma clientela mais propícia a acidentes mecânicos com tais dispositivos, ainda possuem compreensão limitada quanto os cuidados com o dispositivo3. Estudos afirmam que cateteres venosos semi-implantado são indicados para pacientes com previsão de terapia intravenosa menores que seis meses, e o cateter totalmente implantado para terapias com previsão maiores do que seis meses 4,5. CONCLUSÃO: A escolha do cateter venoso de longa permanência, quando erroneamente escolhidos, podem causar agravos a saúde do paciente, aumentando o tempo de hospitalização, sequelas ou até morte. Descritores: "Catheters, Indwelling"; "Central Venous Catheters"; e "cateter venoso central".

14336

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NATHALYA MACEDO NASCIMENTO COSTA

ENFERMAGEM NA BUSCA DE CASOS NOTIFICADOS DE INFLENZA: UM OLHAR PARA CRIANÇA

Macedo, NATHALYA; Leão, ANA;

A Influenza é uma doença respiratória aguda causada por três tipos de vírus da família Orthomyxoviridae, denominados A B e C. Dentre as características marcantes desse vírus se destacam, a alta infectividade e alta patogenicidade, capaz de acometer grande número de indivíduos devido ocasionar doença de elevada transmissibilidade e distribuição global1. As secreções das vias respiratórias da pessoa infectada, são eliminadas ao falar tossir, espirrar, ou pelas mãos, que após o contato com superfícies recém-contaminadas pelas secreções podem levar o agente infeccioso direto aos olhos, nariz e boca, contribuido para a transmissão do vírus. Os casos mais graves da doença evoluem para a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) podendo levar a óbito.2 Segundo o Informe Técnico da Influenza de 2009, nas regiões temperadas do hemisfério Norte com a presença do inverno, a influenza tem circulação do vírus ativa e geograficamente dispersa. Na América Central, e América do Sul a transmissão permanece dispersa geograficamente, mas a atividade da doença apresenta declínio. Neste contexto a principal intervenção preventiva em saúde pública para os agravos da doença é a vacinação, que tem sido utilizada no Brasil desde 1999, favorecendo principalmente os idosos. Em 2009 a vacina foi indicada para as gestantes e crianças de 6 meses até 2 anos de idade2. Os portadores de doenças crônicas e os trabalhadores de saúde, já estavam sendo beneficiados em anos anteriores. A criança foi incluída como grupo prioritário para a cobertura vacinal, pois as taxas de hospitalização, na vigência da pandemia foram elevadas3. Conforme o calendário de vacinação, de 6 meses de idade até 8 anos, são duas doses com intervalo de 30 dias da primeira dose, a partir dos 9 anos, dose única. Crianças a partir dos 3 anos recebem a vacina, se forem portadores de doenças crônicas2. Este estudo preconiza abordar a influenza em crianças de 6 meses até 9 anos de idade, pois os agravos desta doença são mais comuns nessa faixa etária, podendo levar a formas clinicas graves como pneumonia e morte2. O projeto de extensão "Vacinando a Comunidade" da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, atua na prevenção das doenças imunopreviníveis. Tem trabalhado desde a primeira Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza em 1999. Proporciona articulação entre o ensino e a prática atendendo públicos de diferentes faixas etárias, promovendo ação educativa, levantamento do histórico vacinal e à imunização necessária a cada pessoa, favorecendo também a saúde da coletividade. Durante as ações do projeto nas campanhas, em diferentes bairros do Rio de Janeiro, observou-se a reduzida demanda dos pais em imunizar seus filhos. Surgiu o questionamento, as crianças estão adoecendo pela influenza? Procurou investigar os registros dos casos de Influenza.Com objetivos, identificar e discutir a incidência de casos de Influenza A (H1N1) em crianças menores de 2 até 9 de idade.Este estudo é de abordagem quantitativa utilizado dados da região Sudeste do Brasil, onde está situada a universidade oriunda deste trabalho. Foi realizada busca das notificações de influenza em crianças, menor de 2 anos, 2 á 4 anos e 5 á 9 anos, no Sistema de Informações de Agravos e notificações (SINAN), disponíveis no Banco de Dados do Sistema único de saúde (DATASUS), no período de 2009 a 2010. Identificado o número de casos registrados por cada estado, as idades e sexos mais atingidos.Na região sudeste do Brasil, totalizaram 14.473 casos de influenza em crianças menor de 2 anos, de 2 á 4 anos e de 5 á 9 anos, no período estudado. Foram 4.331 (28%) casos em Minas Gerais, 105 (3%) no Espírito Santo, 2.020 (14%) no Rio de Janeiro e 8.017(55%) em São Paulo. As pessoas que adoecem pela influenza, ficam mais suscetíveis às complicações com a presença de pelo menos uma comorbidade como: pneumonias, doença cardiovascular, doenças renais, diabetes,

pneumonias, doença pulmonar obstrutiva crônica, dentre outras2. A pandemia afetou com maior intensidade as regiões Sul e Sudeste do Brasil3. São Paulo foi onde aconteceu o maior número de casos. Na região Sudeste, São Paulo é o estado mais populoso, seguido por Minas Gerais e Rio de Janeiro4. Em 2009 a região da América ficou em primeiro lugar com numero de óbitos por influenza pandêmica seguido da Europa e Sudeste Asiático3. No hemisfério Sul a atividade do vírus ocorre no inverno correspondendo ao período de abril a setembro. Nos países de clima tropical, a epidemiologia do vírus influenza é diferente, podendo ocorrer em qualquer época do ano, porém as epidemias têm tendência de acontecer após mudanças nos padrões climáticos, como por exemplo, relacionadas à estação de chuvas4. As crianças que mais adoeceram foram do sexo masculino, 9.311(64%), em menor número no sexo feminino com 5.162 (36%) casos. Quanto às faixas etárias, nos menores de 2 anos, 5.469 (37%), de 2 a 4 anos, 2.774 (19%) e de 5 a 9 anos, 6.230 (44%) casos. As idades mais atingidas foram de 5 á 9 anos. Dados que corrobora com outro estudo, refere que a influenza acomete os indivíduos em todas as faixas etárias, contudo a maior incidência da infecção é observada entre crianças em idade escolar5. O grande número de criança que adoeceram pode ser justificado pela indisponibilidade da vacina anti-influenza, nos serviços públicos de saúde. Considerando que a partir dos 2 anos de idade, a vacina é restrita, sendo permitida para as crianças com agravos à saúde, consideradas grupo de risco. Pessoas com histórico de doenças crônicas, tendo a infecção pelo vírus pode aumentar o risco de complicações acarretando o aumento da mortalidade2. Até o ano de 2011 pacientes com doenças crônicas deveriam ser vacinadas nos Centros de Referencia de Imunobiológicos Especiais (CRIE), no ano de 2013 esse grupo foi incluído na Campanha para ser imunizado nos postos de vacinação não apenas no CRIE, no entanto mantém a necessidade de prescrição médica, que deverá ser apresentada antes do ato da vacinação2.A região sudeste apresentou elevado número de crianças que adoeceram pela influenza, à idade escolar foi a mais atingida. Considerando que a vacina não é administrada em todas as crianças saudáveis, e mesmo aquelas portadoras de doenças crônicas, já serem vacinadas nos postos de saúde e não somente nos CRIE, ainda existe dificuldade na cobertura vacinal. A decisão governamental que viabilize a vacinação na população de modo mais homogêneo é uma conduta essencial e prioritária. Este estudo contribuiu no aprimoramento técnico científico da profissão, para adoção de estratégias nos cuidados de promoção da saúde e prevenção aos agravos específicos que atinge os indivíduos na sociedade. Descritores: Influenza, Vacina, Notificação

Referências: 1-Bricks FL, Resengue R, Rodrigues D. Vacinas contra Influenza- atualização. São Paulo: Universidade de São Paulo. 1997; 19 (2): 114-127. 2- Marreiros CCA, Teixeira SMA, Domingues SAMC, et al. Informe Técnico: Campanha Nacional de Vacinação conta Influenza- 2013. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. 3- Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Informe epidemiológico influenza pandêmica (H1N1) 2009. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 4- Kamps BS, Hoffmann C, Preiser W. Influenza report 2006. Flying Publisher. Disponível em http://www.influenzareport.com/ em: 28 de Agosto de 2013. 5- Andrade NP, Pimenta MA, Silva AD, et al. Eventos adversos pós- vacinação contra influenza. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. 2012; 28 (7): 1713-1724.

14421

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NEIZE LÚCIA DE ANDRADE

OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRESENTES SEGUNDO A TAXONOMIA DE NANDA NA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CIRÚRGICA: REALIDADE DE UMA ENFERMARIA DE CIRURGIA PEDIÁTRICA

Guimarães, F; Monteiro, PAS; Andrade, NL;

Introdução: Trata o estudo da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um cenário de cirurgia pediátrica (CIPE) de um Hospital Universitário de grande porte, localizado no Município do Rio de Janeiro. Esta enfermaria localiza-se no 3º andar, com 5 leitos, interna criança na idade de 1 mês a 12 anos incompletos,em situação cirúrgica, aguda, crônica, adquirida e/ou congênita, de pequeno a médio porte. Possui na equipe 02 enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem. Objetivos: Listar as afecções cirúrgicas de maior frequência na CIPE e identificar os diagnósticos de enfermagem presentes no pré e pós-operatório das crianças com as afecções cirúrgicas de maior frequência. Metodologia: Estudo exploratório, quantitativo realizado na enfermaria de cirurgia pediátrica do Hospital Universitário Pedro Ernesto. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto sob o n° CAAE:0028.0.228.000-10. A pesquisa exploratória teve como objetivo neste estudo proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito. A população foi composta por crianças internadas na CIPE de abril de 2007 a agosto de 2010 (490 crianças) e a amostra foi definida pelas crianças que possuíam uma das quatro afecções de maior frequência e que estivessem hospitalizadas na CIPE (totalizando 29 crianças). Utilizamos dados retrospectivos do livro de internação do setor e do instrumento de admissão da enfermaria da CIPE, que foram tabulados e analisados pela estatística descritiva simples, no programa Excel. Na segunda fase, a amostra constituiu-se apenas pelas crianças com afecções cirúrgicas mais frequentes que se encontravam hospitalizadas na enfermaria de cirurgia pediátrica e na análise de seus prontuários. A entrevista foi realizada após esclarecimento sobre a pesquisa ao responsável pela criança e a aceitação e autorização do mesmo através do termo de consentimento livre e esclarecido, atendendo aos aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos promulgados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para identificar a amostra da segunda fase, utilizamos a estatística descritiva simples, tendo como referência a distribuição por frequência. As afecções cirúrgicas foram distribuídas em ordem decrescente de frequência em tabelas contidas no presente estudo. E o ponto de corte para determinar a amostra foi as quatro afecções de maior frequência. Resultados: Através da coleta de dados retrospectiva no livro de internações da enfermaria de cirurgia pediátrica constatamos que as afecções cirúrgicas mais incidentes classificadas em ordem decrescente nas crianças internadas na unidade de abril de 2007 a agosto de 2010 foram: as herniorrafias responsáveis por 34,7% das internações na enfermaria da CIPE, seguida pelas postectomias 16,5%, correção de hipospádia 12% e orquidopexia 10%. Devido à falta de registros satisfatórios os diagnósticos de enfermagem foram traçados conforme achados na avaliação e entrevista da criança no período de pré-operatório e pós-operatório. Os Diagnósticos no pré-operatório identificados foram: disposição para o enfrentamento familiar aumentado (95%), disposição para estado de imunização melhorado (79%), risco de volume de liquido deficiente (42%), risco de infecção (42%), atividades de recreação deficientes (42%), medo (37%), risco de nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (26%), manutenção ineficaz da saúde (21%), adaptação ineficaz (16%), risco de padrão do sono ineficaz (perturbado) (16%), padrão ineficaz de alimentação do lactente (16%), tensão do papel do cuidador (16%), risco de síndrome de estresse por mudança (10%), risco de lesão perioperatória por posicionamento (10%), adaptação prejudicada (5%),

enfrentamento ineficaz pela faixa etária (5%), processo familiar alterado relacionado à enfermidade ou hospitalização (5%) e os diagnósticos do pós-operatório: dor aguda (47%), risco de infecção (37%), risco de desequilíbrio hidroeletrolítico (31%), medo (21%) e conforto prejudicado (10%), deambulação prejudicada (10%), risco de êmese (10%), risco de constipação intestinal (10%), eliminação urinária prejudicada pelo medo (10%), confusão aguda (10%), risco do bloqueio de vias aéreas relacionado à secreção aumentada (10%), integridade da pele ineficaz (5%), nutrição desequilibrada menos que as necessidades (5%), mobilidade no leito prejudicada (5%), disposição para enfrentamento familiar aumentado (5%), risco de tensão do papel do cuidador (5%). Conclusão: Através do presente estudo concluiu-se que apesar de duas etapas do processo de enfermagem, estarem já sendo implementadas na enfermaria de cirurgia pediátrica a falta de registros ainda é um problema que a sistematização da assistência enfrenta para ser implementada em sua totalidade nos serviços de saúde e no propósito pelo qual nossa pesquisa direcionava-se não foi possível traçar esses diagnósticos de forma fidedigna somente com base nesses registros. Apesar de todos os esforços estamos muito distante da implantação da SAE com todas as etapas do processo de enfermagem, mas acreditamos que este estudo é mais um passo para que possamos ter a SAE construída em bases sólidas, claras e uniforme possibilitando ao enfermeiro ser capaz de desenvolver um cuidado científico. Contribuições para a enfermagem: Com este estudo foi possível direcionar o cuidado de enfermagem a criança em situação cirúrgica, tendo como relevância a sistematização da assistência de enfermagem na enfermaria de cirurgia pediátrica. Acreditamos que este estudo possibilitará melhorias na área do cuidado, da pesquisa e do ensino, contribuindo para a aquisição de uma consciência de que em pediatria o cuidado fundamenta-se no conceito de atuação integral em um esquema de responsabilidade mútua entre os profissionais de saúde, a criança e a família. E, sobretudo, conduzindo-os, para uma vida mais saudável a partir de suas potencialidades. Identificamos que através da SAE na enfermaria de cirúrgica pediátrica teremos profissionais que cuidam de sua clientela com segurança e pacientes satisfeitos com a assistência prestada durante o processo de hospitalização, tornando o cuidado seguro e humanizado. Referências Bibliográficas: HORTA VA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 2008. p. 99. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 358 de 15 de outubro de 2009. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação - 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010. IYER, PW. Processo e diagnóstico em enfermagem. GRACEZ RM, tradutor. 1. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1993. p. 325. CARPENITO LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. THORELL A, tradutor. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. MEEKER MH, ROTHROCK JCA. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. ARAÚJO CLC, tradutor. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. Descritores: diagnóstico de enfermagem - enfermagem pediátrica

13832

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NEUSA COLLET

REDE DE ATENÇÃO À CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA: PERCEPÇÃO DE GESTORES

Nóbrega, VM; Damasceno, SS; Reichert, APS; Collet, N;

Introdução: os profissionais de saúde que atuam na gestão têm a responsabilidade de organizar as redes de atenção, planejar as ações, monitorar e avaliar os serviços. Desse modo, percebe-se a importância de seu olhar para a realidade, pois este norteará a estruturação e o funcionamento do sistema de saúde. Objetivo: analisar a percepção de gestores sobre rede de atenção à criança com doença crônica no município de João Pessoa-PB. Metodologia: estudo exploratório realizado de fevereiro a maio de 2013 com 6 gestores que da Secretaria Municipal de Saúde e dos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa por intermédio de entrevistas semiestruturadas. A análise temática subsidiou a organização e análise dos dados. Resultados: três categorias temáticas foram construídas: organização e funcionamento da rede; fragilidade da rede na atenção à criança com doença crônica; e perspectivas para o aprimoramento da rede. Conclusão: os gestores afirmam que a infraestrutura de serviços da rede está preparada para atender à criança com doença crônica, porém percebem fragilidades relacionadas à articulação e encaminhamento entre os diferentes serviços, ao planejamento de ações para essa população e sistema de informação e à falta de acolhimento e responsabilização pela produção do cuidado. Contribuições/implicações para a Enfermagem: a enfermagem deve estar mais próxima da gestão no intuito de trabalhar conjuntamente na busca de estratégias para que os serviços de atenção à criança com doença crônica sejam articulados em rede a fim de garantir que estas tenham suas demandas atendidas de acordo com suas singularidades. Descritores: gestão em saúde; saúde da criança; doença crônica

14578

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NICOLE MARTINS SOARES

VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM CRECHE VINCULADA A UM HOSPITAL ESCOLA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Soares, NM; Lazaro, GGA; Ribeiro, NRR;

Introdução: As creches constituem um espaço coletivo de cuidado, no qual engloba crianças de famílias com diferentes valores e costumes, em diferentes estágios de desenvolvimento. Essas crianças permanecem a maior parte de seu tempo nesse ambiente, e, a partir disso, esse local torna-se uma importante oportunidade para a promoção de saúde[1]. O Ministério da Saúde define creche como: "Uma instituição dentro de um contexto de socialização complementar à família, que deve propiciar cuidados de higiene, saúde, alimentação e educação, em um clima afetivo, estimulante e seguro às crianças de 4 meses a 6 anos de vida"[2]. Lactentes e pré-escolares que frequentam creches são mais acometidos por doenças e agentes infecciosos por apresentarem o sistema imunológico imaturo e hábitos que facilitam a disseminação de doenças, tais como levar as mãos e objetos à boca, contato interpessoal muito próximo, falta da prática de lavar as mãos e de outros hábitos higiênicos[3]. Por serem espaços coletivos infantis, onde a disseminação de doenças torna-se recorrentes, estratégias envolvendo educação em saúde são indispensáveis. A inserção de acadêmicos de enfermagem nestes espaços pode contribuir na promoção da saúde das crianças. Objetivo: Relatar a participação do acadêmico de enfermagem em uma creche destacando suas ações frente às principais intercorrências apresentadas pelas crianças. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência, descritivo, com base nos registros dos acadêmicos de enfermagem em uma creche, destinada exclusivamente às crianças cujos pais são funcionários de um hospital escola, no município de Porto Alegre/RS. Frequentam a creche crianças de seis meses a seis anos de idade. O relato refere-se ao período de agosto de 2012 a agosto de 2013. A inserção do acadêmico: Com o estímulo às atividades extracurriculares dos acadêmicos universitários, foi disponibilizada uma vaga para bolsista de enfermagem na creche em questão. Como pré-requisito, o acadêmico deve ter cursado ou estar cursando a Disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança e ter a supervisão de um professor de Enfermagem Pediátrica. O aluno desenvolve suas atividades durante 20 horas semanais, em turno oposto às suas atividades acadêmicas. As atividades do acadêmico: Inicialmente é necessário estabelecer um vínculo e uma relação de confiança entre a acadêmica, as crianças e os profissionais da instituição. Na sequência, o aluno é solicitado sempre que necessário, para avaliar as condições de saúde das crianças e prestar o devido cuidado. Ao final do dia, o acadêmico relata no livro de registros de enfermagem, os motivos para os quais foi solicitado e qual conduta adotada mediante a intercorrência. O acadêmico supervisiona a cobertura vacinal das crianças mediante a análise da cópia da carteira de vacinação, e se necessário, solicita a família que providencie a atualização da cobertura vacinal da criança. Sempre que necessário, ele orienta a família nas questões de educação à saúde. Resultados: Com base nos registros de enfermagem, foi possível identificar os principais sinais e sintomas encontrados nas crianças que frequentam esta creche: estado febril; congestão nasal acompanhado de coriza; tosse produtiva; esforço respiratório; roncos e sibilância; episódios diarreicos, lesões de pele como dermatite de fralda, exantema e prurido. Mediante os sinais e sintomas apresentados, foram adotadas as condutas necessárias. O problema mais recorrente encontrado nos registros foi a febre, e nesse caso é investigada a associação com outros sintomas. Na sequência, os responsáveis pela criança são comunicados e se estes autorizam, a criança é medicada conforme a receita médica que está na instituição. A criança é reavaliada em uma hora, aguardando a chegada do responsável por ela. Demais sinais e sintomas de infecção de vias aéreas superiores e inferiores, episódios

diarreicos e lesões de pele, não acompanhadas de estado febril, sempre são reportados aos pais e observa-se a evolução do quadro. Tendo em vista o alto grau de disseminação das doenças infecto contagiosas em espaços coletivos como a creche, é solicitado aos pais, que a criança seja levada a uma consulta médica, para avaliar as condições de saúde e verificar a necessidade de afastamento da creche. Mediante liberação médica, foi observado nos atestados a predominância dos diagnósticos de infecções respiratórias das vias aéreas superiores (resfriados, faringites, sinusites) e inferiores (bronquiolites). Observou-se nos meses de maio a agosto a bronquiolite como principal causa de afastamentos das crianças na faixa etária de seis meses a dois anos. Uma vez introduzido o agente infeccioso no ambiente a disseminação ocorreu com facilidade em crianças da mesma turma. Outros diagnósticos como conjuntivite, otite, cândida, escabiose, gastroenterite também foram observados nos registros realizados pelos acadêmicos. Nesse contexto o acadêmico de enfermagem, pode atuar nas creches, avaliando a saúde da criança, no que se refere ao crescimento e desenvolvimento infantil, com ações de prevenção e promoção da saúde. Como parte integrante da promoção em saúde, os acadêmicos de enfermagem realizam o envio de bilhetes anexados na agenda da criança, destinados aos seus responsáveis. Os informativos são enviados semanalmente e o tema abordado é conforme a necessidade de saúde da criança ou da turma, buscando a continuidade do cuidado no âmbito familiar. Conclusão: Durante o acompanhamento e convivência diária das acadêmicas com as crianças, foi possível conhecê-las e perceber quaisquer anormalidades de comportamento, conduta ou mudança no estado de saúde. É impossível buscar saúde sem pensar em educação, sendo assim, a adoção de medidas preventivas como lavagem de mãos, higiene bucal e corporal, além da higienização de objetos de uso pessoal, devem ser abordados com as crianças, familiares e educadores, tornando-se medidas efetivas na prevenção de doenças infecto contagiosas. Tendo em vista que a creche é o ambiente onde a criança permanece, muitas vezes, a maior parte do seu tempo de infância e que é neste contexto cujo seus primeiros anos de formação acontecem, podemos dizer que são fundamentais estratégias que visam promover uma boa educação relacionada à saúde. Sendo assim, o acadêmico de enfermagem quando inserido em espaços coletivos, deve apropriar-se do conhecimento técnico-científico no que diz respeito aos aspectos físicos, psíquicos, intelectuais e sociais que englobam a saúde da criança, e, desse modo, será capaz de contribuir para a assistência, prevenção e promoção da saúde. Descritores: Creche. Enfermagem. Educação em Saúde. Referências: 1 GOMES, Vera Lúcia De Oliveira. Interpretação do cuidado de enfermagem à criança em creches, pela ótica de Pierre Bourdieu. 2004. 197 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2004. Disponível em: . Acesso em: 26 ago. 2013. 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 321, de 26 de maio de 1988. 3 NESTI, Maria M. M. and GOLDBAUM, Moisés. As creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis. J. Pediatr. Rio de janeiro, RJ. 2007, vol.83, n.4, pp. 299-312. ISSN 0021-7557. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000500004. Acesso em: 26 ago. 2013.

14579

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PALOMA RESCHKE SALOMAO

CRIANÇAS E ADOLESCENTES ABRIGADOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: UMA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

Salomao, PRS; Garcia, DG;

Objetivou-se compreender e descrever o cuidado de enfermagem oferecido às crianças e adolescentes vítimas de algum tipo de violência em situação de abrigamento e identificar as estratégias utilizadas no atendimento da criança / adolescente vitimada na chegada à instituição. Diante das diversas situações de vulnerabilidade a que estes menores podem ser submetidos, fica visível a fragilidade existente em suas histórias de vida, bem como a necessidade de um trabalho em rede, no qual se possam agregar diferentes conhecimentos advindos do cuidado em saúde em prol da melhoria da qualidade de vida destes usuários. Estudo qualitativo de cunho exploratório-descritivo realizado entre os meses de março-maio de 2012, na sede da FPERGS, no município de Porto Alegre/RS. Os dados foram coletados por meio de grupo focal em três encontros com oito enfermeiros da FPERGS. A análise das informações seguiu a proposta temática e identificou três categorias: concepções de violência e fatores de vulnerabilidade, os cuidados de enfermagem prestados as crianças e adolescentes vítimas de violência e a prevenção da violência dentro das instituições de abrigamento. As conclusões apontam que os protocolos de atendimento são fundamentais para o cuidado integral, que o lúdico pode ser uma estratégia de cuidado para crianças e adolescente vítimas de violências e que a promoção de espaços participativos, que envolvam conjuntamente, os profissionais, as crianças, os adolescentes e suas famílias, irá facilitar o estabelecimento de vínculos de confiança com a equipe multiprofissional de atenção a saúde dos mesmos, pois desta forma, as crianças, terão melhores condições para revelar as circunstâncias das situações de violências vivenciadas, tanto fora como dentro dos abrigos.

14362

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRICIA ANA MULLER

A AÇÃO DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO BRINCAR EM UMA UNIDADE PEDIÁTRICA, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Muller, PA; Paz, I;

O evento da hospitalização da criança deve ser entendido como um conjunto de fatos que decorrem do artifício da institucionalização hospitalar e suas implicações, ocasionando a separação do seu contexto familiar e quebra da rotina cotidiana. Possibilitar à criança um espaço para que ela possa expressar seus sentimentos a respeito das experiências traumáticas, assim como suas ansiedades, também é uma forma de tratamento. O presente trabalho tem como objetivo discorrer sobre mudanças implantadas em uma unidade de internação pediátrica de um hospital Universitário, tratando-se de um relato de experiência de atividade realizada com um grupo de seis acadêmicos do sexto semestre de graduação em Enfermagem, no período de março a junho de 2013, durante a prática de estágio em Unidade Pediátrica. A Unidade Pediátrica tem como característica um maior período de internação, visto que as internações na grande maioria são complexas. Percebeu-se a necessidade de realizar algumas modificações no ambiente físico, afim de que as crianças pudessem passar pela internação com menos sofrimento, diminuindo os riscos de traumas decorrentes da hospitalização. Para isso, algumas enfermarias da unidade foram remodeladas, passando a contar com figuras adesivas e laváveis afixadas em vários locais, caixas encapadas e painéis coloridos confeccionados pelos acadêmicos e colocados na parede de uma sala de procedimentos. Incluiu-se a brinquedoteca da unidade junto às enfermarias. Da experiência, observou-se que o brincar possibilitou o relacionamento da criança com seu próprio corpo e com o meio que a cerca, pois no contexto hospitalar as brincadeiras facilitam à criança o entendimento da condição em que se encontra, compreendendo o mecanismo da doença e da cura. Dessa forma, possibilitou-se também uma reflexão da equipe sobre a importância da brinquedoteca para a recuperação das crianças internadas, proporcionando um relacionamento seguro e construtivo.

14077

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRICIA RODRIGUES SOARES

PREVENÇÃO DE ACIDENTE DOMÉSTICO NA INFÂNCIA. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Soares, PR;

INTRODUÇÃO: Os acidentes na infância constituem atualmente um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. O ambiente doméstico é o principal local onde ocorrem esses agravos, e as crianças freqüentemente estão expostas às situações de risco, seja pela inadequação do ambiente ou por desinformação e negligência dos pais ou responsáveis. Esses acidentes causam sofrimento na criança, nas famílias e um custo econômico alto ao sistema de saúde, principalmente nos casos em que deixam sequelas e invalidez na criança. OBJETIVO: Relatar a experiência vivenciada em uma unidade de pronto atendimento ao atendimento prestado a criança exposta à queimadura por acidente doméstico. METODOLOGIA: ALRP, 2 anos, sexo feminino, compareceu a unidade de emergência as 02:00h com exposição a queimadura de 2 grau em região facial D. A mãe relatou que estava esquentando leite para alimentar seu outro filho, quando a criança se aproximou, puxou acidentalmente a panela que virou em cima dela. CONCLUSÃO: A queimadura é uma das piores agressões que o organismo pode suportar, pois a vítima sofre de forma traumática e consciente e a dor é intensa. É um dos tipos de acidente que causa traumas físicos, leva a dor, sofrimento na criança e na família. O desenvolvimento de ações educativas é fundamental na redução dos índices de acidentes domésticos na infância, mesmo em uma unidade de emergência. A atitude preventiva dos acidentes domésticos é um dos compromissos do enfermeiro, sendo o enfermeiro um educador, dotado de conhecimento e competência para realizar programas educativos envolvendo os pais, a sociedade e as crianças no sentido de alertar para os riscos e para a necessidade de adotar comportamentos seguros em relação ao ambiente doméstico. Pode-se compreender que a prevenção é o caminho mais eficaz para reduzir os altos índices de acidente na infância.

13873

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRICIA RODRIGUES SOARES

SONDAGEM GASTROENTERAL EM CRIANÇAS: A REALIDADE DE UMA ENFERMARIA DE LACTENTES

Soares, PR; Souza, TV; Botelho, AC; Gazelle, TGA; Almeida, AJ;

Introdução: A nutrição é um dos aspectos essenciais no tratamento do paciente pediátrico, pois quando hospitalizado tem maior probabilidade de agravar seu estado clínico em decorrência de qualquer alteração do seu estado nutricional. Ao longo da internação, alguns lactentes têm a necessidade de reposição alimentar por meio de dispositivos como sonda gástrica ou enteral. Objetivos: Identificar a frequência que o lactente internado é sondado e quais os motivos que levam a perda da sonda gastroenterica na internação. Metodologia: Estudo descritivo com abordagem quantitativa, o cenário ocorreu na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital pediátrico do Rio de Janeiro, a amostra foi de 61 lactentes, os dados foram analisados determinando os valores de frequência e seus intervalos de 95% de confiança. Resultados: O principal motivo ocorreu por perda acidental pela criança, com o percentual de 44,9% eventos, 30,6% ocorreram por ausência de indicação de sua manutenção, 11,2% por motivo de causa ignorada, 8,2% retiradas do dispositivo por motivo de obstrução e 5,1% de retirada por motivo de fixação e curativos inadequados. Verificou-se que a incidência de perda e reposicionamento da sonda é relativamente alta, tendo em vista que das 61 crianças, 57,4% perderam a sonda entre 2 a 8 vezes, configurando em 98 procedimentos. Conclusão: Constata-se que o principal motivo de perda ocorreu devido à retirada do dispositivo pela própria criança, pois a sonda é um dispositivo que incomoda e irrita a criança; em causa ignorada identificamos que não houve registro pela equipe de enfermagem do motivo da retirada da sonda, esse resultado reflete na qualidade da assistência e em obstrução identificamos que esta ligada à assistência de enfermagem com a manutenção da sonda, cuidados na administração da dieta e realização de medicamentos. Contribuições: Estes dados consolidam a atualização da equipe e elaboração de protocolos, permitindo a qualidade na assistência.

13971

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PAULA CAROLINA BEJO WOLKERS

AVALIAÇÃO DO GRAU DE AFILIAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA, SOB A ÓTICA DOS CUIDADORES

Bras, JC; Wolkers, PCB; Mello, DF; Furtado, MCC;

AVALIAÇÃO DO GRAU DE AFILIAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA, SOB A ÓTICA DOS CUIDADORES Introdução: A Atenção Primária em Saúde (APS) é definida como um conjunto de ações de saúde que envolve a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e se caracteriza operacionalmente pelos seus atributos essenciais e derivados. Os atributos essenciais são: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; os atributos derivados envolvem: atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural (Starfield, 2002). Na reorganização dos serviços de saúde no Brasil tornam-se importantes e necessárias estratégias de avaliação no âmbito dos serviços de saúde, para monitoramento, planejamento e solução de problemas. É preocupante a qualidade da assistência à saúde em todos os níveis de atenção (Reis et al., 1990). Com relação à organização da assistência à criança no contexto da APS, existe o compromisso de atender às necessidades de saúde dessa população, oferecendo atenção de qualidade. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família encontra espaço para a reordenação do cuidado ofertado à população (Rasella et al., 2010). Considerando o contexto atual da APS e da saúde da criança torna-se importante conhecer o grau de afiliação de crianças menores de um ano em relação à Estratégia de Saúde da Família. Objetivo: Analisar o grau de afiliação de crianças menores de um ano, em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Vitória da Conquista-BA. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, transversal, inserida no campo da avaliação de serviços de saúde. Desse modo, no presente estudo, avaliamos o grau de afiliação das crianças menores de um ano de idade, em Unidades de Saúde da Família, na perspectiva das mães ou cuidadores. O município de Vitória da Conquista situa-se no sudoeste do Estado da Bahia, a 512 km da capital Salvador. Com uma população estimada para 2010 de 306.866 habitantes, mantém a posição de 3º município baiano em população e o 77º do Brasil. O instrumento utilizado foi o questionário PCATool Infantil - Brasil (Primary Care Assessment Tool). Com base no modelo de avaliação proposto por Avedis Donabedian, a pesquisadora Barbara Starfield e colaboradores do The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations desenvolveram, no ano de 1997, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, com versões autoaplicáveis destinadas às crianças (STARFIELD, 2002). Para este estudo utilizamos apenas o componente inicial do questionário referente ao grau de afiliação. O trabalho obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Foram entrevistados 271 cuidadores cujas crianças pertenciam às áreas de abrangência das 13 equipes de saúde da família da zona urbana de Vitória da Conquista - BA. No tocante ao grau de afiliação, encontramos o valor de escore elevado. Observamos que, do total de entrevistados, 258 (95,2%) cuidadores relataram existir um serviço de saúde em que "geralmente" levam a criança, quando a mesma necessita de atendimento, e 13 (4,85%) sujeitos disseram não existir um serviço específico. Ao perguntar aos cuidadores se existia um serviço de saúde que "melhor conhecia" a criança, 183 (67,5%) mencionaram o mesmo serviço de saúde em que "geralmente" levam a criança quando necessitam, 78 (28,8%) responderam que não existia um serviço de saúde que "melhor conhecia" a criança e 10 (3,7%) responderam que o serviço de saúde que "melhor conhecia" sua criança não era o mesmo que "geralmente" a levava. Cento e cinquenta e sete (57,9%) entrevistados disseram que o serviço de saúde "mais

responsável" pelo atendimento da sua criança era o mesmo que "geralmente" a levavam e que a "conhecia melhor"; 70 (25,8%) cuidadores disseram que não existia um serviço "mais responsável" pelo atendimento das crianças; 29 (10,7%) mencionaram o mesmo serviço que "geralmente" levam a criança quando necessitavam; cinco (1,8%) mencionaram o mesmo serviço que "melhor conhece" sua criança, e 10 (3,7%) mencionaram serviços diferentes dos acima citados. Discussão: No presente estudo, a utilização do PCATool permitiu a avaliação do grau de afiliação da criança menor de um ano no âmbito da ESF, a partir da vivência dos cuidadores. Tais sujeitos se tornam foco de interesse para este campo de investigação, uma vez que a visão avaliativa do usuário dos serviços de saúde é importante dentro do processo assistencial, pois é quem usufrui o serviço com seus aspectos positivos e negativos. Nesse sentido, o serviço tende a ser avaliado de modo mais crítico pelo usuário do que pelos profissionais de saúde (Leão et al., 2011). As unidades de ESF foram identificadas pela maioria dos entrevistados como referência para as necessidades de saúde da criança, fato explícito pelo escore satisfatório do grau de afiliação. Favorecem, também, a relação entre cuidadores e profissionais e possibilitam o conhecimento da situação de saúde desse público. Tais achados corroboram estudos semelhantes (Harzheim, 2004; Leão et al., 2011). Conclusão: Sabemos que cobertura da ESF neste município é considerada alta e observamos em nosso estudo um alto escore em relação ao grau de afiliação isso significa que a maioria das crianças menores de um ano desse município estão sendo assistidas pelas Unidades de Saúde da Família. O grau de afiliação elevado é um indicador positivo para a atuação das ESFs no múnicipio, pois observamos uma boa adesão da população a estas unidades, mas para uma melhor avaliação e compreensão mais profunda da situação da saúde infantil no município torna-se necessário a elaboração de mais estudos. Contribuições / implicações para a Enfermagem: Conhecer o grau de afiliação de crianças menores de um ano e a adesão dessa população às ESFs é importante para que o enfermeiro entenda o poder dessa ferramenta (ESF) e o quanto ela pode ser útil em relação à saúde da criança e na redução da mortalidade infantil. O alto grau de afiliação e alta cobertura das ESFs em um município sugerem que as estratégias que forem traçadas para melhorar a saúde infantil no município terão um grande potencial de êxito. Se o escore do grau de afiliação for baixo é importante para que os enfermeiros tracem estratégias que melhorem a adesão dos pacientes à ESF, por exemplo: atitudes que melhorem o acolhimento e humanização do serviço. Descritores: avaliação em saúde, atenção primária à saúde, cuidado à criança, grau de afiliação. Referências Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [tese]. Alicante (Espanha): Universidade de Alicante; 2004. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2011; 11(3). Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. Rasella D, Aquino R, Barreto M.L. Impact of the Family Health Program on the quality vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. BMC Public Health. 2010; 10 (380). Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: notas bibliográficas. Cadernos de Saúde Pública. 1990: 6 (1): 50-61.

14243

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PAULA MANOELA BATISTA POLETTO

SALA DE ESPERA NA ATENÇÃO A CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

Poletto, PMBP; Motta, MGCM;

INTRODUÇÃO: As salas de espera dos serviços de atendimento especializado em DST/aids são espaços que possibilitam diálogo entre a equipe de saúde e o usuário, permitindo que o momento de espera pela consulta possa ser utilizado como uma estratégia de cuidado para promover educação em saúde, aumentar a adesão a terapêutica e assim melhorar a qualidade de vida dos usuários1. Sob a ótica do cuidado a criança, a sala de espera conta com o lúdico como estratégia de aproximar o ambiente do serviço de saúde ao mundo infantil. Brincando a criança pode conviver melhor com a espera no ambulatório para a realização de consultas médicas ou outros atendimentos2. Nessa perspectiva, desenvolveu-se a pesquisa intitulada Sala de Espera na Atenção a Crianças que Vivem com HIV/aids: percepção da equipe de saúde. Realizado como trabalho de conclusão de curso da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio do Grande do Sul (BR). Sua relevância fundamenta-se no fato de que o cuidado a saúde de crianças com doença crônica necessita de cuidado terapêutico e educação em saúde constante, considerando a natureza do HIV/aids. Para tanto, é necessário considerar as particularidades e necessidades de cada fase infantil, bem como considerar a importância do lúdico para o mundo da criança. OBJETIVO: O estudo objetivou conhecer como a equipe de saúde do serviço de atendimento especializado em DST/aids percebe a sala de espera na atenção às crianças que vivem com HIV/aids. METODOLOGIA: Estudo do tipo descritivo e exploratório de cunho qualitativo, tendo como campo de investigação o ambulatório pediátrico do Hospital da Criança Conceição/Grupo Hospitalar Conceição na cidade de Porto Alegre/RS, Brasil. O Hospital da Criança Conceição é um hospital geral pediátrico, dessa forma o ambulatório presta cuidado a crianças com diversas patologias ou para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Os participantes foram constituídos por oito profissionais de saúde que prestam, no mínimo há um ano, cuidado as crianças que convivem com aids. A coleta das informações foi por meio de entrevista semi-estruturada com cada participante individualmente e ocorreram em local que possibilitou privacidade aos participantes. As entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a resolução n° 196/96, tiveram duração aproximadamente 30 minutos, foram gravadas em áudio e ocorreram no segundo semestre de 2010. O projeto do estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC/GHC) n° 10.149 e teve a coleta das informações iniciada somente após tais aprovações. RESULTADOS: As informações foram interpretadas segundo a Análise de Temática de Minayo3, resultando em quatro categorias: cuidado à saúde da criança que convive com doença crônica; a criança na sala de espera; sala de espera ? limites e possibilidades; sala de espera como estratégia de cuidado ? percepção da equipe de saúde. Sendo a última categoria contemplada em três subcategorias: Sala de espera: um espaço a construir para a criança com doença crônica; Educação em saúde - programa formal para as crianças com doença crônica; Família como multiplicador - recurso da sala de espera. Constatou-se que sob o olhar dos informantes o cuidado é multidimensional, tendo foco principal na saúde da criança. Para que o cuidado ocorra precisa ser compartilhado entre a família, o profissional de saúde e a criança, sendo o diálogo, entre esses atores sociais, um elemento primordial nesse processo. Como a doença crônica determina as crianças e seus familiares/cuidadores maior freqüência aos serviços de saúde, os participantes consideram que o lúdico

pode proporcionar um ambiente adequado à criança na sala de espera. Elas compartilham o mundo lúdico independente do motivo da consulta ou doença que uniram elas nesse mesmo local. Quando elas não possuem tal atividade a espera pela consulta gera inquietação e agitação. Os informantes reconhecem a importância de estruturar uma atividade formal de sala de espera. A relevância das atividades lúdicas é demonstrada, nas falas, e ainda que sua função vai além de apenas ocupar o tempo ocioso. O contato com o espaço lúdico diminui a ansiedade da criança, pois o brincar na sala de espera modifica esse ambiente e o aproxima da sua realidade. A recreação pode favorecer uma relação mais acessível entre crianças e profissionais, portanto constituir-se como uma estratégia de cuidado ao adaptar a linguagem do profissional ao entendimento da criança. As dificuldades para a organização e articulação de um programa de atividades em sala de espera ambulatorial, para os informantes, são em decorrência da alta circulação de pacientes e da falta de profissional específico para conduzir tais atividades. A participação dos profissionais, na sala de espera, propicia dialogo com as crianças, tornando-as mais acessíveis a interação. Ressalta-se a importância do acolhimento para estabelecer vínculo entre a equipe, às crianças e seus familiares cuidadores, e, ainda, adequação dos serviços de saúde ao cuidado da transição das fases infância, adolescência e idade adulta. O ambiente da sala de espera, para os participantes, pode propiciar o dialogo de temas subjetivos, valorizando os sentimentos e discutindo os fatores geradores de ansiedade e fantasias. A equipe de saúde tem na adequada orientação do familiar/cuidador um recurso para a promoção da saúde das crianças que vivem com aids. Como o cuidado da saúde da criança é uma ação compartilhada com a família a escuta ativa e o dialogo precisam mediar essa orientação, utilizando o profissional uma linguagem simples. As orientações fornecidas pelos profissionais podem ainda promover saúde a outros membros da mesma família e mais especificamente a outras crianças dessa família. A sala de espera também pode proporcionar um espaço de troca de experiências entre os familiares cuidadores, tornando-os multiplicadores na promoção da saúde. CONCLUSÃO: Ao compreender que as crianças que vivem com doença crônica passam parte do seu crescimento e desenvolvimento nos serviços de saúde, uma boa relação entre elas, os profissionais e seus familiares/cuidadores são fundamentais para que a terapêutica seja bem sucedida. Dessa forma, destaca-se como relevante nessa investigação, a concepção da sala de espera como espaço de cuidado e educação em saúde para as crianças que vivem com doença crônica e seus familiares/cuidadores, o emprego do lúdico como estratégia de cuidado em saúde, além da relevância de uma equipe de saúde instrumentalizada e uma sala de espera com espaço físico apropriado. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: As atividades de sala de espera podem ser organizadas pela enfermeira, considerando ser um profissional preparado para o cuidado em nível de promoção, prevenção e tratamento. Entretanto, é imprescindível o envolvimento de todo equipe de saúde para que as atividades possam produzir maior interação entre todos os atores sociais, compondo um ambiente de cuidado na sala de espera. Descritores: Criança. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Ambulatório Hospitalar. Referências 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids. 2007. 31p 2 Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec. 2008. 3 Poleti LC. Nascimento LC. Pedro ICS. Gomes TPS. Luiz FMR. Recreação para crianças em sala de espera de um ambulatório infantil. Revista Brasileira Enfermeira, v. 59, n. 2, p. 233-235, 2006.

14565

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

POLLYANA CAMPOS LIMA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Lima, PCL; Fernandes, AJCF; Lisboa, CBL; Silveira, BLS; Livio, TAL; Hiogapimenteldesouza, HPS;

Introdução: Dentre alguns desafios para se alcançar integralidade na assistência à saúde da criança na atenção primária à saúde, estão as ações de redução da morbimortalidade infantil, aumento dos índices de Aleitamento Materno Exclusivo, prevenção de doenças típicas da infância, dentre outros fatores que contribuam para uma promoção a saúde da criança eficaz e com bons resultados. Na atenção primária a saúde, a equipe de saúde deve visar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento que faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), que envolve o registro no Cartão da Criança, de avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento1. A Estratégia de Saúde da Família é o eixo estruturante para a organização da atenção primária a saúde. E o Ministério da Saúde (2004) entende a ESF como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde. O enfermeiro como parte integrante da estratégia de saúde da família tem como uma de suas prioridades a saúde da criança, pois exerce um importante papel no acompanhamento a saúde da criança, sendo um dos principais responsáveis pela promoção à saúde desse grupo. Objetivo: Identificar e analisar as produções científicas existentes acerca das consultas de enfermagem em puericultura na atenção primária à saúde, disponíveis na literatura brasileira, na forma online. Para isso, a questão norteadora adotada para esse estudo foi: Qual é o conhecimento científico produzido acerca das consultas de enfermagem em puericultura na Atenção básica de saúde. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada nas bases de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Scientific Eletronic Library Online (Scielo), nos últimos 11 anos, correspondendo ao período de 2000 a 2011. A busca foi realizada no mês de Agosto de 2012, orientada pelos descritores controlados e pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): [CONSULTA] and [ENFERMAGEM]; [ENFERMAGEM] and [CRIANÇA]. Os aspectos éticos e legais foram respeitados levando-se em consideração que foram citados todos os autores cujas publicações de artigos nacionais foram utilizadas. RESULTADOS: Com os descritores supracitados, a amostra constituiu-se de oito artigos. Após devidamente selecionados, os artigos foram analisados de acordo com os conteúdos e após leitura exaustiva categorizados em cinco temas. Enfermeira com diversas atribuições: Uma das dificuldades encontradas pelo enfermeiro para prestar uma assistência de qualidade à criança e realizar as consultas de enfermagem na atenção primária a saúde, são as diversas funções que assume principalmente em nível gerencial. O enfermeiro é visto como coordenador de todo o processo de trabalho. As atividades desenvolvidas por esse profissional são de administração, supervisão de grupo, permanecendo eles, por isso, afastado da chamada assistência direta ao paciente2. Atuação da enfermeira na puericultura: Em síntese, a maioria dos autores afirmam que as atuais ações de enfermagem na atenção à saúde da criança em UBS voltam-se às ações básicas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: imunização, aleitamento materno, orientações alimentares, atividades de pré e pós-consulta, em procedimentos básicos (medidas antropométricas, medicações), agendamento, orientações individuais e grupais, bem como ações administrativas3. Modelo biomédico versus atenção básica de saúde: Por muito tempo viveu-se atrelado a um modelo biomédico, em que priorizava a assistência meramente curativa, e o enfermeiro conviveu e compactuou dessa realidade.

Atualmente, a atenção primária a saúde veio para contrapor a essa prática estritamente curativa, incentivando aos profissionais da saúde, a experimentar uma nova realidade, de promoção à saúde a prevenção dos agravos. Família participante na assistência a saúde da criança na atenção básica: A maioria dos autores é enfática ao afirmarem a importância da família, muitas vezes representada na figura da mãe, no atendimento a criança. Para atender às necessidades de saúde da crian¬ça, cuidando dela, importa ao cuidador escutar a mãe/criança, abrir-se para o diálogo, ter uma escuta atentiva, significar a linguagem do outro e, por fim, centrar-se no outro4. Relação atenção básica a saúde com a consulta de enfermagem: A enfermagem está intrinsecamente relacionada à atenção primária a saúde e sua atuação é de notável relevância, pois podem contribuir para uma assistência integral e de qualidade a criança. Os autores em sua maioria ressaltam esse trabalho do enfermeiro que além de atingir a criança e sua família, o enfermeiro reconhece que a consulta de enfermagem vai promovendo mudanças significativas em todo contexto da comunidade. Conclusão: Diante de tudo que foi exposto, é preciso que mais estudos sejam realizados inerentes a consulta de enfermagem a criança, pois ainda é um campo que precisa ser aprimorado pelo enfermeiro, pois alguns ainda sentem dificuldade em lidar com esse público e através desses estudos trazerem evidências científicas que comprovem a eficácia da consulta de enfermagem a criança. Contribuições e Implicações para a Enfermagem: Diante da importância da consulta de enfermagem na assistência a criança, de forma holística, bem como acreditar que o enfermeiro é um dos principais responsáveis na implementação de práticas que contribuam para uma melhoria da saúde da criança. Descritores: Enfermagem, Criança, Atenção primária à saúde. Referência: 1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, 2004. Disponível em: . Acesso em: 25.08.2012 2.MONTEIRO A.I.; FERRIANI, M.G.C. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. Revista latino-americana de enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, jan 2000. Disponível em: . Acesso em: 25 ago. 2012 3. FIGUEIREDO G.L.A.; MELLO, D.F. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, n.4, jul-ago. 2003. Disponível em: . Acesso em 25 ago. 2012. 4. OLIVEIRA V.C.; CADETE, M.M.M. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. REME - Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v.11, n.1, jan/mar, 2007. Disponível em: . Acesso em 26 ago. 2012.

14428

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PRISCILA MATTOS DE CASTRO

CÂNCER INFANTIL: SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS PAIS FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER NO FILHO1

Castro, PRISCILA; Schirmann, FRANCIÉLI; Freitas, HILDA; Pereira, ADRIANA; Nunes, SIMONE;

CÂNCER INFANTIL: SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS PAIS FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER NO FILHO1 Priscila Mattos de Castro2 Franciéli Fontoura Schirmann3 Hilda Maria Barbosa de Freitas4 Adriana Dall' Asta Pereira5 Simone Nunes6 Câncer é o nome designado a um conjunto de mais de 100 doenças que crescem desordenadamente invadindo tecidos e órgãos. O câncer infantil possui números significativos, são estimados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) 9000 casos por ano no Brasil, representando a segunda causa de mortalidade infanto-juvenil. O tratamento do câncer nesta classe progrediu nas últimas décadas, sendo que, em torno de 70% das crianças acometidas alcançam a cura.(1) O diagnóstico do câncer na criança gera um impacto emocional em toda a família, que enfrenta ao longo do tratamento diversas mudanças na dinâmica familiar.(2) O cuidado de enfermagem em oncologia pediátrica se define por ações especializadas nos diversos momentos do tratamento da criança e dos cuidados à sua família.(2) Para que se possa auxiliar os pais nos casos de doenças oncológica, o trabalho adequado de toda equipe e, em particular os procedimentos da enfermagem são de suma importância no processo de recuperação e cura do paciente. Nesse sentido, a relevância deste estudo resume-se no fato de que a presença e o cuidado da enfermagem podem auxiliar de forma preponderante o paciente e os pais no decurso do enfrentamento desta patologia e, por conseguinte, no processo de amenização dos medos e traumas, mediante a faticidade da morte, quando se trata desta modalidade patológica. Metodologia: Pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa. Fizeram parte seis mães de crianças em tratamento de doença hemato/oncológica, no domicílio das que aceitaram participar do estudo, no período de março a maio de 2012. A coleta de dados foi por meio de entrevista3 contendo a seguinte questão norteadora: Como você vivencia a doença hemato/oncológica do seu filho (a)? A amostra foi intencional, utilizando a técnica de "bola de neve". Os critérios de inclusão foram a criança estar em processo de tratamento, na sua casa, mediante a presença dos laços afetivos constituídos desde o seu nascimento. Os dados foram compreendidos pelo método de análise de conteúdo3. Obteve aprovação do Comitê de Ética da UNIFRA sob nº 343.2011.2 Objetivo: Compreender como os pais vivenciam a doença hemato/oncológica do filho. Resultados: Ao serem questionadas sobre a vivência da doença do filho, as mães relataram suas angústias, sofrimento, tristezas, sendo que o momento do diagnóstico e adaptação gerou uma avalanche de sentimentos inexplicáveis, caracterizada pelo choque, desespero e surpresa, em especial por medo da perda, de estarem sem saber o que fazer diante da situação. O dia do diagnóstico, então foi o fim, parecia que eu tinha caído num buraco sem fundo (F3). As mães afirmaram que o pior momento foi a descoberta do diagnóstico, em especial, por não conhecerem a doença do filho(a), e o pouco que sabiam foi ouvindo na televisão ou pelas conversas com os familiares de outras crianças que estavam internadas, o que as deixava mais apreensivas. Sentimento que não se pode fazer muita coisa, se eu tivesse dinheiro pra pagar ou dar um jeito, eu faria. Mas, nesse caso a gente tem que esperar ter paciência (F2). Algumas afirmaram terem sido esclarecidas pelo médico, outras pela internet, mas com muitas dificuldades de compreensão. Nos depoimentos foi possível evidenciar que a enfermagem é importante no processo de aceitação da doença, ajudando na adaptação da criança e da família. As mães relataram que a primeira reação diante da descoberta do câncer no filho foi impactante, um estado de choque, a princípio negaram o diagnóstico, como se não pudesse acontecer com um membro da sua família. O pior momento é contar, explicar, fazer

eles saírem do mundo deles e entrar no mundo que é um mundo interno, fechado (F1). As mães precisavam mostrar-se fortes, como forma de apoio à criança/adolescente, apesar do sentimento de tristeza que permanece continuamente. O enfermeiro deve ser o mediador da equipe multiprofissional que atende, tanto o paciente como sua família, a compreenderem e valorizarem o diálogo e a escuta frente a essas pessoas. Discussão: A família vive entre os sentimentos de medo, esperança e a incerteza perante a cura, tratamento e prognóstico. A incerteza está vinculada com a insegurança pela luta contra o câncer no filho, sendo a criança/adolescente a prioridade neste período.(4) Durante a terapêutica, inúmeras transformações se instalam, fazendo com que os pais desenvolvam estratégias para enfrentar e lidar com o novo contexto e suas exigências.(5) O enfermeiro precisa atuar como um facilitador, um adaptador, um orientador e um observador, amenizando os sentimentos dos pais, formando um vínculo com eles e a criança/adolescente. Nas falas, pode-se perceber o quanto a equipe de enfermagem é importante no cuidado de ambos, e precisa estar preparada para realizar um cuidado singular. O enfermeiro que trabalha em oncologia pediátrica, além de desempenhar cuidados básicos a saúde, deve assumir o papel de educador e apoiador aos familiares da criança hospitalizada, uma vez que, eles vão assumir e dar continuidade aos cuidados no ambiente do lar. Considerações Finais: Considerando os resultados desta pesquisa, verificou-se que a difícil vivência dos pais frente ao diagnóstico de câncer no filho(a) aflora sentimentos de impotência, perda iminente e dúvidas, fazendo com que eles se deparem com um mundo novo. O momento do diagnóstico é considerado um dos períodos mais marcantes de toda a vivência. A situação de ter um filho com câncer acarreta medo, tristeza, preocupação e incertezas, sentimentos estes que são agravados pela falta de informação e apoio psicossocial. No entanto, os pais mostraram força e coragem para lidar com a nova realidade e modificações no cotidiano familiar, buscando respostas para tal vivencia. A equipe de enfermagem, por estar mais presente, deve oferecer o suporte emocional ao familiar. A partir do conhecimento das experiências relatadas foi possível rediscutir a atenção da enfermagem com esta clientela, compreendendo a vivência e os significados atribuídos ao adoecimento. Descritores: Câncer infantil; Pais; Cuidado de enfermagem. _____ 1 Trabalho Final de Graduação do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Santa Maria, RS 2 Relator. Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Santa Maria, RS,prisciladecastro25@yahoo.com.br 3 Enfermeira 4 Doutoranda do DINTER Novas Fronteiras (UNIFESP), Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). 5 Doutoranda do DINTER Novas Fronteiras (UNIFESP), Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). 7 Mestre pela UFSM. Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Franciscano (HUSM), Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA).

Referencias 1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2007.Disponível em: Acesso em: 05 set. 2011. 2. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009. 3. MOREIRA, P.L; ANGELO, M. Tornar-se mãe de criança com câncer: construindo a parentalidade. Rev Latino-am Enfermagem, 2008. 4. PARO, D.; PARO, J.; FERREIRA, D.L.M. O enfermeiro e o cuidar em oncologia pediátrica. Arq Ciência Saúde, jul-set, 2006. 5. SILVA, F.A.C. et al. Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. Esc Anna Nery Ver Enferm, 2009.

14471

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PRISCILLA DOS SANTOS VIGO

A PARTICIPAÇÃO PATERNA NO CUIDADO DOMICILIAR À CRIANÇA PORTADORA DE ANOMALIA CONGÊNITA

Vigo, PS; Wunderlich, MMBT; Reis, AT;

Recorte da pesquisa "O papel paterno no cuidado domiciliar à criança portadora de anomalia congênita: contribuições para a enfermagem", cujo objeto de estudo foi o papel paterno frente ao cuidado domiciliar da criança portadora de anomalia congênita, e que objetivou discutir a participação do pai no cuidado domiciliar à criança portadora de anomalia congênita. Estudo qualitativo e descritivo, cujos sujeitos foram 06 homens-pais de crianças portadoras de anomalias gastrointestinais e geniturinárias. A coleta de dados deu-se no Departamento de Cirurgia Pediátrica de um hospital público federal, na cidade do Rio de Janeiro. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita. Foram respeitadas as recomendações da Resolução 196/96, com aprovação por parecer ético nº 6465/10. Os dados foram analisados à luz da análise de conteúdo de Bardin, através da técnica de análise temático-categorial. As categorias foram: O pai participativo: a construção do "novo pai"; Os distintos papéis dos pais: homem provedor/mulher cuidadora; Os cuidados paterno e materno partilhados. O papel de pai atualmente encontra-se em transição na sociedade brasileira, representado por uma participação ativa do homem no cuidado a seu filho, e ora por mínima ou nula atuação. Apesar do cuidado ainda ser essencialmente feminino, este estudo aponta para a necessidade de maior inclusão dos homens no cuidado a crianças portadoras de anomalias congênitas, que requerem cuidados diferenciados e uso de tecnologias específicas que podem gerar sofrimento e sobrecarga na família. O incentivo dos profissionais de enfermagem à díade homem-mulher constitui-se como estratégia de apoio e suporte mútuo a essas famílias, que vivenciam múltiplas adaptações de seus papéis parentais, e necessitam do fortalecimento de suas relações frente ao cuidado desta criança. Descritores: Enfermagem pediátrica. Anormalidades congênitas. Cuidado da criança.

14460

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RAISSA PASSOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE INTERNADAS EM UM HOSPITAL DE ENSINO: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO EM ENFERMAGEM

Santos, RAÍSSA; Neves, ELIANE; Severo, VALÉRIA;

SANTOS, Raíssa Passos1; NEVES, Eliane Tatsch2; SEVERO, Valéria Regina Gais3 [1] Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: ra_enf@yahoo.com.br [2] Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: elianeneves03@gmail.com [3] Enfermeira mestranda do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Maria. Email: valeriasevero@ymail.com INTRODUÇÃO Nos últimos anos ocorreram mudanças significativas no perfil da sobrevivência infantil, possibilitada pelos avanços na tecnologia aplicada à saúde humana. Uma consequência destes avanços é a existência de um grupo de crianças clinicamente frágeis, em condições crônicas e/ou incapacitantes de saúde, com necessidades de cuidados contínuos, as crianças dependentes de tecnologia - CDTs1. No Brasil, são denominadas de crianças com necessidades especiais de saúde - CRIANES2. As crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) são crianças que necessitam de cuidados especiais de saúde, de natureza temporária ou permanente, dependendo do grau de dependência e necessidades físicas que apresentam3. As CRIANES representam um conjunto de crianças com uma pluralidade de diagnósticos médicos, uma dependência continua dos cuidados de saúde e de uma equipe multiprofissional devido à fragilidade clínica e a vulnerabilidade social que essas crianças se encontram2. As CRIANES constituem uma clientela inédita, representando, portanto, uma realidade nova e um desafio para os profissionais de saúde, principalmente para equipe de enfermagem. Desse modo, o processo de instrumentalização desses familiares cuidadores é uma ferramenta importante na melhora da qualidade de vida dessas crianças, além de um fator contribuinte para a diminuição do número de internações/reinternações. Entretanto, para que o profissional de saúde possa realizar ações como educação em saúde e criação de um plano de cuidados singular, é necessário que ele conheça quais as são demandas específicas de cuidado que a CRIANES exige, considerando seu perfil clínico e contexto sociocultural. A ausência de dados epidemiológicos ou a invisibilidade desse grupo nos dados disponíveis no Brasil também representa uma problemática para o delineamento de políticas públicas específicas para as CRIANES. Dessa forma, torna-se importante que essas crianças sejam classificadas dentro de sua especificidade e que essas informações estejam acessíveis a população, mostrando qual a sua realidade e o contexto que estão inseridas, possibilitando ações que melhorem sua qualidade de vida. Vivenciando o cotidiano assistencial de uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital de ensino, percebe-se o grande número de internações/reinternações de CRIANES, sendo, muitas vezes, uma clientela já conhecida pela equipe. Entretanto, no momento da internação faltam dados referentes aos cuidados específicos de cada CRIANES, fazendo com que os profissionais de enfermagem busquem informações com o familiar a cada reinternação. O acesso rápido e organizado a informações referentes a esses cuidados torna-se uma ferramenta que facilita e qualifica o cuidado, uma vez que os profissionais de saúde poderão conhecer as demandas de cuidado das CRIANES em sua individualidade. Desta forma, justifica-se a importância deste estudo pela necessidade de se conhecer quais são as necessidades dessas crianças. Isto permitirá ao profissional enfermeiro elaborar um plano de cuidados singular e efetivo, contribuindo para uma internação menos estressante para a criança e a família. OBJETIVOS Caracterizar, a partir da construção de um banco de dados, as crianças com necessidades especiais de saúde internadas em unidade pediátrica de um hospital

de ensino quanto às suas condições clínicas, demandas de cuidados e situação sociodemográfica. MATERIAIS E MÉTODO Trata-se de um estudo descritivo transversal, de abordagem quantitativa. Os estudos descritivos descrevem as características de determinada população ou fenômeno ou, ainda, o estabelecimento de variáveis relacionadas, sem manipulá-los. Salienta-se, ainda, que possui por atributo a caracterização de grupos de acordo com diversas variáveis4. Dentre estas tem-se como exemplo: idade, sexo, idade gestacional entre outras. A pesquisa será realizada em uma unidade de internação pediátrica (UIP) de um hospital de ensino, médio porte, público, federal, que atende média e alta complexidade. A UIP situa-se no sexto andar, possui 16 leitos distribuídos em uma enfermaria de três leitos, duas enfermarias de cinco leitos, uma enfermaria de dois leitos e um quarto com um leito para isolamento. A população do estudo será constituída pelas crianças internadas na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no período de setembro a dezembro de 2013. Os sujeitos do estudo serão aquelas crianças classificadas como CRIANES de acordo com a história diagnóstica e a demanda de cuidados. A coleta de dados será realizada por meio de um formulário a partir do momento da internação da CRIANES na UIP. As CRIANES internadas na UIP neste período serão avaliadas e classificadas de acordo com o quadro clínico da criança e análise detalhada do seu prontuário O formulário contém variáveis referentes aos dados pessoais da criança, internações prévias e cuidados específicos relacionados à necessidade de saúde que a criança apresenta. Os dados do formulário serão submetidos a tratamento estatístico pelo Programa Epi- info®, (Epi-info versão 3.5.2 de 2010). Os dados serão analisados segundo distribuição de frequência absoluta, frequência relativa e média. Para o desenvolvimento da pesquisa serão observados os aspectos éticos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde5 (BRASIL, 2013). Salienta-se que aos familiares cuidadores que aceitarem participar do estudo, será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). RESULTADOS ESPERADOS Com este estudo, pretende-se caracterizar as CRIANES, atendidas em um Hospital de ensino, colaborando para a atenção ao paciente, melhora do atendimento e cuidado de enfermagem, além de tornar-se uma fonte para futuras pesquisas na área de Enfermagem Pediátrica. Descritores: Enfermagem pediátrica. Cuidado em enfermagem. Fonte de dados. REFERÊNCIAS 1.KIRK, S. Families'experiences of caring at home for a technology dependent child: a review of the literature. Child: Care, Health and Development, v. 24, n. 2, p. 101-14,1998. Disponível em: Acesso em 20 de jul de 2013. 2.CABRAL, I. E. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. 298p. 3.NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.29, n.2, p.182-90, jun. 2008. 4.GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisas. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A. 2010. 5.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução n. 446, Brasília, 2012. 2. Ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

14334

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RAPHAEL HENRIQUE GOMES DA COSTA

FATORES DE RISCO PARA DIARRÉIA NOSOCOMIAL EM ENFERMARIAS PEDIÁTRICAS DE UM HOSPITAL ESCOLA DE RECIFE.

Costa, RHGC; Sette, GCSS; Mello, MJGM; Lima, LSL; Silva, ANCS; Correia, JBC;

Título: Fatores de risco para diarréia nosocomial em enfermarias pediátricas de um Hospital Escola de Recife Autores: Gabriela Cunha Schechtman Sette Enfermeira, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Doutorando em Saúde da Criança e do Adolescente UFPE, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFPE. Recife, Brasil. Maria Júlia Gonçalves de Mello Médica, Doutora em Medicina Tropical pela UFPE, Tutora do Curso de Medicina da FPS, Membro da Comissão e Controle de Infecção Hospitalar do IMIP, Diretoria de Pesquisa do IMIP. Recife, Brasil. Jailson de Barros Correia Médico, Doutor em Medicina Tropical pela UFPE, Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Diretoria de Pesquisa do IMIP. Recife, Brasil. Luciane Soares de Lima Enfermeira, Doutora em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UFPE. Raphael Henrique Gomes da Costa Estudante de graduação pela Universidade Federal de Pernambuco. Ana Carolina Cristovão Silva Estudante de graduação pela Universidade Federal de Pernambuco. Resumo Introdução - A maioria dos patógenos que causam diarréia é transmitida pela via fecal-oral e o risco pode ser mais elevado nos lactentes hospitalizados devido à facilidade de contato entre os pacientes, através das mãos contaminadas dos familiares e dos profissionais de saúde. A chupeta semelhante aos bicos de mamadeira parece constituir uma fonte potencial de contaminação para a criança adquirir diarréia infecciosa nosocomial. Objetivo - Determinar a incidência de diarréia nosocomial (DN) em lactentes que fazem uso ou não de chupeta, identificar os fatores de risco associados à doença e verificar a existência de contaminação fecal na chupeta dos lactentes hospitalizados. Método - Estudo tipo coorte prospectiva de 378 lactentes hospitalizados nas enfermarias de pediatria clínica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife-PE, no período de abril a outubro de 2009. Pacientes expostos ou não ao uso da chupeta com possíveis fatores de risco descritos na literatura foram acompanhados ao longo do internamento quanto à ocorrência de diarréia nosocomial diagnosticada segundo critérios do National Nosocomial Infection Surveillance System/Centers for Disease Control and Prevention (NISS/CDC) ou até saída. Resultados - Durante os 7 meses do estudo foram diagnosticados 33 episódios de DN com incidência cumulativa e densidade de incidência de 8,7% e 11,25/1000 pacientes-dia, respectivamente. As crianças que usaram chupeta apresentaram incidência de DN de 8,2%, quando comparadas com as que não usaram (9,2%), não apresentando risco estatisticamente significante (OR = 0,88; IC95% 0,43-1,80) na análise bivariada controlada pelo tempo de permanência. Na análise multivariada onde foram incluídas as variáveis que na bivariada apresentaram associação p? 0,20 além do uso da chupeta e da vacina contra rotavírus pela plausibilidade biológica foi obtido o seguinte resultado: ser amamentado durante a hospitalização (OR = 0,40; IC95% 0,17-0,93) e cada dia de permanência na enfermaria (OR = 0,65; IC95% 0,53-0,80) foram fatores de proteção, enquanto os fatores de risco estiveram associados ao maior número de dias de uso de oxigênio por cateter nasal (OR = 1,61; IC95% 1,18-2,20) e de antimicrobianos (OR = 1,62; IC 95% 1,34-1,94). Foram isolados coliformes fecais em 16% (27/169) das amostras colocadas em cultivo e cerca de ¾ das positivas (77,8%) apresentou mais de 100.000 UFC/ml por chupeta. Conclusões - O uso de chupeta por lactentes não esteve associado à diarréia nosocomial, embora tenha sido observada contaminação fecal nas amostras colocadas em cultivo. O maior número de dias de uso de antimicrobianos foi fator de risco

para a ocorrência da doença, havendo necessidade de avaliação rigorosa quanto à indicação e à duração do uso de antimicrobianos. O maior número de dias de utilização de oxigenoterapia por cateter nasal foi considerado fator de risco para o desfecho, estando provavelmente associado à manipulação do cateter pela mãe e/ ou profissional de saúde, durante a instalação e manutenção do mesmo em crianças clinicamente graves com instabilidade hemodinâmica. Descritores: chupetas, infecção hospitalar, diarréia infantil. Referências: 1. Borges SL, Pinheiro BV, Pace FHL, Chebli JMF. Diarréia nosocomial em unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de risco. Arq Gastroenterol. 2008; 45(2):117-23. 2. Pittet D, Zerr DM, Posfay-Barbe KM. Infection control in paediatrics. Lancet Infect Dis. 2008; 8:19-31. 3. Silva GAP, Lira PIC, Lima MC. Fatores de risco para doença diarréica no lactente: um estudo caso-controle. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2):589-95. 4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Segurança do paciente Higienização das Mãos. Brasília, 2007. 5. Centers For Disease Control And Prevention - CDC. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/ APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR. 2002; 51(16):1-45. Referências: 1. Borges SL, Pinheiro BV, Pace FHL, Chebli JMF. Diarréia nosocomial em unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de risco. Arq Gastroenterol. 2008; 45(2):117-23. 2. Pittet D, Zerr DM, Posfay-Barbe KM. Infection control in paediatrics. Lancet Infect Dis. 2008; 8:19-31. 3. Silva GAP, Lira PIC, Lima MC. Fatores de risco para doença diarréica no lactente: um estudo caso-controle. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2):589-95. 4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Segurança do paciente Higienização das Mãos. Brasília, 2007. 5. Centers For Disease Control And Prevention - CDC. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/ APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR. 2002; 51(16):1-45. Autores: Gabriela Cunha Schechtman Sette Enfermeira, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Doutorando em Saúde da Criança e do Adolescente UFPE, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFPE. Recife, Brasil. Maria Júlia Gonçalves de Mello Médica, Doutora em Medicina Tropical pela UFPE, Tutora do Curso de Medicina da FPS, Membro da Comissão e Controle de Infecção Hospitalar do IMIP, Diretoria de Pesquisa do IMIP. Recife, Brasil. Jailson de Barros Correia Médico, Doutor em Medicina Tropical pela UFPE, Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Diretoria de Pesquisa do IMIP. Recife, Brasil. Luciane Soares de Lima Enfermeira, Doutora em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UFPE. Raphael Henrique Gomes da Costa Estudante de graduação pela Universidade Federal de Pernambuco. Ana Carolina Cristovão Silva Estudante de graduação pela Universidade Federal de Pernambuco.

13909

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

REGINA APARECIDA GARCIA DE LIMA

EXPERIÊNCIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIABÉTICOS COM O CUIDADO MEDICAMENTOSO NO DOMICÍLIO

Vieira, MM; Silva, ACO; Pizzignacco, TMP; Okido, ACC; Nascimento, LC; Lima, RAG;

Objetivo: conhecer a experiência de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo I com o cuidado medicamentoso. Método: estudo descritivo e exploratório realizado com crianças e adolescentes com diabetes mellitus I, com demanda de cuidado medicamentoso (insulinoterapia). A coleta de dados foi realizada mediante entrevista (questões sobre conhecimento, administração e armazenamento da insulina, bem como complicações e dificuldades no manuseio), complementada por dados clínicos (co-morbidades, presença de hipoglicemia e hiperglicemia, hospitalizações, atividade física e controle dietético). A análise ocorreu segundo o processo de análise de conteúdo do tipo temática indutiva. Os resultados foram organizados em dois temas: insulinoterapia e suas repercussões e o dia a dia com diabetes. O estudo teve aprovação de comitê de ética. Resultados: participaram 34 crianças e adolescentes, dos quais 16 eram meninos; apenas um não frequentava a escola. O tempo médio de diagnóstico foi cinco anos, com 4 monitorizações diárias, em média. A auto aplicação foi realizada por 25 participantes e um outro fazia uso de bomba. Identificamos o conhecimento sobre a medicação, a patologia, as facilidades e dificuldades de aplicação, armazenamento e modificações na rotina. Para eles, a insulina é de difícil compreensão tanto nos aspectos da ação quanto da administração, revezamento de locais e a reutilização das seringas. Nas atividades de vida diária destacaram o controle dietético e monitorização glicêmica, o preconceito e a vergonha em aplicar a insulina em público e a prática de exercícios físicos não como atividade de lazer, mas, de obrigação. Conclusão: as necessidades foram para além dos cuidados técnicos, isto porque a complexidade do tratamento inclui administração da insulina, controle das alterações metabólicas, necessidade de reorganizar a vida diária com controle dietético e prática de atividades físicas regulares. Identificar demandas a partir das reais necessidades e incluí-las no plano de cuidados contribui para o cuidado integral em saúde.

14278

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

REGINA ISSUZU HIROOKA DE BORBA

AS MANIFESTAÇÕES DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE ANGELMAN REVELADAS NAS SESSÕES DE BRINQUEDO TERAPÊUTICO DRAMÁTICO

Silva, MC; Borba, RIH;

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Angelman (SA) é uma doença neurogenética, com incidência de 1 caso para 12.000 a 15.000 habitantes. Dentre as características apresentam hiperatividade; convulsões; distúrbios alimentares; ausência da fala funcional com uso de nenhuma ou quase nenhuma palavra, apesar da capacidade de compreensão ser maior do que a de expressão verbal; dificuldade de aprendizado; aparência feliz por estar sempre sorrindo/rindo1. Vale ressaltar que, as crianças com SA têm necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional, pois juntos proporcionariam suporte de atendimento qualificado não só para a criança, mas para sua família. No entanto, estudos revelam que as ações e intervenções que os profissionais de enfermagem podem desenvolver, pouco aparecem, por não possuírem conhecimento cientifico suficiente que os assegurem em seu cuidado ou abordagem à família2. A família é importante na vida dessas crianças, pois são os familiares que prestam os cuidados, dão atenção e carinho ao portador da síndrome. O Brinquedo Terapêutico por constitui-se uma forma de expressão por excelência3 e fornecer à enfermeira uma melhor compreensão das necessidades da criança4, foi introduzido neste estudo como uma alternativa de comunicação para a criança com SA e sua família. A pesquisa está vinculada ao Grupo de Estudos do Brinquedo-GEBrinq. OBJETIVOS: Conhecer as manifestações da criança com SA em sessões de Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD); Conhecer a comunicação da criança com SA na brincadeira dramática; e Conhecer como se estabelece a relação mãe-filho durante as sessões de BTD. METODOLOGIA: Estudo de Caso Único de natureza qualitativa5, que permite trabalhar com casos extremos ou peculiares, onde uma patologia ou uma síndrome em especifico ganham o direito de serem documentadas e analisadas, por ocorrer tão raramente e sempre que seus portadores foram identificados. Foi desenvolvido na residência dos familiares com autorização da Associação Comunidade Síndrome de Angelman e do Instituto Canguru localizados no município de São Paulo. Participaram um menino de 7 anos e outro de 14 anos e suas mães, denominados respectivamente de Caso Cebolinha, criança de 7 anos, mora com seus pais e é filho único, foi diagnosticado aos 5 anos e 6 meses de idade, apresentando uma dissomia uniparental paterna do cromossomo 15, fator importante para o diagnóstico de SA e Caso Tom, adolescente de 14 anos, filho único, mora com sua mãe e avós maternos. A mãe refere que o primeiro diagnóstico estava equivocado - acharam que ele tinha erro inato do metabolismo (Intolerância à Proteína Lisinúrica). Somente aos 4 anos de idade, teve o diagnóstico clínico de Síndrome de Angelman e somente aos 11 anos teve a comprovação laboratorial de SA por mutação do gene UBE3A. Vale ressaltar que apenas 8% dos casos de SA são por mutação, necessitando realizar o sequenciamento molecular, exame este que requer material específico de difícil acesso e de alto custo, precisando importar dos EUA. Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo CAAE nº 07594012.6.0000.5505 e CEP:039696/2012, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais da criança, assim como autorização para gravação de som e imagem. A estratégia da coleta de dados foram as sessões de BTD. RESULTADOS: Os dados revelaram que os dois casos apresentaram suas peculiaridades na forma e intensidade das manifestações e a forma como a mãe lida com o seu filho. Cebolinha apresentou maior dificuldade motora fina demonstrada durante o manuseio dos brinquedos e material hospitalar; sorriu menos nas interações; expressou menos sílabas ao emitir som para se comunicar; não conseguiu desenvolver até o final as brincadeiras; manipulou sucessivamente o kit de BTD; a mãe foi a porta voz presente durante toda

sessão, direcionando as brincadeiras, o que era muitas vezes recusada pelo filho em executá-las, manifestando o quanto a brincadeira foi importante para ele ao recusar o seu término, guardando os brinquedos contrariado e tendo ajuda da mãe para encerrá-la. Por sua vez, Tom teve maior destreza e interação para manipular os materiais e desenvolver a brincadeira com autonomia, divertindo-se, dando gargalhada e sorrindo feliz; teve estimulação da mãe que o incentivava, elogiava, disciplinava e reconhecia o potencial do filho; tinha uma variedade de sinais de comunicação, relacionando cada som com a pessoa ou à situação e correspondendo as demandas que lhe eram atribuídas. Em ambos os casos veio à tona lembrança de sua vivência, no caso de Cebolinha por ter sido submetido a herniorrafia e intolerância a lactose brincou de curativo e mamadeira, no Caso Tom brincar de faixa e gaze por ter fraturado recentemente e gostar de carrinhos por sair muito de carro para suas atividades diárias. Uma característica em comum foi o fato de não se interessarem com os bonecos de pano mesmo sendo oferecidos. CONCLUSÃO: Por meio do BTD foi possível conhecer as manifestações da criança com SA, acompanhadas de suas mães apresentando diferentes categorias e mostrando o quanto as crianças compreendem do seu cotidiano assim como resgata as vivencias passadas pela brincadeira. A mãe enquanto porta voz de seu filho assume papel fundamental para estabelecer interação com o mundo social. Para tanto, ela deve receber contínuo reforço e cuidado dos profissionais de diferentes áreas providos de conhecimento e disponibilidade em trabalhar com a díade mãe-filho. No entanto, não foram encontrados estudos que revelem as ações do enfermeiro junto às crianças e familiares com SA. Temos a pretensão de realizar mais sessões de BTD em diferentes situações desses casos como novo caso, para aprofundar a análise, assim como divulgar os resultados para estimular a atuação do enfermeiro neste campo de distúrbio genético. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Subsidiar profissionais da enfermagem a planejar o cuidado à criança e sua família, ter melhor interação e comunicação com crianças portadoras de SA. O enfermeiro poderia contribuir de forma significativa, atuando com a equipe multiprofissional, dotado de conhecimento relacionado às relações interpessoais, cientifico e tecnológico em práticas de cuidado para essa população, o que trará benefícios não só para a criança como para a família e o profissional. REFERENCIAS: 1 - Eskelsen MW, Pacheco FB, Montibeller CG, Blasi HF, Fleig R. Introdução e desenvolvimento do uso da comunicação alternativa na Síndrome de Angelman: estudo de caso. Rev CEFAC. 2009 Abr-Jun; 11(2): 228-36. 2 - Cunha VMP, Grecco RLS, Silva SR, Balarin MAS. Conhecimento da equipe de enfermagem de unidades materno-infantis frente aos distúrbios genéticos. Rev Reme. 2010; 11(Número Especial): 215-22. 3 - Pinto GC. Coleção memória da psicanálise: Melanie Klein. v.4. São Paulo:Duett editorial, 2009. 4 - Maia EBS, Ribeiro CA, Borba RIH. Brinquedo Terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e família. Rev Gaúcha Enferm. 2008 mar; 29(1):39-46. 5 - Yin RK. Traduzido por Ana Thorell. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010. DESCRITORES: Síndrome de Angelman. Jogos e brinquedos. Enfermagem Pediátrica.

14287

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

REGINA ISSUZU HIROOKA DE BORBA

A VIVÊNCIA DA CRIANÇA ESCOLAR EM HEMODIÁLISE EXPRESSA NO BRINQUEDO TERAPÊUTICO DRAMÁTICO

Pedro, LB; Ohara, CVS; Borba, RIH;

INTRODUÇÃO: A Insuficiência renal crônica (IRC) se caracteriza pela perda progressiva e irreversível das funções renais, podendo ocorrer de forma aguda ou lenta e quando as complicações se tornam incontroláveis com o uso de medicação e dieta, faz-se necessário substituir a função renal por métodos dialíticos, a diálise peritoneal e hemodiálise. No contexto infantil, as repercussões da IRC são ainda mais agravadas, podendo alterar o crescimento e desenvolvimento da criança, na medida em que ela se vê excluída do contexto das demais, e obrigada a se submeter a intervenções terapêuticas, invasivas e dolorosas, que podem levar ao surgimento de desajustes psicológicos1. Podem se sentir diferentes e magoadas, passando por situações de zombaria, desrespeito e exclusão social, optando dessa forma pelo isolamento social2. Considerando os fatores aqui descritos, consideramos a necessidade de implementação de cuidados que amenizem o sofrimento vivenciado por essas crianças, e que busquem conhecer sua vivência bem como o significado de ser portador de tal doença crônica e realizar hemodiálise. Afim de atender a tais necessidades este trabalho utilizou-se de sessões de Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD). O brincar é a forma como ela se comunica com o meio em que vive, expressando seus sentimentos, ansiedades e frustrações, visto que, ao brincar a criança deixa de ser sujeito passivo de determinada situação e torna-se investigador e controlador ativo, adquirindo domínio da mesma3. O uso do BT pelo profissional de enfermagem na assistência à criança é recomendado e regimentado pelo Conselho Federal de Enfermagem na Resolução 295/20044.O presente estudo é vinculado ao Grupo de Estudo do Brinquedo-GEBrinq, certificado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e cadastrado no diretório de grupo de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq. OBJETIVO: compreender a vivência da criança escolar que realiza hemodiálise expressa por meio do Brinquedo Terapêutico Dramático. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa onde se considera a particularidade do sujeito para melhor compreender o mundo. Aprovado no Comitê de Ética da UNIFESP sob número 1619/11, realizado na Unidade de Hemodiálise Pediátrica do Setor de Nefrologia Pediátrica da UNIFESP, localizada no município de São Paulo. Participaram um menino, Davi, de 7 anos e uma menina, Bia, de12 anos. Bia iniciou a hemodiálise em 2010, e realizar todos os dias, exceto aos domingos. Para seguir o tratamento mãe e filha viajam todos os dias de Ibiúna a capital. Bia nunca frequentou a escola. Davi, natural da Bahia, reside na cidade de São Paulo. A primeira sessão de hemodiálise foi em 2010, e seis dias após realizou o transplante renal com pai doador, com rejeição do enxerto uma semana após a cirurgia. Atualmente Davi realiza três sessões de hemodiálise por semana e cursa segunda série do Fundamental I. Para a coleta de dados foram realizadas sessões de BTD durante a hemodiálise, iniciada com a seguinte pergunta norteadora: "Vamos brincar de uma criança que faz hemodiálise ?" Os materiais utilizados foram bonecos representativos de família e de profissionais da saúde; utensílios domésticos; e foi criada uma réplica de máquina de hemodiálise, construída com madeira, permitindo a criança dramatizar situações domesticas, hospitalares e relacionada à hemodiálise. A análise qualitativa dos dados foi baseada em Mayan, e seguiu os passos de transcrição, codificação e categorização5. RESULTADOS: Ao realizarem BTD durante a sessão de hemodiálise, a criança entra no mundo da brincadeira, apesar de sentir dor a ponto de não conseguir se sentar. No início fica observando os materiais para decidir como iniciar a brincadeira e escolher os atores. Aos poucos ela se apropria da

mesma, ao reconhecer no brinquedo o cotidiano familiar e de tratamento hemolialítico e chega a dominar a brincadeira, dramatizando intensamente: situações que lhe causam desconforto, ansiedade e medo; os procedimentos com a hemodiálise, mostra ter domínio do conhecimento sobre o seu funcionamento, assim como da sua doença e sabem as condutas adotadas quando ocorrem intercorrências durante a sessão de hemodiálise. Apesar de a criança reconhecer os efeitos de sua ingesta hídrica excessiva sobre seu corpo e a consequente necessidade de ter que submeter-se a hemodiálise diariamente, não consegue respeitar a restrição hídrica imposta. Ela sofre com as complicações do cateter, conta sobre a necessidade de tomar cuidado para não perde-lo, mostra as marcas deixadas em seu corpo a cada troca, e é extremamente cuidadosa ao manipular o cateter da boneca para não infeccionar. O medo da possibilidade de morte é claramente expresso pela criança ao revelar em sua fala que a não aderência ao tratamento pode gerar repercussões cardíacas e levá-la a morte, tratando-se de algo "sério", portanto, depende da hemodiálise para manter-se viva. Durante a brincadeira busca constantemente segurança na mãe , revelando a importância da participação familiar. Em meio a tanta adversidade, a criança não deixa de ser criança e como tal valoriza o brincar, chegando a sentir alivio da dor no decorrer da brincadeira. Vale ressaltar que a presença de material hospitalar foi determinante para promover a catarse. A brincadeira favoreceu o extravasamento da raiva atirando no boneco irmão e convidando-o a fazer hemodiálise, conseguiram ser o que desejam, podendo oferecer livremente alimento e água à boneca após ter contado sobre sua restrição hídrica, bem como dramatizar situações vivenciadas por ela em sua casa, no ambulatório e no hospital. CONCLUSÃO: Por meio do BTD, as crianças com doença renal crônica tiveram a oportunidade de aliviar as tensões que sofrem em seu cotidiano, obter o domínio da situação e resgatar a sua autonomia. O tratamento hemodialitico acarreta impactos profundos no cotidiano das crianças renais crônicas e de suas famílias. Assim, faz-se necessário programar medidas que possam minimizar o sofrimento e otimizar o plano terapêutico estabelecido para essas crianças e o BT mostrou ser um importante instrumento de intervenção. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Recomendamos que o BTD seja inserido na Sistematização da Assistência de Enfermagem à criança com IRC, atendendo aos preceitos da Assistência Atraumática e da Política Nacional de Humanização. REFERENCIAS: 1.Frota MA, Machado JC, Martins MC, Vasconcelos VM, Landin FLP. Qualidade de vida da criança com insuficiência renal crônica. Esc Anna Nery (impr.) 2010 jul-set;14(3):527-33 2.Vieira SS, Dupas G, Ferreira NMLA. Doença Renal Crônica: a experiência da criança. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 jan-mar,13(1):74-83. 3.Trezza, EMC. Função dos jogos e brinquedos na vida da criança. J Pediatria 1977;42(6):55-8. 4.Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 295, de 24 de outubro de 2004. Dispõe sobre a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada. [texto na Internet] Rio de Janeiro, RJ; 2005 Jul [citado 2013 Mai 14]. Disponível em : http://corensp.org.br/072005. 5.Mayan MJ. An introduction to qualitative methods: a training for students and professionals. Edmontan/Canadá:International Institue for qualitative methodogy. University of Alberta; 2001. DESCRITORES: Hemodiálise. Jogos e brinquedos. Enfermagem Pediátrica

14365

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RENATA HANAE BABA

VIVÊNCIA DA CRIANÇA NA ESCOLA DE EDUCAÇÃO INFANTIL EXPRESSA POR MEIO DE BRINCADEIRA

Borba, RIHB; Baba, RHB; Maia, EBSM;

INTRODUÇÃO: Inicialmente as creches surgiram para atender crianças das classes populacionais socioculturais menos favorecidas e dar assistência aos filhos de operários das indústrias, não substituindo o lar como centro social e afetivo da vida da criança1. Atualmente, essa instituição foi ampliada no atendimento da faixa etária até cinco anos de idade e é denominada de Escola de Educação Infantil (EEI). O presente estudo teve inicio na crença de que crianças resistem inicialmente ao ambiente da EEI, quer seja pela dificuldade a entrar ou ficar na instituição, por não compreenderem o motivo de seus pais estarem levando-a para conviver com pessoas estranhas do convívio habitual, sendo afastadas de um ambiente familiarizado e que atende as suas necessidades afetivas, para passarem a dividir o espaço e atenção dos adultos com outras crianças. Tendo como base as leituras sobre o assunto e a vivencia na EEI surgiram algumas indagações: Como é para criança estar na EEI? O que a criança pensa sobre frequentar a EEI? Por que algumas crianças relutam para entrar na EEI? Para buscar responder a essas indagações é preciso ouvir as crianças por meio de estratégias adequadas de comunicação, como o uso do Brinquedo Terapêutico (BT). Este segue os preceitos de Melanie Klein, pelo fato das crianças pré-escolares não possuírem recursos de comunicação verbal suficiente para expressar todos os seus sentimentos, fantasias, desejos e experiências vividas, e o fazem por meio do brinquedo, que é o seu meio de expressão por essência2. Vale ressaltar que a pesquisa está em fase de construção e não se encontra concluída. OBJETIVO: Conhecer as vivências das crianças de três a cinco anos, que frequentam a Escola Paulistinha de Educação (EPE), por meio da brincadeira. METODOLOGIA: Investigação descritiva, com abordagem qualitativa3. Aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sob o número 063632/2012 e CAAE 11207612.0.0000.5505, sendo realizado na EPE/UNIFESP. Participam crianças entre 3 e 5 anos de idade. O número de sujeitos será determinado a partir dos dados que forem emergindo e respondendo aos objetivos do estudo. A estratégia utilizada para coleta de dados é por meio de sessão Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD) por permitir à criança dramatizar os eventos que ocorrem no dia a dia, registrados por meio de gravações áudio/visual. A sessão de BTD é iniciada com a pergunta norteadora: Vamos brincar de uma criança que está na Escola? O material utilizado nas sessões de BTD é variado e adaptado segundo a recomendação da literatura4, permitindo que a criança expresse diversas manifestações da sua vivencia na EEI, como: Kit de bonecos de pano representando as figuras dos membros de suas famílias, profissionais da área de saúde e educação; utensílios domésticos como panelas, mamadeira, fogão, louças; carrinho, lousa, celular, revolver, mochila, escova de dente, escova de cabelo; lápis de cor, papel sulfite, blocos de madeira coloridos, massa de modelar; material hospitalar como fita métrica, inalador, frasco de medicamento de conta-gotas, termômetro, luva, máscara, gazes e esparadrapo. Antes do inicio da sessão é informado à criança o tempo aproximado de duração da brincadeira, que será entre 15 e 45 minutos e sobre a necessidade de devolver os brinquedos no final da sessão. São oferecidos os brinquedos, sem identificação, dando autonomia à criança para que brinque livremente; a brincadeira não é interrompida, agilizada e nem direcionada, deixando a criança brincar à sua maneira5. As sessões são gravadas e transcritas na integra com expressões verbais e não verbais para análise posterior, conforme descrito por Mayan, contemplando os passos de codificação e categorização5. RESULTADOS: Os resultados preliminares têm revelado que as duas crianças participantes da pesquisa

recusaram a brincar de uma criança que frequenta a EEI, mas aceitaram brincar de forma livre, sem um tema especifico. Vale ressaltar que durante a brincadeira a temática do estudo emergiu espontaneamente, ao dramatizarem atividades inerentes às desenvolvidas nas salas de aulas utilizando massa de modelagem, material de desenho, material de higiene pessoal, assim como identificando a letra do seu nome ao escrever na lousa. Em algumas sessões a questão do cuidar ficou evidente, como cuidados com os cabelos, maquiagem, higiene bucal e prevenção de cáries. Em relação a cárie demonstrou intensa necessidade de tratar, pois aquilo representava um monstro que deveria ser tirado do dente. Outro cuidado dramatizado nas sessões foi em relação à alimentação na qual era representado desde o preparo da comida até a sua oferta. O que nos chama a atenção durante a brincadeira, é o fato da criança ao fazer exame físico ela assume o papel de médico e quebra a perna dos bonecos, poupando o boneco bebe e a enfermeira para poder cuidá-lo, quando todos os outros foram vitimas, referindo que desta forma, os bonecos menino e menina não teriam como ir à escola. Os dados preliminares demonstram ainda, como a brincadeira é importante na vida da criança, evidenciada pela alegria ao brincar, entusiasmo, autonomia e domínio da situação, ao construir e reconstruir prédios e ordenar a participação de adultos na brincadeira. Ela mostrou-se prazerosa e essencial na vida da criança, por não aceitarem o seu término e fazerem de tudo para a continuação. Ainda, sempre ao término de uma sessão, faziam questão de certificar-se de que ela teria continuidade posteriormente, fazendo planos para o dia seguinte à nova sessão de BTD. CONCLUSÃO: Os resultados iniciais das sessões de BTD evidenciam que para criança frequentar a EEI não é uma situação tranquila como se presume e que a brincadeira está proporcionando a expressão de sua vivência de forma espontânea, favorecendo a catarse. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Espera-se que os resultados possam trazer subsídios para que os profissionais conheçam como é para a criança frequentar o ambiente de educação infantil e assim, promovam um planejamento de atividades pedagógicas e de saúde, além de valorizar a necessidade da criança em brincar livremente, isentos de regras, para que assim possam assegurar às crianças seu pleno desenvolvimento. DESCRITORES: Jogos e brinquedos. Educação Infantil. Enfermagem Pediátrica. REFERENCIAS: 1. Augusto, M. Comunidade Infantil - Creche. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1985. 2. Pinto G C. Coleção Memória da Psicanálise: Melaine Klein v4. São Paulo: Duett Editorial; 2009. 3. Polit, D.F., Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed;2004. 4. Ribeiro CA, Borba RIH, Rezende MA. O brinquedo na assistência à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS (orgs). Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo, SP: Manole; 2009. p.287-327. 5. Mayan MJ. An introduction to qualitatives: Entrenament module for students and professionals, 2001.

14291

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RENATA TOGESKI PEREIRA

ANTIRRETROVIRAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: ENFERMAGEM E FAMÍLIA EM BUSCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO.

Togeski, RTP; Wegner, WW; Fernandes, BOF; Baptista, FSB; Salatino, MSR;

ANTIRRETROVIRAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: ENFERMAGEM E FAMÍLIA EM BUSCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO Introdução: Vários estudos apontam os fatores que colaboram para uma boa adesão a terapia antirretroviral (TARV) no público infantil(1-2). Entretanto, cada serviço especializado nessa demanda enfrenta novos desafios que podem estar intrinsecamente relacionados à criança/família ou a maneira como as orientações são compartilhadas. Objetivos: Descrever os fatores que contribuem para interrupção do tratamento antirretroviral em crianças no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em hiv/Aids e identificar a participação da família nesse tratamento. Metodologia: Pesquisa qualitativa descritiva a ser realizada no SAE-Guaíba/RS. O número inicial de participantes será 12 familiares, o qual será validado pela saturação de dados. As informações serão obtidas por entrevista semiestruturada e analisadas por análise temática(3). O projeto atenderá as normas bioéticas e será apreciado por Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: É esperado que a criança juntamente com sua família perceba a necessidade de seu tratamento, subsidiada pela equipe de saúde. Há necessidade de qualificar a educação em saúde no cuidado com crianças com hiv/Aids. Conclusão: O conhecimento do modo de viver da criança e os cuidados que deve realizar servem de instrumentalização para uma aproximação, servindo de eixo para iniciar uma possível relação entre profissional da saúde e o familiar que cuida dessa criança. Contribuições para Enfermagem: Entende-se que a enfermagem possui papel fundamental no cuidado da criança, compartilhando conhecimentos com os familiares, almejando melhor adesão a TARV. Referências: 1. Motta MGC et al. Criança com HIV/AIDS: percepção do tratamento antirretroviral. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):48-55. 2. Botene DZA, Pedro ENR. Implicações do uso da terapia antirretroviral no modo de viver de crianças com Aids. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(1):108-115. 3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. Descritores: HIV; enfermagem pediátrica; Família.

14586

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RITA TIZIANA VERARDO POLASTRINI

HIPERTERMIA MALIGNA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM BASEADO EM EVIDÊNCIAS

Silva, ER; Polastrini, RTV;

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA - A Hipertermia Maligna (HM) é uma Síndrome muscular hereditária, autossômica dominante e farmacogénetica, caracterizada por uma resposta hipermetabolica aos anestésicos voláteis (halotano, isoflurano, sevoflurano e desoflurano) e succinilcolina (relaxante muscular). Cursa com hipercapnia, acidose respiratória e metabólica, rigidez muscular, arritmias cardíacas, necrose muscular, mioglobinuria e elevação da temperatura corpórea de 1 a 2 graus centigrados a cada 5 minutos1,2. A Incidência da HM é de 1:50.000 adultos e de 1:15.000 crianças submetidos a anestesia geral . A HM é rara antes dos 03 anos de idade, embora tenha sido relatada em neonatos². Surge a qualquer momento durante ou após a anestesia, tendo sido descrita sua ocorrência em até 6 horas após a interrupção da exposição ao agente desencadeante3. Sua Mortalidade até os anos 80 era de 70 a 90% dos casos. O melhor conhecimento da síndrome, e principalmente, a introdução do Dantrolene sódico para o tratamento da HM, permitiram reduzir a mortalidade para cerca de 7%². Os fatores de risco são: histórico familiar, doenças neuromusculares como a Distrofia Muscular de Duchenne4, Osteogênese Imperfeita, Doença do Núcleo Central (CCD), Multiminicore, Distrofia Muscular de Becker, entre outras. Todos esses pacientes possuem risco aumentado para HM. O diagnóstico é confirmado pelo histórico familiar e teste de contratura muscular, realizado através de uma biopsia muscular a qual é indicada para pacientes com histórico familiar de óbito após exposição aos anestésicos e com evolução acompanhada de febre5. É de fundamental importância que, além dos anestesistas, os demais membros das equipes de saúde estejam familiarizados com a síndrome e possam contribuir para levantar a suspeita diagnostica e participar das medidas terapêuticas². OBJETIVO - Aprimorar o conhecimento a respeito da Hipertermia Maligna, bem como a sua prevenção em pacientes susceptíveis e os cuidados durante uma crise de HM. MÉTODO - Trata-se de um estudo descritivo do tipo Revisão Integrativa da Literatura, com pesquisa bibliográfica, o período de tempo delimitado para esta pesquisa que foi do ano de 2007 a 2012. Foram incluídos três artigos fora do período devido à relevância do conteúdo. RESULTADOS E DISCUSSÃO - Foram encontrados 30 artigos nacionais, 29 artigos internacionais e 04 livros que abordaram o tema pesquisado, porém destes, foram contemplados apenas 14 que atenderam aos critérios de inclusão, sendo 30 excluídos. Os autores relataram as principais manifestações clínicas do paciente com HM como: taquicardia, elevação do CO2, rigidez muscular, instabilidade hemodinâmica, cianose, severa elevação de temperatura entre outros. As principais patologias que podem levar o paciente a desenvolver a HM são: Distrofia Muscular de Duchenne, Distrofia Muscular de Becker, Doenças Neuromusculares, Doença do Núcleo Central, Multiminicore, Osteogênese Imperfeita e o stress. Por se tratar de uma síndrome rara e que demanda do profissional a obtenção de um histórico detalhado do paciente, algumas ações podem ser realizadas para minimizar os riscos do desenvolvimento da síndrome, bem como, para amenizar os sinais e sintomas. A grande maioria dos casos ocorre na sala de operações e requer uma combinação de esforços de toda a equipe para reverter o quadro, geralmente grave. Assim, as principais medidas segundo os autores pesquisados, que envolvem ações da equipe multiprofissional para o de atendimento aos susceptíveis à síndrome ou na sua vigência são1,2: Susceptíveis: Ar condicionado em boas condições; materiais de emergência de fácil acesso e sempre conferidos; primeira cirurgia do dia, para evitar contato com os anestésicos voláteis que ficam presentes no ambiente do centro cirúrgico; remoção os agentes desencadeantes da sala de cirurgia; retirada dos vaporizadores; circuitos de ventilação mecânica que não teve contato com o gás anestésico ou

reprocessado; troca da cal sodada; não utilizar colchão térmico ou manta térmica. Vigência da Crise de HM: Preparo e administração do Dantrole Sódico conforme prescrição médica ou protocolo institucional; hiperventilação do paciente; aceleração ou suspensão do procedimento cirúrgico quando possível; realização das medidas de resfriamento do paciente, como passagem de um cateter naso-gastrico para infusão de solução gelada, punção de acesso venoso calibroso para infusão endovenosa de solução salina gelada, instalação de pacotes de gelo nas axilas, virilha e cabeça para redução da temperatura; passagem de cateter vesical de demora, para monitorização do débito urinário e controle da função renal; monitorização dos eletrólitos, glicose, PH sanguíneo, creatinina, coagulograma, mioglobina, creatinoquinase, transaminase, CPK para avaliação de necrose muscular, mioglobina e a coagulação até a normalização dos parâmetros. A sobrevida dos pacientes com HM depende, essencialmente, da identificação e do tratamento o mais precoce possível, antes que a hipertermia e a mioglobinúria produzam convulsões ou insuficiência renal. Embora grande parte dessas ações deva ser realizada com prescrição médica, vale a pena lembrar que a HM deve ser atendida prontamente e, assim, a assistência de enfermagem baseada em conhecimento cientifico, com certeza trará elevado nível de eficiência e rapidez no atendimento ao paciente de risco, uma vez que, na vigência deste mal, alguns minutos podem mudar o curso dos acontecimentos. Os profissionais devem ser capacitados para o atendimento deste paciente, sendo o enfermeiro responsável por gerenciar as ações que envolvem o ambiente e infraestrutura para o pronto atendimento, além de treinar sua equipe. CONCLUSÃO - A enfermagem, há algum tempo, deixou de ser uma profissão de ações empíricas para ter suas ações baseadas em evidências. Após a realização desta pesquisa, torna-se evidente a importância do conhecimento e do trabalho da equipe de enfermagem integrada à equipe multiprofissional, colaborando na prevenção e no tratamento do paciente susceptível e contribuindo para a redução das comorbidades e mortalidades provocadas pela HM. REFERÊNCIAS - 1. Silva HCA, Tsanacilis AMC, Amaral JL, et al. Hipertermia Maligna. 2ª. Ed. São Paulo: Ateneu, 2009; 95-205. 2. Souza MHL, Elias DO. Hipertermia Maligna na circulação extracorpórea. Revista Latinoamericana de Tecnologia Extracorpórea 2001; 8(1). 3. JLG Amaral, Carvalho RB, Cunha LBP, Batti MAS, ISSY AM, Habib AK, et al. Hipertermia Maligna. Projeto Diretrizes. Associação médica Brasileira do Conselho Federal de Medicina. Elaboração final 2009. 4.Saldanha RM. Anestesia em pacientes portadores de Distrofia Muscular de Duchenne. Relato de caso. Revista Brasileira Anestesiologia. 2005; 55(4): 445 - 449. 5. Wapper F. Anesthesia dor patients with a history of malignant hypertermia. Current Opinion in Anaesthesiology. 2010; 23:417-422. DESCRITORES: Hipertermia Maligna; Enfermagem e Dantrolene Sódico.

14583

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RITA TIZIANA VERARDO POLASTRINI

CIDANDO DE CRIANÇAS COM EPIDERMÓLISE BOLHOSA: UMA REALIDADE DA ENFERMAGEM

Polastrini, RTV; Borghi, C;

Este trabalho tem um caráter descritivo-exploratório e tem como objetivo descrever as ações de enfermagem no atendimento à criança portadora de Epidermólise Bolhosa (EB) e seus familiares. Tal fato facilitou o enfrentamento da doença e consequentemente melhora da qualidade de vida destas crianças, atendidas em um ambulatório de dor e cuidados paliativos pediátricos de um hospital universitário onde são atendidos 77 pacientes com esta patologia com idades de 0 a 19 anos. A EB representa um grupo heterogêneo de patologias de caráter genético caracterizado pela formação de bolhas na região cutaneomucosa, após trauma mínimo, como resultado de fragilidade do epitélio. O acompanhamento dessas crianças é multiprofissional e interdisciplinar. A enfermagem tem papel fundamental no cuidado e na promoção à saúde da criança com EB, atuando no controle da dor, a partir da avaliação de suas causas; observando a singularidade de cada paciente; minimizando o prurido; observando mudanças na ferida; oferecendo apoio ao paciente e seus familiares. Acreditamos que reconhecer as necessidades psicoemocionais e sociais da família, nos ajuda a compreender comportamentos e atitudes. A implementação desse atendimento tem refletido numa melhora na qualidade de vida das crianças e familiares, com uma maior adesão ao tratamento, propiciando o estabelecimento de rotinas cotidianas, como frequentar a escola e brincar, além de informar a comunidade que convive com esta realidade, contribuindo para a melhor integração de qualquer indivíduo com EB. Referências: 1. Fine JD, Mellerio JE. Extracutaneous manifestations and complications of inherited epidermolysis bullosa. Part I. Epithelial associated tissues. J Am Acad Dermatol September 2009. 2. Fine JD, Mellerio JE. Extracutaneous manifestations and complications of inherited epidermolysis bullosa. Part II. Other Organs. J Am Acad Dermatol September 2009. Descritores - Epidermólise Bolhosa, Assistência de Enfermagem, Qualidade de Vida.

14285

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROBERTA TOGNOLLO BOROTTA

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL ENTRE OS ANOS 2009 E 2012: REVISÃO SISTEMÁTICA

Borotta, RT; Souza, SNDH; Rossetto, EG; Mello, DF; Capellini, VK;

Introdução:O Brasil é um dos signatários da Declaração do Milênio, que tem como um dos objetivos a redução da mortalidade infantil1. Pensando no impacto que a alimentação causa no crescimento, desenvolvimento, saúde e sobrevivência das crianças, uma estratégia para alcançar tal objetivo é o combate às formas inadequadas de alimentação infantil, promovendo a prática do aleitamento materno.2Para isso é preciso garantir que o setor saúde e demais setores relevantes protejam, promovam e apoiem a amamentação exclusiva até os seis meses e o aleitamento materno (AM) até os dois anos ou mais.1 O Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) foi criado em 1998 com o objetivo de avaliar as práticas alimentares no primeiro ano de vida durante campanhas nacionais de vacinação por meio de amostras por conglomerados e questões recordatórias das últimas 24 horas sobre o consumo de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, sendo um método de diagnóstico rápido e com baixo custo.3 Objetivo:Comparar as prevalências e os fatores associados ao aleitamento materno em diferentes cidades e estados brasileiros, a partir de pesquisas que utilizaram metodologia semelhante à proposta pelo Projeto AMAMUNIC nos anos de 2009 a 2012. Metodologia:Realizou-se uma revisão sistemática com a pergunta norteadora: "o que se conhece acerca da prevalência e dos fatores associados ao aleitamento materno no Brasil, a partir de pesquisas que utilizaram metodologia semelhante à proposta pelo Projeto AMAMUNIC?". A busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas Lilacs,Scielo, Cochrane, Bdenf, Medlinee PubMed, por meio dos seguintes descritores: aleitamento materno/breastfeeding, prevalência/prevalence, indicadores/indicators, estudos transversais/cross-sectionalstudies, inquéritos nutricionais/nutritionsurveys, inquéritos alimentares/diet surveys e Brasil/Brazil. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados sobre AM e fatores associados, referentes a cidades ou estados brasileiros, em periódicos nacionais e internacionais, no período de 2009 a 2012, queutilizaram método semelhante a proposta do AMAMUNIC. Após a busca dos estudos, aplicou-se os Testes de Relevância I (TR I), II (TRII) e III (TRIII) a fim de filtrar os artigos que respondessem à pergunta norteadora4. O TR I foi composto pelas seguintes questões: O estudo utilizou campanhas de vacinação para coleta de dados? Foi publicado entre os anos de 1998 e 2008? Em seguida, aplicou-se o TR II, com a questão: O estudo tinha como objetivo identificar a prevalência e/ou determinantes do aleitamento materno em cidades e/ou estados brasileiros? Após, aplicou-se o TR III, com as questões: O estudo representa um inquérito populacional? Utilizou amostragem probabilística representativa de uma população? Utilizou recordatório das 24 horas que antecederam a aplicação dos questionários para a avaliação do aleitamento materno? Abrangia crianças de 0 a 12 meses? Resultados: Após aplicação do TR I foram selecionados 19 artigos que utilizaram campanhas de vacinação para coleta de dados, dentro do período estabelecido. Os estudos tratavam de temas variados como: desmame precoce em mulheres que trabalham fora; distribuição espacial do AM e AME e sua relação com índices socioeconômicos; indicadores, tendência temporal e determinantes do AM e AME; associação entre a introdução de alimentação complementar e as características socioeconômicas maternas e biológicas; características maternas e fatores associados à interrupção do AME; fatores de risco associados ao desmame do AME em menores de seis meses; prevalência e causas associadas ao uso de chupeta; práticas alimentares em filhos de adolescentes;influência da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) nos indicadores de AM no Brasil, entre outros. O TR II selecionou 15 artigos que pesquisaram a

prevalência e/ou determinantes do aleitamento materno em cidades e/ou estados brasileiros e, após o TR III, foram excluídos quatro artigos, totalizando 11 artigos para análise neste estudo.Dos artigos selecionados, 10 foram publicados em periódicos nacionais (93,3%) e um em periódico internacional (6,7%), quase a totalidade ocorreu nas regiões Sudeste e Sul. Sete artigos trouxeram a prevalência do AM e AME até os quatro meses de idade e nos menores de seis meses e quatro artigos não trouxeram dados de prevalência, somente tendências temporais do AM. Como fatores determinantes associados ao AM, os artigos trouxeram como variáveis maternas: idade, escolaridade, ocupação, primiparidade, tipo de parto, número de consultas no pré-natal, renda, licença maternidade e como variáveis relacionadas ao lactente: uso de chupeta, uso de mamadeira, introdução de outro leite, introdução de chá, mamar nas primeiras 24 horas de vida, sexo, peso de nascimento. A prevalência de AME até os seis meses encontrada dos artigos variou de 24,2 a 43,7%. Observou-se uma quedada prevalência do AME do quarto para o sexto mês. Foi possível notar que até os quatro meses a prevalência de AME é maior (53,7%) e diminui significativamente até o sexto mês chegando até 7,8% em estudo publicado em Londrina-PR. Nos demais estudos a prevalência relacionada ao quarto e sexto mês variou entre 50,6% e 24,7%. Em relação ao AM, os dados também apresentam declínio do quarto para o sexto mês, porém as prevalências são mais elevadas, ficando entre 84,4% e 42,4% respectivamente. Sobre os fatores relacionados ao desmame, 100% dos artigos encontrados, trouxeram associações entre o desmame e o uso de chupetas, seguidos da idade materna inferior a 20 anos, nível socioeconômico baixo e ocupação materna (trabalhar fora ou não). Um estudo realizado em Uberlândia-MG concluiu que mães que trabalham fora tem um risco de 2,7vezes maior de evoluir para o desmame e de 22 vezes desmame em relação ao uso da chupeta. Sobre a introdução de outros alimentos durante o primeiro ano de vida, estudo realizado nas capitais brasileiras e Distrito Federal, concluiu que a região sul tem consumo frequente de chás, a região sudeste tem a introdução de outros tipos de leite, e o nordeste inclui o mingau, principalmente quando a mãe é adolescente. Todas as regiões introduzem suco, em alguns casos antes do sexto mês. Conclusão: a eficácia das ações relacionadas a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, principalmente às mães primíparas, adolescentes e trabalhadoras, devem ser avaliadas periodicamente, a fim de propor estratégias que consequentemente melhorarão os índices nacionais. Contribuições/implicações para a enfermagem: os benefícios do aleitamento materno tanto para a saúde do bebê com baixo peso ao nascer como para o bebê a termo são mundialmente conhecidos, portanto torna-se cada vez mais importante conhecer os índices nacionais e as principais dificuldades e fatores relacionados à prática da amamentação e/ou desmame, a fim de capacitar os profissionais de enfermagem que lidam diretamente com essas situações tanto nas consultas de pré-natal, como nas maternidades e puericultura, proporcionando atenção, cuidado, apoio e orientações a fim de promover e proteger o aleitamento materno. Descritores: aleitamento materno; prevalência; revisão. Referências: 1.OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2004. 96p. 2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (UNICEF; IBFAN-Brasil). Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. 2003. (Tradução pela IBFAN, Brasil - 2005). Acessado em: http://www.ibfan.org.br/ documentos - 20/08/2013. Documento A54/INF.DOC./4. 3. Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev Saúde Públic. 2002;36(3):313-8. 4.Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2004 Mai/Jun;12(3):549-56.

13830

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSANE CORDEIRO BURLA DE AGUIAR

RECEPÇÃO E VALIDAÇÃO EXTERNA DE UM ALMANAQUE COMO ESTRATÉGIA DE ALFABETIZAÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE JUNTO AOS FAMILIARES CUIDADORES

Aguiar, RCB; Cabral, IE;

Ao produzir um almanaque como estratégia de alfabetização científica1 foi necessário saber se os conteúdos científicos ali traduzidos produziam significado para os leitores, se as cenas representavam as situações vivenciadas pelos familiares cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde2 em uso de anticonvulsivante no domicilio. Objetivo: Validar externamente o almanaque junto aos familiares cuidadores. Pesquisa qualitativa. Sujeitos: quatro familiares cuidadores. As discussões sobre o Almanaque aconteceram em uma roda de conversa3 de onde emergiram vozes4 desses familiares que levaram à formação de uma única categoria temática: a recepção-validação externa do Almanaque na leitura dos familiares cuidadores. Pesquisa aprovada pelo CEP EEAN/HESFA protocolo n. 114/08. Os participantes identificaram-se com as cenas na medida em que, articularam as histórias do Almanaque com as suas situações existenciais concretas. Em toda roda evidenciou-se que os registros dos familiares cuidadores estavam impregnados de conteúdo emocional e vivencial. Conclui-se que o dialogismo entre as cenas e as histórias de vida dos leitores fez com que eles trouxessem para a roda as suas situações existenciais concretas, validando externamente o Almanaque. O Almanaque pode ser utilizado pela enfermagem como instrumento de mediação na educação em saúde. Referencias: 1. Bohlman NL. et al. Health literacy: a prescription to end confusion. Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health. Institute of Medicine. Washington DC.2006. 345p. 2. Cabral IE. et al. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais. Esc Anna nery Rev enferm. 2003, 7 (2): 211 - 218. 3. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3. ed. São Paulo: Hucitec. 2000. 236p. 4. Freire P. Pedagogia do oprimido. 38 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004, 184p Descritores: enfermagem pediátrica, educação em saúde, alfabetização em saúde

13789

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSANE CORDEIRO BURLA DE AGUIAR

O LIMITE ENTRE O ERRO E O ACERTO E AS DEMANDAS EDUCACIONAIS DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS EM SITUAÇÕES DE QUEDAS, CORTES E QUEIMADURAS

Aguiar, RCB; Souza, TM;

Introdução: Encontra-se na literatura científica informações sobre prevenção de emergências pediátricas domésticas. No entanto, pouco se fala sobre os cuidados básicos de atendimento a crianças em situações de emergência, principalmente quando relacionado a preparação dos cuidadores para a realização de tal cuidado. Dados de 2010 do DATASUS(1) apontam que no Brasil as crianças entre 1 a 4 anos são as mais acometidas por situações de emergência pediátrica. Neste contexto, destaca-se as quedas, cortes e queimaduras como principais acidentes domésticos nessa faixa etária, devido as características específicas das crianças nessa idade que podem atuar como fatores de risco para ocorrência desses acidentes domésticos na infância como a propriedade sensório-motora de exploração do ambiente por meio do tato e do toque aguçada; a busca ativa de objetos atraentes e falta de consciência da consequência dos perigos, ou seja, da causa e efeitos das suas ações. Os cuidadores, pessoas responsáveis por cuidar das crianças, são na maioria das vezes as pessoas que estão próximas a criança quando ocorre uma situação de emergência pediátrica doméstica. Isso reflete a importância de instrumentalizar esses cuidadores para assistir a criança em um determinado momento de emergência, pois uma ação simples pode fazer toda a diferença em determinadas situações. Assim, a falta de informações específicas aos cuidadores sobre o que fazer frente a uma situação de emergência pediátrica doméstica, pode acarretar inúmeros problemas, como manipulação incorreta da vítima e a solicitação ás vezes desnecessária do socorro especializado em emergência, em função do despreparo dos cuidadores em desenvolver atitudes simples. Diante dessa realidade temos como objeto de estudo as demandas educacionais dos cuidadores de crianças em situações de quedas, cortes e queimaduras. Objetivos: Descrever os cuidados realizados pelos cuidadores quando deparam-se com a criança em situações de quedas, cortes e queimaduras; e analisar as demandas educacionais dos cuidadores a partir do cuidado à criança nessas situações. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, descritiva e exploratória. A técnica de coleta de dados foi através da Discussão de grupo, com a realização de três Rodas de Conversa. A pesquisa foi realizada no setor de Pediatria de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro e contemplou treze sujeitos cuidadores, sendo estes: nove mães, um pai; uma avó; e duas tias. Os critérios de inclusão contemplaram sujeitos voluntários; de idade igual ou superior a 18 anos; ambos os sexos; cuidadores que estavam no período da pesquisa atuando como acompanhante de crianças internadas no setor de pediatria do hospital cenário da pesquisa que tivessem ou já tiveram filhos, ou mesmo sem filhos, já atuaram ou atuam como cuidadores de crianças na faixa etária de 1 a 4 anos internadas ou não. As rodas de conversa foram iniciadas através de um cartaz gerador da discussão em grupo com imagens relacionadas a temática. E os dados foram analisados através da análise de conteúdo proposta por Bardin(3) . A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário onde foi realizado o estudo, com protocolo número 276/11. Resultados: Considerando as situações de emergências pediátricas domésticas abordadas percebeu-se que os cuidadores trouxeram o cuidado familial como base das suas ações, ou seja, cuidados baseados nas influências dos fatores culturais, sociais e na experiência dos familiares e dos vizinhos, desta forma, a experiência do cuidado que passa de geração para geração. Além disso, os cuidados relatados apresentaram-se no limite entre o erro e o acerto. Pois ora o cuidado familial é suficiente para atender a criança na situação de quedas, cortes e queimaduras e possui alguma explicação científica, como o uso de

gelo após uma queda e lavar o ferimento com água e sabão. Ora o cuidado não é suficiente para atender as necessidades de cuidados e conhecimento exigido por determinadas situações, e muitas vezes é desprovido de qualquer explicação científica, não sendo assim o mais adequado para a situação, como no caso do uso de pó de café, sal em sangramentos, o uso de manteiga e pasta de dente em queimadura. Associado a esses achados encontra-se a falta de educação em saúde direcionada para os cuidadores a cerca dessa temática, realidade esta que contribui para que os cuidados prestados às crianças nas situações abordadas prossigam beirando o limite entre o erro e o acerto. A partir das falas dos cuidadores emergiram muitas dúvidas, ora relatadas claramente pelos cuidadores ora presente na incerteza do que fazer ou até mesmo através de um cuidado relatado pelo cuidador que é dito pela literatura como não recomendado. Dessa forma, foi possível perceber uma importante lacuna de conhecimento nessa temática e identificar a demanda educacional referente ao assunto abordado. Reafirmando assim a importância da prática de educação em saúde como um caminho integrador do cuidar. Conclusão: Percebe-se que quanto aos cuidados que devem ser realizados pelos cuidadores à criança que sofre esses tipos de acidentes, ainda há uma questão popular e familiar muito forte no que seria a conduta certa a ser realizada nesses momentos. A demanda educacional dos cuidadores evidencia a importância da realização de alfabetização em saúde desses cuidadores. Pois um cuidador que passa por intervenções adequadas de educação em saúde nesta temática consegue associar informação, conhecimento e boa vontade e pode tentar garantir além de todo amor, atenção e carinho essenciais ao bom desenvolvimento e qualidade de vida das crianças, um quadro clínico após uma situação de emergência pediátrica doméstica com menores índices de complicações e mortes. Contribuições/implicações para a Enfermagem e Saúde: Portanto contribui para uma nova discussão e descobertas acerca do tema e incentiva a busca por um processo de educação em saúde eficiente e capaz de promover a qualificação da assistência e aprimoramento da enfermagem como educador. Além de aprimorar o ensino e pesquisa nas situações de emergências pediátricas e melhora da qualidade de vida ou prevenção de agravos para as crianças. Referências: 1 BRASIL. Informações de saúde, estatísticas vitais, nascidos vivos e mortalidade e óbitos infantis. Departamento de Informática do SUS - DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def >. Acesso em: 08 de junho de 2012. 2 FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Coleção Leitura, São Paulo: Paz e Terra, 25 edição, 54 p., 1996. 3 BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa, 2010. 281 p.

14227

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSANE MEIRE MUNHAK DA SILVA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA A PARTIR DOS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO E SEUS RESULTADOS NA MORTALIDADE INFANTIL

Silva, RMM; Viera, CS; Araújo, JP; Finkler, AL; Rover, MS; Ferreira, H;

Introdução. O Brasil assumiu internacionalmente o compromisso junto a uma das metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) reduzir dois terços da mortalidade para crianças menores de cinco anos entre 1990 e 2015. Em 1990 apresentava um índice de Mortalidade Infantil (MI) de 47,1/1000 Nascidos Vivos (NV), em 2011, quatro anos antes do prazo estipulado, o país atingiu esse objetivo ao demonstrar um índice de 16/1000 NV1. Essa queda foi possível devido a importantes mudanças no século XX, no que tange à melhoria nas condições de vida da população, as políticas públicas de saúde implementadas e avanços do conhecimento em saúde. É nesse sentido que apresentamos este estudo, por demonstrar que a essência para cuidar das crianças por ações organizadas por políticas públicas de saúde resolutivas podem interferir positivamente na redução da morbimortalidade infantil mediante ações e práticas aplicadas ainda na Atenção Primária à Saúde (APS). Objetivos. Identificar na literatura a trajetória histórica das políticas públicas de saúde da criança e seus resultados a partir das metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Metodologia. Este estudo teve por base a dissertação de mestrado intitulada "A integralidade à saúde da criança com enfoque a atenção primária e seu itinerário de cuidado e cura", a qual fez parte de um projeto bicêntrico desenvolvido com recurso CNPq e também estudos vinculados ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil - GPMI. Desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica, sendo que a busca aconteceu em produções nacionais desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS), bem como artigos científicos para discussão. Para a análise do material obtido foi utilizada matriz de coleta contemplando os seguintes dados: ano de implantação da política pública de saúde, estratégias e ações, e, resultados apontados pelo índice de MI no ano de implantação e dois anos após a implantação da política pública de saúde. Resultados. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), instituídos respectivamente em 1991 e 1994 permitiram a aproximação dos serviços de saúde com a comunidade, proporcionando comunicação e orientação como meta para reorganizar os serviços de saúde, bem como a extensão da cobertura dos serviços de saúde para áreas com maiores índices de pobreza estendendo as ações para a família. Deste modo, ambos contribuíram para a redução dos índices de MI. Especificamente para a saúde da criança, o MS promoveu a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (1996) permitindo o seguimento da atenção à saúde da criança em sintonia com a APS na perspectiva da avaliação dos desencadeantes que afetam a saúde infantil, buscando qualidade da assistência2. Esta ação resultou na redução da MI de 34 para 30/1000 NV. Seguida ao AIDPI, implementou-se a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (2000) possibilitando o maior contato mãe-filho pelo contato pele a pele, proporcionando participação da família nos cuidados ao recém-nascido, fortalecendo sua recuperação3, resultando na redução de 27 para 24/1000 NV. A Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2004) fortaleceu o nascimento saudável, crescimento e desenvolvimento, o combate a distúrbios nutricionais e doenças prevalentes da infância por meio de linhas de cuidado, a saber: ações da saúde da mulher pela atenção humanizada e qualificada; atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; triagem neonatal: teste do pezinho; incentivo ao aleitamento materno; incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e anemias carenciais; imunização; atenção às

doenças prevalentes; atenção à saúde bucal; atenção à saúde mental; prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; atenção à criança portadora de deficiência4. Esta importante estratégia proporcionou diminuir a MI de 23 para 20/1000 NV. A Estratégia de Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS) criada em 2009 também colaborou na melhoria da assistência ao nascimento e cuidado infantil. A Rede Cegonha (2011) a qual refere-se a rede de cuidados para garantir segurança e qualidade assistencial à mulher no ciclo reprodutivo e garantir a criança segurança e cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento5, possibilitou manter a MI em 16/1000 NV. As ações mediadas por políticas públicas de saúde obtiveram resultados efetivos nos índices de MI. Contudo, nota-se que o declínio da MI apresentou-se moroso ao observar os índices após dois anos de implantação da política pública. E ainda, embora algumas ações fossem direcionadas aos recém-nascidos, estes ainda representam 70% dos óbitos entre crianças menores de um ano em nosso país, em sua maioria passíveis de redutibilidade. Nesse sentido, aponta-se que, embora o país tenha alcançado antes do prazo uma das metas dos ODM, muitas ações e estratégias ainda devem ser implementadas para atenção à saúde da criança, sendo urgentes ações específicas ao grupo neonatal. O caminho sugerido para alavancar tais percepções é a concretude das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo em vista que, as RAS são capazes de solucionar 85% dos problemas comuns de saúde, por serem coordenadoras da atenção à saúde, instrumentos e informações nas redes, responsáveis pela saúde da população. Conclusão. O conjunto de políticas públicas voltadas à saúde da criança após a divulgação dos ODM repercutiu de forma efetiva nos índices de MI, contudo, observa-se que muitas ações ainda devem ser realizadas para resolver de fato esta problemática, uma vez que, entre as mortes 70% envolvem recém-nascidos e, principalmente que, 60% dos óbitos poderiam ser redutíveis. Contribuições para a enfermagem. Aponta-se que o processo de investigação da MI e a mobilização para ações em saúde desenvolvidas ainda na APS, vistas como ordenadoras do cuidado à criança, por meio do envolvimento de todos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, constituem-se em importantes ferramentas para a redução da morbimortalidade infantil por causas redutíveis em nosso país. Referências 1. ODM - BRASIL. Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Ministério da Saúde. Disponível em: Acesso em 16 de junho de 2013. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI - Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: Ministério da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. 2 ed. Brasília: MS, 2003, 32 p. 3. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. 1 ed. Brasília: MS, 2002, 282 p. 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: MS, 2004, 80 p. 5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n°1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: MS, 2011. Disponível em: Acesso em: 12 de julho de 2013. Descritores: Saúde da Criança; Políticas Públicas de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

14220

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSANE MEIRE MUNHAK DA SILVA

PROMOÇÃO DA SAÚDE NUTRICIONAL DE ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL DA ESCOLA JORGE AMADO DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU ? PR

Silva, RMM; Nihey, OK; Lala, ERP; Ferreira, H; Viera, CS;

Introdução. A obesidade tornou-se um problema de saúde pública e um dos problemas nutricionais prevalentes em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Nos últimos anos no Brasil, é observado um aumento expressivo de indivíduos em várias faixas etárias da população com sobrepeso e obesidade. A questão se tornou um grave problema de saúde pública, assumindo um caráter epidêmico, preocupante, constituindo um fator de risco para o surgimento de várias doenças, como: doença cardíaca precoce; hipertensão arterial; derrames; hiperlipoproteinemias; diabetes mellitus e alguns tipos de câncer. As estimativas existentes apontam que, em 20 anos, a prevalência de obesidade entre crianças de 5 a 9 anos foram multiplicadas por quatro entre meninos (4,1% para 16,6%) e por cinco entre meninas (2,4% para 11,8%). Nos adolescentes, após quatro décadas de aumento gradual nas prevalências, cerca de 20% apresentam excesso de peso (com pequena diferença entre os sexos) e quase 6% do sexo masculino e 4% do sexo feminino foram classificados como obesos1. A avaliação do estado nutricional refere-se a uma etapa fundamental no cuidado à criança, para que possamos verificar se o crescimento está se afastando do padrão esperado por doença ou por condições sociais desfavoráveis2. Neste sentido, a avaliação do estado nutricional tem sido considerada uma ação importante para identificar indivíduos ou grupos que apresentem agravos e riscos para a saúde, relacionado ao estado nutricional e ao consumo alimentar3. Objetivos. Avaliar o estado nutricional de crianças do pré-escolar, 1º à 5º ano do ensino fundamental de uma escola municipal de Foz do Iguaçu-PR. Tais objetivos foram propostos por contribuir com ações de caráter social, educativo e preventivo da saúde, bem como para estabelecer melhor qualidade de vida na comunidade atendida, prosseguindo com o encaminhamento dos escolares aos serviços de saúde especializados. Metodologia: Realizou-se a avaliação do estado nutricional no período de abril a novembro de 2012. Para a execução do projeto, aconteceram atividades semanais na Escola Municipal Jorge Amado, localizada no Bairro Cidade Nova de Foz do Iguaçu, PR, com crianças do pré-escolar, 1° a 5° ano, nos períodos da manhã e tarde, totalizando 525 sujeitos. Para a avaliação do estado nutricional calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) e sua análise baseou-se em critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS)4-5. Para este cálculo, a altura e peso de massa corporal de cada escolar foram aferidos, sendo que o valor obtido do peso (P) em quilograma (kg) foi dividido pelo valor da altura (A) em metros, elevado à potência de dois, como se segue: IMC: (P/A^2). Para a obtenção do diagnóstico nutricional utilizaram-se as curvas padronizadas na relação IMC x faixa etária para crianças do sexo masculino e do sexo feminino5. Consideraram-se os estados nutricionais: Obesidade grave; Obesidade; Sobrepeso; Normal (IMC adequado - Eutrofia); Magreza e Magreza acentuada. Os escolares que estavam acima do escore +3 (> escore-z +3) foram classificados como obesos graves; entre os escores +2 e +3 (? escore-z +2 e ? escore-z +3) classificados como obesos; entre os escores +1 e +2(? escore-z +1 e ? escore-z +2) sobrepeso; os valores entre os escores -2 e +1 (? escore-z -2 e ? escore-z +1) eutróficos (IMC adequado); os valores entre -3 e -2 (? escore-z -3 e < escore-z -2) magros, e, os escolares que obtiveram o IMC abaixo do escore -3 (< escore-z -3) foram classificados como magros acentuados. Em seguida, realizou-se a inclusão dos dados dos escolares no sistema de cadastro nacional do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em parceria com a equipe de saúde do SISVAN de Foz do Iguaçu, PR. Resultados: A avaliação do estado nutricional envolveu 525 escolares das turmas de pré-escolar, 1° ao 5° ano. Dos alunos

avaliados, 282 (53,71%) eram do sexo feminino e 243 (46,29%) masculino. Referente ao diagnóstico nutricional, segundo a relação IMC obtiveram 356 (67,80%) alunos com IMC de padrão eutrófico, sendo 196 (55%) do sexo feminino e 160 (45%) masculino. Com relação aos 169 (32,20%) alunos que apresentaram IMC fora do padrão eutrófico, 19 (11,24%) apresentaram diagnóstico nutricional de baixo peso, sendo 11 (57,90%) do sexo feminino e 08 (42,10%) masculino. Quanto aos 150 (88,76%) escolares que estavam acima do peso ideal, 95 (63,33%) apresentaram sobrepeso, sendo 50 (52,63%) do sexo feminino e 45 (47,37%) masculino; 44 (29,33%) escolares apresentaram obesidade, sendo 19 (43,18%) do sexo feminino e 25 (56,82%) masculino; e, os escolares que apresentaram obesidade grave totalizaram 11 (7,34%), destes, 6 (54,55%) do sexo feminino e 5 (45,45%) masculino. Deste modo, de um total de 525 escolares avaliados, 169 (32,20%) apresentaram IMC fora do padrão eutrófico, sendo que 19 (11,24%) estavam abaixo do peso recomendado e 150 (88,76%) estavam acima do peso recomendado pela OMS. Identificaram-se 150 escolares (28,57%) acima do peso, na condição de sobrepeso e obesidade. Estes dados assemelham-se aos dados obtidos em anos anteriores em outras escolas de ensino fundamental do município de Foz do Iguaçu, constituindo um quadro preocupante, uma vez que demonstra que próximo de um terço dos escolares encontra-se acima do peso. Ressalta-se que estes resultados devem estimular a promoção de ações de educação em saúde que possam esclarecer esse público e estimular a adoção de estilos de vida mais saudáveis no ambiente escolar. Contribuições/implicações para a enfermagem. Os resultados apontaram para um maior índice de escolares eutróficos, seguidos pelos escolares com sobrepeso e obesidade. Salienta-se a importância da identificação dos grupos populacionais de risco e os fatores que influenciam a presença dos maus hábitos nutricionais na infância e na adolescência para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções relevantes que ajudem no controle das doenças crônicas da vida adulta. Nesse sentido, verifica-se que o trabalho do enfermeiro na educação em saúde tem demonstrado grande importância social por enriquecer as práticas de ensino e principalmente por orientar e conscientizar a comunidade, mediante ações de caráter social, educativo e preventivo para a saúde, visando colaborar para uma melhor qualidade de vida. Referências 1. WANG Y, MONTEIRO C, POPKIN BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Rússia. American Journal of Clinical Nutrition. 2002; 75: 971-77. 2. MELLO ED. O que significa a avaliação do estado nutricional. Jornal de Pediatria. 2002; 78(5). 3. NIHISER AJ, LEE SM, WECHSLER H, MCKENNA M, ODOM E, REINOLD C, THOMPSON D, GRUMMER-STRAWN L. Body mass index measurement in schools. Journal of School Health. 2007; 77(10): 651-71. 4. SILVA HGF, CHIARA VL, BARROS ME, REGO AL, FERREIRA A, PITASI BA, MATTOS T. Diagnóstico do estado nutricional de escolares: comparação entre critério nacional e internacional. Jornal de Pediatria. 2008; 84: 550-5. 5. OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO Child Growth Standards, 2007. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/en/. Acesso em: 27 de março de 2013. Descritores: Avaliação Nutricional; Saúde da Criança; Obesidade.

13993

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSANGELA DE ALMEIDA CASTRO AMORIM

DOMÍNIOS DE ENFERMAGEM COMO NORTEADORES DO CUIDADO EM PRÉ-ESCOLARES ACOMPANHADOS EM UM CONSULTÓRIO DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA DO RIO DE JANEIRO.

Nunes, AS; Donato, GAF; Souza, MRM; Amorim, RAC; Brito, RMOA;

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. No entanto, os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências futuras. Com isso, metodologias vêm sendo exploradas a fim de garantir e manter a qualidade de vida das crianças para que eles cresçam de maneira saudável e estejam preparadas para enfrentar as transformações resultantes da interação de fatores biopsíquicos, socioculturais e ecológicos. Ao mesmo tempo, esses métodos acabam por corroborar o papel da família na promoção, prevenção e proteção da saúde ao fornecer meios para que a mesma torne-se ativa no Processo(1). Contudo, é essencial que essa coletividade receba cuidados específicos para que ações planejadas tornem-se eficazes a ponto de interferir, positivamente, no contexto saúde-indivíduo-família-comunidade(1,2). Dentro desta perspectiva, o Enfermeiro, por meio de revisões periódicas e munido de seu instrumento metodológico, desempenha ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social(1). Tal fato se faz relevante, pois os impactos negativos, relacionados à cadeia de eventos, acabam por colaborar nos altos índices de morbimortalidade dessa clientela em nosso país e, por fim, fomentar os efeitos negativos daí decorrentes. Enquanto acadêmicas de enfermagem, e ao nos aprofundarmos nessa temática, percebemos que, por mais que outras profissões da saúde se interessem e se manifestem pelo assunto, há um destaque maior na atuação do Enfermeiro. Este, ao lançar mão do raciocínio clínico, crítico e reflexivo sobre o processo saúde-doença, em um determinado tempo e espaço em que os fenômenos ocorrem, é capaz de detectar domínios comprometidos, segundo uma Taxonomia, antes mesmo dos problemas se manifestarem. Tais domínios apresentam-se como uma esfera de atividade, estudo e interesse no qual seus levantamentos possibilitam: focalizar os dados necessários à identificação das reações e experiências humanas; realizar em parceria com o indivíduo, família ou comunidade, sempre que possível; e, ter os achados baseados em pesquisas e outras evidências(3,4). Assim, para a realização desta pesquisa utilizou-se uma análise documental, de forma retrospectiva, com abordagem descritiva e em corte transversal cujo objetivo foi o de identificar os domínios de enfermagem, a partir dos dados objetivos e subjetivos contidos nos prontuários de admissão entre os anos de 2007 a 2011, baseados na Taxonomia II da NANDA-I 2009-2011, das crianças atendidas em um Consultório de Enfermagem pediátrico de uma Universidade privada na cidade do Rio de Janeiro. O cenário escolhido para esta pesquisa foi o Consultório de Enfermagem utilizado pelas disciplinas de Ensino Clínico e Estágio Curricular Supervisionado na Saúde da Criança e do Adolescente, pertencentes ao currículo dos alunos do 6º e 7º períodos do curso de graduação em Enfermagem. O consultório funciona todas as quartas-feiras, de 13h30min as 17h00min, no qual atende crianças matriculadas em três creches na comunidade ao redor da Universidade. Todos os atendimentos realizados são integralmente gratuitos, devido uma parceria entre a Universidade e as creches. As consultas são realizadas pelos próprios acadêmicos, porém supervisionadas pelos professores das disciplinas. Tal consultório dispõe de um espaço interno composto por: uma recepção e duas salas para as consultas de enfermagem. A população albergada nesta pesquisa foi, inicialmente, composta por 166 prontuários, referentes aos atendimentos realizados no período de 2007 a 2011. Tais prontuários foram organizados a fim de que se tornasse fácil o acesso aos dados, mas que se mantivesse a inviolabilidade da identidade dos indivíduos pertencentes à pesquisa, a fim de seguir os preceitos éticos preconizados pela Resolução 196/96 (CAAE:

07438413.4.0000.5284). Para a aplicabilidade desta coleta de dados, com posterior construção do corpo de análise dos prontuários, foram desenvolvidas as seguintes etapas: 1ª Organização alfabética; 2ª Numeração; 3ª Análise; 4ª Correlação. A partir daí foi desenvolvido um instrumento, em forma de planilha, com espaços separados para a transcrição literal dos prontuários, contendo: número do prontuário, tipo do prontuário, fator relacionado e o domínio de enfermagem. Em seguida foram adotados alguns critérios de exclusão dos prontuários, como: Fora do período entre 2007 e 2011; Não estavam relacionados à admissão da clientela; Não continham identificação do cliente; Duplicados; Incompletos quanto às variáveis analisadas por este trabalho; Dados incompatíveis com a idade da amostra; Folha de admissão, cujo espaço reservado para a evolução, apresentava-se em branco. Do total de prontuários, após a adoção de tais critérios, o trabalho passou a ser composto por 126, de modo que as variáveis coletadas foram armazenadas em uma planilha da Microsoft Office Excel 2007®, transformadas em figuras e, em seguida, analisadas e interpretadas através de uma estatística descritiva, mediante análise com frequências simples e percentual. Assim, do total de 126 prontuários, pertencentes aos prontuários de admissão do consultório de enfermagem pediátrico, entre os anos de 2007 e 2011, foram levantados 261 domínios de enfermagem, sendo eles: 48% Domínio 11(Segurança/Proteção); 18% Domínio 1 (Promoção da Saúde); 17% Domínio 3 (Eliminação e Troca); 8% Domínio 2 (Nutrição); 7% Domínio 12 (Conforto); 1% Domínio 5 (Percepção/Cognição); e 1% Domínio 9 (Enfrentamento/tolerância ao estresse). Em posse desses resultados, ressaltamos que desses domínios apresentados, cinco deles estiveram presentes ao longo dos cinco anos analisados, sendo eles: Promoção da Saúde; Nutrição; Eliminação e Troca; Segurança/Proteção; e Conforto. Todavia, desses domínios destacamos três: Domínio 1 (Promoção da Saúde), Domínio 3 (Eliminação e Troca) e o Domínio 11 (Segurança/Proteção), que juntos corresponderam a 83% dos 261 domínios enfermagem encontrados ao longo dos cinco anos de atendimentos à essa clientela. A partir dos indicadores expostos percebe-se que os fenômenos encontrados estão diretamente relacionados ao contexto da criança, da família e do meio em que binômio está inserido, podendo gerar e/ou gerando problemas que, somaticamente, interferem ou podem interferir no bem-estar e na saúde de todos os envolvidos. Frente a essa situação entendemos ainda que tanto a criança quanto sua família deva ser considerada, pelos Enfermeiros e Acadêmicos de Enfermagem dessa Universidade, como agentes ativos, pois acreditamos que só assim será possível promovermos a saúde, reduzirmos os danos encontrados e potencializarmos o crescimento e o desenvolvimento da clientela albergada pelo consultório. Por se tratar de um estudo retrospectivo, cujos dados foram identificados nos prontuários dos pacientes, considera-se que os resultados podem estar subestimados, uma vez que o processo de trabalho intenso do consultório e os horários dos responsáveis pós-consultório, muitas vezes, impossibilitaram a realização de todas as etapas do Processo de Enfermagem de forma imediata, ficando o diagnóstico de enfermagem e, consequentemente, a detecção do domínio de enfermagem, para um segundo momento. Porém essas dificuldades não influenciaram nos resultados, uma vez que não se buscou contabilizá-los. Espera-se, dessa forma, que esta pesquisa desperte nos acadêmicos, que passarão por esse cenário, o anseio pela observação, raciocínio clínico, crítico e reflexivo, quanto ao processo saúde-doença, a fim de encontrar as necessidades reais e/ou potenciais, em um determinado tempo em que os fenômenos acontecem, visando à tomada de decisão consciente. Acreditamos que dessa maneira fortaleceremos a aplicabilidade do Processo de Enfermagem, enquanto metodologia do cuidado, respaldaremos o trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros e/ou Acadêmicos de Enfermagem, potencializaremos a capacidade resolutiva dos serviços oferecidos pelo consultório da nossa Universidade e, por fim, aplicaremos, de forma eficaz, as Legislações e Resoluções que regerá nossa futura prática

13836

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSANGELA DE ALMEIDA CASTRO AMORIM

O USO DO CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA E SUAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES ? UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Pedroso, MCOC; Amorim, RAC;

A oncologia tem avançado significantemente no que se refere ao tratamento e tem aumentado a perspectiva de vida do paciente oncológico. Observa-se o avanço nas pesquisas para melhoria das abordagens utilizadas hoje para acompanhamento desses pacientes. Da mesma forma, a abordagem ao paciente pediátrico oncológico também tem se aprimorado. O cateter venoso central totalmente implantado (CVC-TI) é comumente utilizado em oncologia pediátrica como coadjuvante no tratamento, pois fornece acesso rápido à corrente sanguínea do paciente e demonstra, através da literatura atual, ser um meio bastante eficaz ao tratamento quimioterápico. O cateter proporciona mais conforto à clientela pediátrica por causar menos dor, devido à redução no número de punções necessárias ao tratamento. Seu uso exige do profissional conhecimento técnico aprimorado e habilidade na abordagem ao paciente pediátrico. Sabemos que, por muitas vezes, os procedimentos hospitalares que o enfermeiro executa no seu dia-a-dia (como por exemplo punções venosas, posicionamento de cateteres, etc...) são aplicáveis tanto para o público adulto, quanto para o pediátrico, no que se refere à técnica, material utilizado e o propósito da ação. Mas no que se refere ao à abordagem à esses públicos, a ação do enfermeiro deve ser diferenciada e personalizada, sem deixar de ser igualitária. Isso é visualizado com clareza ao se observar, por exemplo, a punção venosa em uma criança. A abordagem e a forma de conexão que devem existir entre o profissional e o paciente pediátrico diferem bastante da abordagem com o adulto. Essa visão permitiu que, em minha trajetória profissional, observasse com cuidado as nuances do cuidar, adequando minhas técnicas, com o objetivo maior de trabalhar com qualidade. Este trabalho tem como objetivos: Identificar e descrever as complicações relacionadas ao uso do CVC-TI encontradas na literatura e discutir acerca das ações de enfermagem que se aplicam para diminuição das complicações relacionadas ao uso do CVC-TI encontradas. Trata-se de uma revisão bibliográfica, que utilizou livros e analisou artigos nas bases de dados da BIREME com palavras-chave pertinentes ao tema, pesquisadas simultaneamente ou separadas. Os descritores utilizados foram: oncologia pediátrica, cateter de longa permanência, cuidados de enfermagem, quimioterapia e cateter venoso central. Da busca, 8 artigos situados entre 2005 e 2013 foram utilizados por apresentarem maior pertinência ao tema de estudo. Um livro demonstrou ser pertinente no que se refere aos cuidados de enfermagem aos pacientes oncológicos pediátricos. Após leitura, foi realizada a categorização das principais complicações encontradas e realizada discussão frente às ações de enfermagem para resolução ou prevenção dessas complicações. Na infância, as principais neoplasias encontradas possuem alto potencial de cura, que irão de acordo com o estadiamento e condições clinicas do paciente. A quimioterapia tem por objetivo a destruição e conseqüente desaceleração de células de rápida multiplicação. Desta forma, atinge tanto células cancerígenas quanto saudáveis, debilitando o organismo. A via endovenosa é a mais procurada por permitir melhor aproveitamento da substância e rápida ação. São substâncias de ataque, altamente concentradas e vesicantes. As punções venosas são constantes e por muitas vezes trabalhosas. Por serem vesicantes, essas drogas não causam apenas flebites como também lesionam o tecido circunvizinho. Os pacientes oncológicos que demandam tratamento prolongado encontram-se qualificados para a instalação de um cateter venoso central, devida necessidade de frequentes punções. Moscatello e Ferreira (in Malagutti, 2011, p. 41) afirmam que das vias de administração da quimioterapia, a mais utilizadas é a endovenosa, pois apresenta maior segurança quanto

à absorção e nível sérico, sendo necessária, para um acesso venoso seguro, a implantação de cateteres de curta ou longa permanência. Mais seguro que um acesso periférico, o cateter venoso central diminui a necessidade de punções venosas excessivas. Mas sabe-se ainda que seu uso apresenta desvantagens quanto ao uso. São dispositivos que demandam a manipulação especializada de um profissional treinado. Quando se pensa na clientela infanto-juvenil, sua utilização é bastante vantajosa, pois permite uma melhor aproximação do profissional de saúde, menos traumas e a possibilidade de um tratamento visando a menor incidência de dor possível. Além disso, proporciona ao paciente pediátrico uma maior liberdade para retornar às atividades próprias para a idade. Mesmo vantajoso, Silva e Campos (2009) referem que o CVC-TI pode apresentar problemas por permitirem uma utilização prolongada, pois facilitam também a ocorrência de complicações durante este período, tais como infecção, extravasamento, obstrução, trombose, hematomas e deslocamento do cateter. Para tanto, algumas estratégias têm sido feitas para minimização de problemas relacionados ao uso do CVC-TI, como treinamento da equipe envolvida. Ortolani, Gasparino e Traldi (2013) evidenciam a necessidade de pessoal qualificado e do investimento em educação permanente visando a diminuição das ocorrências de complicações. A diminuição das complicações relacionados ao uso do CVC-TI devem ser uma busca constante, pois aumentam a chance de recuperação do paciente e melhoram sua qualidade de vida. Outra complicação comum destacada por Silva e Campos (2009), a obstrução do cateter ocorre, em sua grande maioria, por coágulos que se depositam na extremidade distal do cateter obstruindo seu lumen, mas podem ocorrer também pela precipitação dos produtos utilizados na infusão. Para tanto, são utilizadas técnicas de desobstrução com soro fisiológico a 0,9%, soluções de heparina e até mesmo a streptoquinase. A lavagem constante do cateter e a desativação correta diminuem a incidência dessa complicação. A presença de complicações associadas ao CVC-TI no paciente pediátrico impacta diretamente em seu tratamento, podendo prolongar sua internação, e consequentemente a dependência familiar ao hospital. A criança passa mais tempo internada e não consegue exercer suas atividades cotidianas, como brincar e estudar. Essa situação é oposta à independência proposta pela escolha do CVC-TI. A presente revisão bibliográfica buscou principalmente identificar as principais complicações encontradas na manipulação do cateter totalmente implantado em oncologia pediátrica e discutir acercadas ações de enfermagem para prevenção e resolução das complicações. Ainda há poucas publicações referentes ao tema, indicando a necessidade de maior abordagem ao tema. Verificou-se que a ação rápida e pontual dos problemas encontrados é primordial para a resolução do problema. Percebe-se portanto que, evidenciando as principais complicações e formas de atuação em sua resolução, o enfermeiro pode promover uma assistência de qualidade e permitir que o tratamento transcorra com o menor índice de intercorrências possíveis. Descritores: cateteres de permanência; oncologia; enfermagem pediátrica. Referências bibliográficas: Malagutti W. Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2011. Martins FTM, Carvalho EC. A percepção do paciente referente a ser portador de um cateter de longa permanência. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, 2008; 42. Mutti CF, Paula CC; Souto MD. Assistência à saúde da criança com câncer na produção científica brasileira. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, 2010; 56(1): 71-83 Ortolani L, Gasparino RC, Traldi MC. Complicações Associadas ao Uso de Cateter totalmente Implantável em Crianças e Adolescentes. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(1): 51-56. Silva FS; Campos RG. Complicações com o uso do cateter totalmente implantável em pacientes oncológicos: revisão integrativa. Cogitare Enferm, São Paulo, 2009 Jan/Mar; 14(1):159-64.

13917

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSIANE FILIPIN RANGEL

O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS REINTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS

Rangel, RFR; Sasso, JSS; Gehlen, MHG; Freitas, HMBF; Costenaro, RGSC; Gomes, CAG;

INTRODUÇÃO: A internação hospitalar pediátrica pode causar numeráveis mudanças na vida da criança, dentre as quais pode-se citar a perda de sua identidade, pois, muitas vezes, profissionais de saúde a identificam pelo número do leito que está ocupando, e também pelas rotinas hospitalares, incluindo os horários de sono e repouso, alimentação e recebimento de visitas1. Nesse contexto, os motivos que culminam para a reinternação de uma criança são preocupantes, uma vez que os momentos já vivenciados em uma internação anterior podem ter sido considerados dolorosos, tristes, causando dor física, trauma psicológico, estresse e maiores exigências de acompanhamento de seus pais ou responsáveis, que devem demonstrar segurança para o enfrentamento da doença e hospitalização2. Objetivou-se conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre a reinternação pediátrica. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de caráter qualitativo, realizada em um hospital de médio porte, localizado na cidade de Santa Maria/RS. A população foi composta pela equipe de enfermagem da unidade pediátrica, perfazendo nove sujeitos. Como critérios de inclusão estabeleceram-se: ser funcionário da unidade pediátrica, além de consentir em participar do estudo; tendo sido excluído um profissional que estava de férias. Os dados foram coletados entre os meses de março e abril do ano de 2013, por meio de um questionário aberto com as seguintes questões norteadoras: Você já cuidou de alguma criança que foi internada mais de uma vez? Qual a sua percepção sobre a reinternação de uma criança? Quais os fatores que culminam na reinternação pediátrica? Qual o seu sentimento perante a reinternação pediátrica? Os achados investigados foram analisados, interpretados e organizados sob a forma de temáticas. Na garantia de seus anonimatos, foram utilizados nomes de personagens do Sítio do Pica-Pau Amarelo, obra de Monteiro Lobato, que considera o ser criança como sensível, alegre, singular e particular. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário franciscano - UNIFRA, sob o nº 196.2011.2. RESULTADOS: Reinternação Infantil: As lacunas nos serviços de saúde. A percepção dos sujeitos da pesquisa sobre os motivos das reinternações infantis foram quanto à falta de acompanhamento das crianças nas unidades básicas de saúde (UBs), não consolidação da referência - contra referência por meio da comunicação, de visita domiciliar e participação nos grupos educativos na promoção da saúde da criança. Como se referem: De falta de continuidade do tratamento, da atenção apropriada da atenção básica (Emília); Para a equipe de enfermagem, a reinternação pediátrica expõe a falta de esclarecimento por parte dos profissionais aos pais, tanto sobre a patologia quanto ao acompanhamento e cuidados necessários à criança nesse momento de fragilidade. Acredito que pode ser por falta de conhecimento dos pais, da importância de dar continuidade do tratamento em casa, por não ter conhecimento de como realizar o tratamento, e da gravidade do caso (Iara); Por vários fatores, entre eles, falta de visita domiciliar dos profissionais e o agravante da falta de cuidado e esclarecimento dos pais, sobre a doença (Quindim). Os questionados perceberam a necessidade emergente da efetividade da política da atenção à criança como um direito para o desenvolvimento e crescimento infantil, o que evitaria a hospitalização por cuidados de atenção no cotidiano. Falta de tratamento e cuidados qualificados na (UBS) (Tia Nastácia); Falta de cuidados da unidade básica de Saúde (UBS) (Marquês de Rabicó). Por outro lado, aferiu-se que a negligência profissional também contribui para o desvelar de uma lacuna na efetividade da política de atenção integral à criança, sendo este um motivo para a reinternação pediátrica e um agravante para a exacerbação de sinais e sintomas clínicos de doenças, impossibilitando o bem-estar da criança em seu

contexto. Falta de acompanhamento médico das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Narizinho); Falta de cuidado do médico ou tratamento não eficaz (Dona Benta); Cuidados específicos, negligência médica (Cuca). As percepções da equipe de enfermagem consideram que a negligência profissional compromete o cuidado integral à criança durante o tratamento e leva a não adesão às explicações relacionadas à patologia da criança pelos pais. Salienta-se que os sujeitos da pesquisa consideram ser importante realizar educação sobre a saúde pediátrica, com orientações e esclarecimentos aos familiares, principalmente na alta hospitalar, para que a família possa garantir a continuidade do tratamento e estar segura de que a saúde de seus filhos será preservada. DISCUSSÕES: O motivo da reinternação pediátrica, por mais simples que seja, tende a levar a uma experiência considerada, na maioria das vezes, como negativa, pois o desconforto físico, psíquico, espiritual, e o medo acabam gerando sofrimento3. Mesmo que tenham por finalidade promover o tratamento e a cura da doença, e que talvez seja por pouco tempo, os procedimentos hospitalares representam para a criança caráter doloroso, ameaçador e invasivo, podendo interferir muito no seu desenvolvimento4. A equipe de enfermagem também se sensibiliza com a reinternação pediátrica, percebendo a grande necessidade de um atendimento de qualidade que pode e deve ser oferecido, baseado em relacionamentos de empatia, afetividade e sensibilidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considera-se que a ênfase no cuidar infantil para evitar a reinternação pediátrica, parece refletir a revalorização de uma prática de cuidado integral e com impacto na vida em sociedade, preconizando aspectos da educação sobre saúde no desenvolvimento da criança e apoio à sua família em ambiente hospitalar, em seu domicílio e no cotidiano. CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Acredita-se que o cuidado à criança em situação de internação hospitalar deve ser reforçado e repensado, fazendo parte dessa reconstrução profissionais da enfermagem/saúde proativos, éticos e comprometidos com a qualidade do cuidado a ser prestado no crescimento saudável da criança. Além disso deve ser enfatizado a participação da família no processo de promoção de saúde desta criança, amenizando assim as situações de dor desconforto, medo e insegurança vivenciados pela mesma. REFERÊNCIAS 1. Straub RO. Psicologia da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005. 2. Ribeiro CA, Ângelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. Rev. esc. enferm. USP 2005; 39(4):391-400. 3. Silva, LRA. Utilização do brinquedo terapêutico na prescrição da assistência de enfermagem pediátrica. Texto & contexto enferm 1998; 7(3):96-105. 4. Parcianello AT, Felin R. E agora doutor, aonde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. Barbarói 2008; (28):147-166. Descritores: Hospitalização; Enfermagem Pediátrica; Saúde da Criança.

14117

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSIANE FILIPIN RANGEL

CUIDANDO DA SAÚDE DE CRIANÇAS NO CENÁRIO DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: UMA AÇÃO EXTENSIONISTA MULTIDISCIPLINAR

Rangel, RFR; Costenaro, JSC; Andrade, MPFA; Bertoldo, JVB; Freitas, HMBF;

INTRODUÇÃO- Sabe-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado a partir da Lei 8.080, de 1990, e é considerado um marco na história da saúde no Brasil, especialmente por representar a ampliação do conceito de saúde como "[...] direito de todos e dever do estado"1. Esse é regido pelos princípios organizacionais: equidade, integralidade e universalidade. Esse Sistema direciona para um novo modo de cuidar em saúde, ou seja, o Ser humano passa a ser cuidado na sua integralidade. Contudo, nos diferentes cenários de saúde, ainda é possível perceber o cuidado prestado de uma maneira técnica, em que o contato entre as pessoas é cada vez menor e mais distante. O cuidado técnico pode ser ensinado, mas as outras dimensões, para serem aprendidas, têm de ser sentidas e vivenciadas2. Corroborando3, é importante compreender que a busca por um novo modo de cuidar em saúde, numa perspectiva multidisciplinar, deve ser discutido desde a formação acadêmica. Assim, objetiva-se relatar a vivência em um projeto de extensão de caráter interdisciplinar que visa habilitar e instrumentalizar os serviços beneficiados pelas trocas interinstitucionais, ao proporcionar uma melhoria no atendimento à população mais especificamente do contexto do Setor da Pediatria. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de vivência em um projeto de extensão desenvolvido na imaginoteca de um hospital de médio porte localizado no município de Santa Maria - RS. O referido projeto é intitulado: "Ludicidade em Ambiência Hospitalar - uma estratégia multidisciplinar no cuidado da criança", do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Esse iniciou com os Cursos de Enfermagem e Pedagogia e ao longo do tempo outros tornaram-se parceiros, como: Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Design e Arquitetura. Esta diversidade de áreas consolidou a proposta inicial, por agregar diferentes ?olhares' para a compreensão da promoção de saúde por meio do lúdico e do brincar em âmbito hospitalar. O objetivo central do projeto foi à criação e, atualmente a manutenção, de uma sala lúdica num hospital na cidade de Santa Maria. A sala recebeu o nome de Imaginoteca, amparada pela lei de nº. 11.104, de março de 2005, que regulamenta a necessidade de uma brinquedoteca em ambiência hospitalar para atender as crianças. A vivência ocorreu no primeiro semestre de 2013. RESULTADOS: A partir da vivência, constatou-se a importância de espaços como a Imaginoteca, para a acolhida, recuperação e felicidade das crianças e de suas famílias que ficam no ambiente hospitalar por um longo período. A rotina diária deste ambiente era a seguinte: no primeiro momento verificar a organização da sala, por ser importante receber as crianças em um ambiente organizado, arejado e limpo. Logo após convidar as crianças que estavam internadas na unidade pediátrica para brincar no referido espaço. Percebeu-se o quanto as crianças ficavam felizes e brincavam satisfeitas, interagiam com seus pais ou cuidadores esquecendo por algum tempo que estavam em um ambiente hospitalar. Salienta-se que por ser um projeto interdisciplinar, houve muitos momentos de troca e compartilhamento de saberes, sendo de extrema importância essa vivência na formação acadêmica. Observa-se um crescimento pessoal e profissional dos participantes do projeto, principalmente ao acompanhar a coragem das crianças que estavam internadas, mas que na sala da Imaginoteca conseguiam se transportar ao mundo do faz de conta, ao universo do brincar que é sua linguagem, como se comunicam com o mundo que a cerca. DISCUSSÕES: Entende-se que muitas são as situações em que se faz necessária a hospitalização de uma criança. Esse espaço, por ser um ambiente desconhecido, pode gerar nela vários medos, ocasionando um agravamento do quadro ou danos irreversíveis ao seu crescimento e

desenvolvimento. Sabe-se que por meio da "brincadeira simbólica, ou do faz de conta, como é chamada, o virtual permite justamente essa transposição de papéis, deslocando diametralmente a posição passiva, de quem recebe cuidados, para a ativa, de quem cuida, organiza, delibera"4:28. Assim, as atividades realizadas pela equipe tem o papel de fazer o elo entre o mundo do hospital e o cotidiano da criança, contribuindo para a humanização do atendimento à criança hospitalizada. A discussão interdisciplinar objetiva a qualificação do conhecimento, melhorando a formação acadêmica e pessoal dos envolvidos. O trabalho interdisciplinar é um ponto característico do projeto, consolidando-se a cada encontro e compartilhamento dos diferentes saberes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os acadêmicos e professores surgem nesse ambiente hospitalar com o papel de fazer o elo entre o mundo do hospital e o cotidiano da criança, contribuindo para a construção da autoestima e autocontrole emocional, oportunizando, com isso, a humanização do atendimento à criança hospitalizada. Também, em outras situações, podemos agregar conhecimentos, às competências adquiridas no grupo de estudos, que além de proporcionar leituras teóricas e práticas pertinentes, oferece oficinas lúdicas que respaldam as práxis dos monitores e professores que participam da Imaginoteca. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Considera-se que a vivência em um projeto de extensão interdisciplinar por acadêmicos e professores dos diferentes Cursos de Graduação da UNIFRA, é riquíssima para a qualificação do conhecimento da formação inicial, pois essa interação do grupo permite percebermos a importância do sujeito na sua integralidade e, portanto, singularidade. Ainda, ressalta-se a importância da equipe de enfermagem estimular o brincar pela criança no decorrer do período de hospitalização, pois esse contribuirá positivamente no processo terapêutico. Também, os profissionais de saúde, quando envolvidos, ajudam na inter-relação criança/família, diminuindo os efeitos da hospitalização e de atividades que normalmente fazem, colabora na assistência integral e facilita a aceitação do tratamento, promovendo positiva resposta terapêutica5. Descritores: Pediatria; Pesquisa Interdisciplinar; Saúde da criança; Hospitalização. REFERÊNCIAS 1 Campos GWS. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 2 Waldow VR. O cuidado humano: o resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999. 3 Rangel RF. Cuidado Integral em Saúde: percepção de docentes e discentes de enfermagem. Rio Grande, RS: Universidade Federal do Rio Grande, 2011. 4 Oliveira VB. O Lúdico na realidade hospitalar. In VIEGAS, D. (org). Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização. Rio de Janeiro: Wak, 2007. 5 Ribeiro NRR. A família enfrentando a doença grave da criança. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2004.

14347

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SABRINA DE SOUZA

CUIDADO HUMANO E TECNOLOGIA: PARCEIROS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Souza, S; Cabral, PFA; Rocha, PK;

Introdução: A tecnologia é expressiva, principalmente, em ambientes de cuidados intensivos, entre eles, o pediátrico. A tecnologia, que está ao alcance dos profissionais, transformam não só os ambientes, como também, as ações de cuidado. É preciso pensar nas repercussões de seu uso para a segurança do paciente (Mytton et al, 2010). Objetivo: Conhecer a percepção de enfermeiros sobre o uso da tecnologia para a segurança do paciente. Metodologia: Pesquisa qualitativa, descritiva exploratória, realizada de fevereiro à abril de 2013, em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) no sul do Brasil. Para a coleta de dados utilizou-se entrevista semi-estruturada e para a análise o modo operativo de Minayo (2010). Participaram do estudo 5 enfermeiros. Aprovado pelo Comitê de Ética nº 120.119. Resultados: Emergiram três categorias: contribuição da tecnologia para a segurança do paciente, os enfermeiros afirmaram que a tecnologia é uma parceira para o cuidado, pois em suas diversas manifestações, auxilia no monitoramento e avaliação do estado de saúde do paciente; a tecnologia per si não garante a segurança, evidenciou que é preciso utilizar-se da tecnologia de forma racional, pois ela é dúbia; a tecnologia oferece segurança para o profissional, revelou que por meio da tecnologia, é possível apoiar a tomada de decisões. Conclusões: A tecnologia pode fortalecer a segurança do paciente pediátrico, ao constituir-se como uma ferramenta de apoio ao profissional, contudo, seu uso deve ser adequado e criterioso. Referências: MYTTON, O. T.; GREAVES, F. E. C.; STANTON, E. A. I;; DONALDSON, L. J. What should WHO be doing about patient safety and technology? Qual Saf Health Care, n. 19, v. Suppl 2, p. i44-i47, 2010. MINAYO, M. C. S.. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

14244

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SARA ARIANA MACHADO BOFF SBERZE SENGIK

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM CRIANÇAS

Sengik, SAMBSS; Motta, MGCM; Ribeiro, NRRR; Ribeiro, ACR; Silva, MCS; Poletto, PMBP;

Introdução: A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (aids) apresenta um aumento no mundo inteiro, principalmente pela aquisição sexual e pela transmissão perinatal. Este crescimento ocorre, sobretudo, em mulheres jovens em idade reprodutiva e em crianças, pela transmissão vertical. Porto Alegre/RS/Brasil classifica-se em primeiro lugar entre as cidades brasileiras com maior número de indivíduos notificados por aids1. Nessa perspectiva foi realizado um estudo intitulado ?Transmissão vertical do HIV-1 em crianças residentes em Porto Alegre e fatores associados identificados por meio da vigilância epidemiológica aprimorada', visando à ampliação do conhecimento e contribuição para a temática. Financiado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais e UNODC. Objetivo: Estimar a taxa de transmissão vertical do HIV-1 em crianças residentes em Porto Alegre, no período de maio de 2009 a maio de 2010 e detectar fatores associados. Metodologia: Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa. Apresenta-se a abordagem quantitativa que caracteriza-se como uma coorte prospectiva. A coorte foi formada por todos os recém-nascidos vivos expostos ao HIV no período perinatal, com nascimento nas maternidades localizadas em Porto Alegre e cuja mãe residia neste município até a definição da sorologia para o HIV na criança. Os sujeitos que preencheram os critérios de inclusão foram inseridos no grupo de estudo, durante um período de seis meses. Neste período, a população de pesquisa foi constituída de 125 crianças e o campo foi onze maternidades de Porto Alegre. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas. A análise dos dados quantitativos foi realizada com o auxílio dos programas Epi Info 3.3.2 e SPSS 13.0. Resultados: Foram acompanhadas 125 mães/filhos, até o resultado da sorologia do HIV na criança. Porto Alegre apresenta, em média, 450 casos de gestantes soropositivas por ano e foi constatado que, das 125 crianças expostas à transmissão vertical do HIV-1, quatro crianças (3,2%) foram consideradas soropositivas para o HIV, duas crianças (1,6%) foram a óbito por causa não relacionada ao HIV; 106 crianças (84,8%) tiveram cargas virais indetectáveis para o HIV e em 13 crianças (10,4%) houve perda de seguimento. A idade da mãe das crianças variou entre 16 e 45 anos, sendo a média de 28,1 anos de idade e a maioria das puérperas encontrava-se na faixa etária entre 25 a 29 anos de idade. Quanto à escolaridade, verificou-se que 74 mulheres (59,2%) tinham no máximo sete anos de estudos concluídos e 44 (40,8%) mulheres tinham oito anos ou mais de estudos concluídos. Em relação ao tipo de parto, em 57 gestantes (45,60%) o parto foi por cesariana. Não houve nenhum caso de óbito materno ou natimorto. Os recém-nascidos eram 59 (47,2%) do sexo feminino e 53 (42,4%) do sexo masculino, em 13 casos esse questionamento foi ignorado. Em relação ao conhecimento do diagnóstico da infecção pelo HIV, 86 gestantes (68,8%) sabiam ser soropositivas antes do pré-natal, 33 (26,4%) durante pré-natal e apenas seis casos (4,8%) de gestantes que tiveram conhecimento da sorologia no momento do parto ou pós-parto. Com relação ao pré-natal, 113 gestantes (90,4%) realizaram o pré-natal, dessas 43 gestantes (34,4%) realizaram de seis a oito consultas; 36 gestantes (28,8%), de três a cinco consultas; 25 gestantes (20%), nove ou mais consultas e 21 gestantes (16,8%), de uma a duas consultas. Com relação ao uso de profilaxia com antirretrovirais (ARV) durante a gestação, observa-se que 20 mulheres (16%) não utilizaram. Entre as 105 gestantes que fizeram uso de ARV na gestação, 24 mulheres (19,2%) já utilizavam estes medicamentos para o próprio tratamento ao engravidarem; 10 mulheres (8%) iniciaram até 12° semana da gestação; 20 mulheres (16%) iniciaram entre a 13° e a 17° semanas; 42

mulheres (33,6%) o inicio de ARV ocorreu entre a 18° e a 33° semana; e nove mulheres (7,2%) iniciaram na 34° ou mais semanas de gestação. Sobre o uso de ARV no parto, 104 parturientes (83,2%) fizeram uso de ARV e 121 recém-nascidos (96,8%) iniciaram a profilaxia ARV nas primeiras 24 horas de vida, um recém-nascido (0,8%) iniciou a profilaxia ARV após as primeiras 24 horas de vida e os demais tiveram esse dado ignorado no preenchimento do instrumento. O aleitamento materno não ocorreu em 91 dos casos (72,8%), nos demais esse dado não foi respondido por perda de seguimento ou por ter sido ignorado na entrevista. A profilaxia ARV oral nas crianças teve duração de seis semanas em 84 crianças (67,2%), de três a cinco semanas em seis crianças (4,8%), menos de três semanas em uma criança (0,8%), nos demais esse dado não foi respondido por perda de seguimento ou por ter sido ignorado na entrevista. Conclusões: Os resultados, deste estudo, ocasionaram reflexões referentes aos fatores associados à transmissão vertical, como conhecimento do seu diagnóstico antes do pré-natal e durante o pré-natal. Destaca-se também a realização do pré-natal com as consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde, pois algumas mulheres não realizaram todo o pré-natal, sendo um dos principais fatores que reduzem a transmissão vertical. Entre as gestantes que fizeram uso de ARV na gestação, poucas mulheres já utilizavam estes medicamentos para uso próprio, o que sinaliza que a gestação desencadeou o cuidado do outro, sendo em momentos diferentes que iniciaram o tratamento, algumas de maneira precoce e outras tardiamente. Na maioria dos casos o aleitamento materno não ocorreu, os recém-nascidos iniciaram a profilaxia ARV nas primeiras horas de vida e grande parte das crianças teve profilaxia com ARV oral. Dessa forma, observa-se, que ainda há fragilidades na realização do pré-natal e adesão ao tratamento, pois sabe-se que, atualmente, a utilização de intervenções combinadas, entre elas o uso de antirretrovirais pela gestante durante o pré-natal e o parto e pela criança nas primeiras semanas de vida, cesariana eletiva e substituição do aleitamento materno, é possível diminuir o risco desta transmissão a índices menores que 1%. Nesse contexto, cabe destacar que as intervenções para a profilaxia da transmissão vertical são seguras e estão disponíveis para toda a população. Contribuições para a Enfermagem: A Enfermagem junto a equipe multidisciplinar deve elaborar programas de educação em saúde, na perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar, para mulheres que vivem com HIV/aids. Ainda, reforçar os sistemas de controle das normas técnicas existentes, objetivando a melhor cobertura do pré-natal e detecção precoce da sorologia de HIV em gestantes. A ênfase ao acompanhamento no pré-natal é imprescindível ser estimulado nos serviços de saúde, considerando que o maior número de consultas amplia o fator de prevenção da transmissão vertical. Descritores: HIV. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Criança.

14627

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SILVANA DENOFRE CARVALHO

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM DESNUTRIÇÃO PREGRESSA, NOTIFICADAS NO PERÍODO DE LACTENTE, TODDLER E PRÉ-ESCOLAR

Carvalho, SD; Melo, LL; Beck, ARM; Batista, FA;

Resumo: A Organização Mundial de Saúde (OMS) define desnutrição como "uma gama de condições patológicas com deficiência simultânea de calorias e proteínas, em proporções variáveis, que acomete principalmente crianças de pouca idade e comumente associadas com infecções". Individualmente, a desnutrição energético-protéica (DEP) é a expressão de um processo final de má nutrição celular causado por aumento do consumo de nutrientes (doença) ou por diminuição de sua oferta. Muitas vezes, estes dois processos são concomitantes, estabelecendo-se um círculo vicioso infecção-desnutrição, cuja sequela é o retardo do crescimento e do desenvolvimento (1). O objetivo foi avaliar crescimento e desenvolvimento de um grupo de crianças, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Campinas/SP, com histórico pregresso de desnutrição. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, transversal, com abordagem metodológica quanti-qualitativa (2). Na coleta de dados utilizamos a avaliação do índice de massa corpórea e as tabelas de desenvolvimento segundo Wong (3). Os resultados demonstraram diferenças estatísticas significativas entre os valores médios dos parâmetros: peso, altura e I.M.C., revelando um déficit de crescimento das crianças com desnutrição pregressa, em relação às do grupo controle. Acreditamos que o prejuízo causado pela desnutrição no desenvolvimento infantil torna-se mais evidente na faixa etária escolar e ainda, as crianças não desnutridas, possui maior desenvoltura dentro de sua faixa etária, o que favorece uma transição mais tênue entre as faixas etárias. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. Issler, H.; Leone, C.; Marcondes, E. Pediatria na Atenção Primária.São Paulo, Editora Sarvier, 1999 1ª ed. 2. Minayo, M. C. S.; Deslandes, S.F.; Neto, O. C.; Gomes, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 3. Wong DL. Fundamentos de enfermagem pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsivier; 2006. Palavras-chave: desnutrição infantil, crescimento, desenvolvimento

14401

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SIMONE KONZEN RITTER

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIATRICO ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO COM INDICAÇÃO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA

Ritter, SKR; Maciel, VSM; Ritter, KMT;

Introdução: A ocorrência de acidente vascular encefálico (AVE) em pediatria é considerada rara, com incidência variável, entre dois e oito casos em 100.000 crianças. Na maioria dos casos, o AVE é originado em decorrência de doenças de base como cardiopatias congênitas, anemia falciforme e malformações vasculares. O prognóstico está relacionado à extensão da área cerebral acometida e da doença de base1. Em casos de disfunção neurológica grave, pode estar indicada a inserção de derivação ventricular externa (DVE), em decorrência de insuficiência de drenagem ventricular. A DVE consiste na inserção de um cateter no espaço ventricular cerebral para monitorização da pressão intracraniana (PIC) e concomitante drenagem de líquido cefalaloraquidiano (LCR), com o objetivo de manter a estabilidade da PIC2,3. O sistema de DVE é conectado a um transdutor de pressão integrado que permite a monitorização contínua da PIC. A drenagem de LCR é quantificada em um sistema fechado e o mesmo pode ser coletado sem desconexão do sistema, sob rigorosas condições de assepsia. O suporte do sistema deve ser posicionado distante dos membros do paciente, reduzindo as chances de contaminação por manipulação inadvertida ou desconexão3. As complicações mais comuns desse sistema incluem hemorragia em sítio de inserção, obstrução do cateter, desconexão do sistema e infecção liquórica, com indicadores que variam de 1% a 45%2,3. A falta de manipulação asséptica e o tempo de permanência prolongado do cateter constituem-se os principais fatores de risco para infecção da DVE. A meningite é uma complicação grave, que pode ser prevenida a partir de técnica asséptica, antibioticoprofilaxia, acompanhamento de equipe neurocirúrgica e monitorização liquórica por meio de exames laboratoriais3. O paciente pediátrico com indicação de DVE requer cuidado específico e permanente, a fim de proporcionar assistência qualificada e minimizar complicações clínicas e neurológicas. Objetivos: Relatar o caso de um paciente pediátrico com indicação de derivação ventricular externa, secundária à acidente vascular encefálico, e correlacionar os achados clínicos aos diagnósticos e intervenções de enfermagem pertinentes. Metodologia: Relato de caso e correlação com os diagnósticos de enfermagem do North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)4 e intervenções de enfermagem da Nursing Interventions Classification (NIC)5. Resultados: A.C., quatro anos, feminino, branca, hígida, com crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor compatíveis com a idade. Após sofrer queimadura térmica em sua residência, apresentou paralisação facial, incoordenação ao deambular e cefaleia intensa, sendo encaminhada pela família à emergência pediátrica. Ao exame neurológico, apresentava estupor, abertura ocular condicionada a estímulos dolorosos, paralisação facial parcial, resposta verbal ausente e diminuição significativa da resposta motora, representando sete pontos na escala de Glasgow. Ao exame clínico, foi diagnosticado AVE, confirmado posteriormente por ressonância magnética. A partir da ressonância magnética, foi possível verificar edema cerebral significativo e insuficiência de drenagem ventricular, com acúmulo excessivo de LCR e hipertensão intracraniana. Diante dos achados, A.C. foi submetida a procedimento cirúrgico para inserção de cateter de DVE e acesso venoso central (AVC). Os procedimentos foram bem sucedidos, sem intercorrências, sendo admitida posteriormente em unidade de internação pediátrica. A.C. estava restrita ao leito, desacompanhada, inconsciente, recebendo terapêutica nutricional por sonda nasogástrica e terapêutica medicamentosa em AVC, inserido em veia subclávia direita; o cateter de DVE apresentou drenagem de 12ml de LCR em 24 horas. As inserções do AVC e da DVE apresentavam-se em bom aspecto, sem sinais flogísticos. Ao longo

da internação, a família mostrou-se incapacitada, afastando-se e desprovendo-a de cuidado e apoio familiar, apresentando dificuldade em reconhecer necessidades físicas e emocionais da criança. Essa demanda gerou a necessidade de cuidados de enfermagem de alta dependência, tendo em vista a rede de apoio e suporte familiar comprometidos, concomitante às demandas físicas e emocionais aumentadas da criança. Diagnósticos de enfermagem: Capacidade adaptativa intracraniana diminuída, relacionada à lesão cerebral (AVE), evidenciada por aumento da pressão intracraniana (hipertensão intracraniana); Comunicação verbal prejudicada, relacionada à alteração do sistema nervoso central, evidenciada por resposta verbal ausente; Déficit no autocuidado para alimentação e higiene, relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidade para o autocuidado; Enfrentamento familiar comprometido, relacionado à crise situacional, evidenciado por abandono familiar; Mobilidade no leito prejudicada, relacionada a prejuízo neuromuscular, evidenciada por diminuição da resposta motora; Risco de infecção, relacionado a procedimento invasivo (cateter de DVE e AVC). Intervenções de enfermagem: Monitorar a PIC, a resposta neurológica do paciente às atividades de cuidado e aos estímulos do ambiente; Registrar as verificações da PIC; Monitorar a condição neurológica; Monitorar a quantidade, a frequência e as características da drenagem do líquido cefalorraquidiano; Manter a esterilidade do sistema de monitoramento; Trocar o curativo do local da inserção do dispositivo periodicamente; Monitorar o local da inserção do dispositivo quanto a sinais de infecção ou perda de líquido; Monitorar a simetria facial; Monitorar os sinais vitais; Monitorar a ocorrência de parestesias: entorpecimento e formigamento; Evitar atividades que aumentem a pressão intracraniana; Permitir que o paciente ouça a linguagem falada com frequência, conforme apropriado; Usar palavras simples a cada vez; Evitar falar com tom de voz aumentado com o paciente com distúrbios de comunicação; Encorajar o paciente a repetir as palavras; Levar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado; Manter hábitos de higiene; Monitorar a integridade da pele; Monitorar a capacidade de deglutir; Colocar o paciente em posição confortável para alimentar-se; Monitorar o peso; Monitorar o estado de hidratação; Identificar as capacidades dos membros da família para o envolvimento nos cuidados do paciente; Monitorar o envolvimento dos familiares nos cuidados do paciente; Encorajar o cuidado pelos familiares durante a hospitalização; Conversar sobre os mecanismos existentes de apoio social para a família; Monitorar a vulnerabilidade à infecções; Manter assepsia para o paciente de risco; Orientar a família quanto a maneiras de evitar infecções; Examinar as condições de todas as incisões/feridas cirúrgicas e identificar sinais flogísticos. Contribuições / implicações para a Enfermagem: O cuidado ao paciente pediátrico com disfunção neurológica demanda assistência qualificada, holística e permanente, a fim de promover conforto, controle de funções vitais, suprir demandas físicas e emocionais, minimizar o risco de infecção e de complicações clínicas e neurológicas adjacentes. Torna-se prioritário o cuidado baseado em evidências científicas e intervenções interdisciplinares, a fim de assegurar integralidade e qualidade na assistência ao paciente pediátrico em uso de derivação ventricular externa. Além disso, a presença da família e o cuidado proveniente de seus membros mostram-se fundamentais na recuperação do paciente pediatrico com disfunção neurológica, atuando como instrumento facilitador do cuidado. Referências: 1Mekitarian Filho E, Carvalho WB. Acidentes vasculares encefálicos em pediatria. Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro. 2009; 85(6): 469-479. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v85n6/v85n6a02.pdf 2Camacho EF. Avaliação do impacto da implantação de rotina de cuidados com cateter de drenagem ventricular externa em uma unidade de terapia intensiva neurológica [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 125p. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5134/tde-26052011-115512/pt-br.php 3Larsen IC. Avaliação dos fatores de risco para infecção liquórica na drenagem ventricular externa [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008. 95p. Disponível em: http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/20537/itamar.pdf?sequence=1 4North american nursing diagnosis association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009. 456p. 5Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Porto Alegre: Artmed; 2008. 988p. Descritores: Acidente vascular cerebral, cuidados de enfermagem, enfermagem pediátrica.

14313

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SIMONE VARGAS DIAS

CUIDADOS ASSITENCIAIS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES SENSIBILIZADOS AO LÁTEX EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA.

Dias, SVD; Pacheco, PSP; Paiva, MCP; Rippel, SRR; Cvirkun, SMC;

A sistematização da assistência de enfermagem ao paciente sensibilizado ao látex é um dos meios de conhecimentos técnicos e científicos, que visa diminuir os riscos de acidentes alérgicos durante o período de internação. Alergia ao látex pode ser manifestada através de eczema, urticária, rinite, conjuntivite, angioedema, asma e até choque anafilático. Tendo também seu início de ação lenta pelo tempo de contato entre superfícies internas, trato respiratório, bem como sinusite secundária. Entretanto incluem-se pacientes com meningomielocele, cirurgias ortopédicas por problemas congênitos, paralisia cerebral, anomalias geniturinárias e pacientes submetidos à vários procedimentos cirúrgicos. No entanto, aproximadamente 8% da população incluindo crianças são alérgicas ao contato e exposição ao látex, tornando-se vulneráveis. A partir deste conhecimento se obteve algumas medidas de precaução como: não utilizar luvas de látex, balões, rotular os produtos de látex natural, orientar os cuidados ao paciente/familiar/cuidador e o profissional deve ter o conhecimento quanto ao material e equipamento. Também se sabe que algumas frutas podem causar hipersensibilidades quando associadas às proteínas do látex, como a banana, abacate, pêra, kiwi, morango, batata e castanha dentre outros. Isto se dá pelo fato que os antígenos presentes neste material têm alguma associação às substâncias existentes em certos alimentos. Aproximadamente 50% dos produtos hospitalares contêm látex, a melhor maneira de evitar os riscos ao paciente é conscientizando e capacitando a equipe multidisciplinar quanto à importância de evitar a exposição ao látex. A necessidade do enfermeiro de diagnosticar precocemente o paciente alérgico ao látex, evita o risco de sensibilização e suas complicações transmitindo uma qualidade assistencial segura. Descritores: complexo antígeno-anticorpo, hipersensibilidade ao látex, látex. Sá AB; Mallozi MC; Solé D. Alergia ao Látex Atualização. Rev.Bras.Alerg.Imunopatol.2011 jan 12; 33(5): 173-183. Alergia ao Látex. AL. Rev. Bras. Anestesiol.2003 set-out;53(5): 555-559.

14178

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SIMONE VARGAS DIAS

O CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) E SUA PROGRESSÃO EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE PORTO ALEGRE

Dias, SVD; Cabral, JC; Stangler, MIS; Briskiewski, CB; Cvirkun, SMC;

O CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) E SUA PROGRESSÃO EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE PORTO ALEGRE Introdução: O cateter central de inserção periférica (PICC) vem sendo utilizado como alternativa estável e eficaz para crianças. Conforme a Resolução nº 258/2001, o Conselho Federal de Enfermagem determina ser lícita ao Enfermeiro capacitado a inserção do PICC. Seus objetivos são diminuir ou eliminar os traumas relacionados com a punção venosa, oferecer segurança ao paciente, reduzir múltiplas venopunções e a comodidade de poder ser introduzido à beira do leito. Atualmente, são utilizadas duas técnicas de inserção: Excalibur e Seldinguer, cuja vantagem se sobrepõe em crianças de difícil acesso, devido ao uso do ultrassom que visualiza veias mais profundas. Objetivo: Apresentar os dados que representam a evolução da assistência de enfermagem quanto à inserção do PICC, após a utilização da técnica de Seldinguer. Método: Quantificar o número de inserções do PICC, desde 2007 até agosto/2013 no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). Resultados: Os enfermeiros capacitados para o PICC protocolaram em 2007 apenas uma inserção, em 2011, foram 24 pela técnica de excalibur e 01 seldinguer. Com o avanço da técnica de Seldinguer atingimos em 2012, 20 por esta técnica e 08, por excalibur. Até agosto/2013, já atingimos, 27 com técnica de seldinguer contra 3, do excalibur, o que qualifica ainda mais a assistência ao paciente. Conclusão: Com a capacitação da nova técnica de inserção, observamos um aumento significativo no número de punções com o PICC. Isso mostra um maior envolvimento por parte dos enfermeiros capacitados, qualificando a assim, a assistência. Contribuições: Qualificar a assistência ao paciente e estimular outros enfermeiros a utilizar a técnica de Seldinguer. Descritores: cateteres, criança BAIOCCO, G. G. O Cateter Central de Inserção Periférica: CCIP na Prática de Enfermagem. Porto Alegre: Moriá, 2012.

14283

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SUELLEN DOS SANTOS SILVA

IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE TOQUE REALIZADO POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS INTERNADAS

Silva, SS; Lima, NCF; Santanna, FL; Brondani, KJM; Sorgi, GMF;

Introdução: O tocar constitui-se uma das maneiras fundamentais de comunicação, visto que é um poderoso meio de aproximar relacionamentos. O toque estimula o desenvolvimento adequado da criança, além de favorecer bom ganho ponderal e estimular a imunidade(1). Entretanto, no ambiente hospitalar, a criança pode vivenciar o toque de forma negativa, pois este está frequentemente vinculado a procedimentos invasivos(2). De acordo com os cuidados prestados, pode-se classificar o toque como instrumental, realizado em cuidados técnicos; e expressivo, que oferece afeto ao paciente(3). Objetivo: Identificar os tipos de toque realizado pelos técnicos de enfermagem, seguindo a classificação: toque instrumental, expressivo e instrumental-expressivo. Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo descritivo. Os dados foram coletados na Unidade de Internação Pediátrica e no Pronto Socorro Pediátrico de um hospital universitário, no período de junho a outubro de 2011 e de junho a agosto de 2013. A amostra constituiu-se de 29 crianças e os profissionais responsáveis pelos seus cuidados no dia da pesquisa. Resultados: Observou-se que 74,6% dos toques realizados foram do tipo instrumental-expressivo, 16,9%, do tipo instrumental e apenas 8,5%, do tipo expressivo. Conclusão: Considera-se que a prevalência do toque tipo instrumental-expressivo demonstra um bom resultado, contudo, observa-se que o toque ainda é restrito a momentos de procedimentos técnicos. Contribuições para enfermagem: Averígua-se a necessidade de despertar a equipe de enfermagem para utilizar o toque como ferramenta para oferecer um atendimento mais humanizado à criança. Descritores: Cuidados de Enfermagem. Criança. Referências: Montagu, A. Tocar: o significado humano de pele. São Paulo: Summus, 1998. Pereira CM, Pereira LS. O toque em crianças com câncer durante uma sessão de quimioterapia. CienteFico. 2002; 1 (2): 1-4. Dias AB et al. O toque afetivo na visão do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008; 61 (5): 603-7.

14310

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SUELLEN DOS SANTOS SILVA

A FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DE CRIANÇAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Silva, SS; Neris, BD; Santanna, FL; Rocha, EL; Brondani, KJM;

Introdução: Lidar com a morte é e sempre foi sempre uma grande dificuldade para os profissionais de saúde(1). Neste momento, os profissionais exibem sentimentos de fraqueza e impotência frente a enfermidades que não reagem aos tratamentos curativos, apesar de tecnologias de saúde tão avançadas(2). Quando o paciente em processo de terminalidade é uma criança, tais sentimentos de fragilidade são ainda mais evidenciados, visto que a criança representa a continuação de um ciclo, um ser que deveria estar iniciando sua vida(1,3). O papel dos enfermeiros, assim como de toda a equipe multidisciplinar, é de oferecer uma assistência planejada e individual, a fim de proporcionar uma morte digna à criança e apoio à família(2). Entretanto, a formação acadêmica desses profissionais sobre cuidados paliativos ainda é ineficaz, sendo este abordado de forma fragmentada em poucos períodos. Isso resulta em profissionais que apresentam dificuldades em encarar o processo de morte e lidar com as famílias de crianças fora de recursos terapêuticos de cura, desfavorecendo, assim, uma prática de assistência holística(4). Objetivo: Desvelar qual a formação acadêmica de enfermeiros para atuar junto a crianças sem prognóstico de cura em uma unidade de internação e unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital-escola. Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, a qual visa responder questões da vida humana, correspondendo a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos, a partir da percepção, descrição e compreensão dos fenômenos para avaliá-lo da melhor forma possível(5). O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário de Londrina (HUL), ambas atendem pacientes de zero a 12 anos incompletos. A Unidade de Internação Pediátrica dispõe 27 leitos divididos em oito enfermarias. A UTIP possui cinco leitos clínico-cirúrgicos destinados a atendimentos de alta complexidade.Os sujeitos desta pesquisa foram oito enfermeiras que atuam na Pediatria e UTIP do HUL que aceitassem participar da pesquisa, sendo cinco residentes. Todas as participantes aceitaram participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta dos dados foi realizada por meio de um instrumento de caracterização das participantes com as seguintes questões: idade, estado civil, titulação, tempo de profissão e tempo de atuação na pediatria. Posteriormente foi realizada a questão: "Você acredita ter tido uma formação acadêmica para a atuar junto a pacientes terminais? Em qual nível de formação, graduação ou pós-graduação?". As entrevistas foram realizadas no local de atuação profissional dos sujeitos, durante o mês de maio de 2012, somente após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP/UEL) - CAAE nº 0298.0.268.000-11. As mesmas foram gravadas em mídia digital, com duração media de sete minutos cada. As entrevistas foram transcritas na íntegra, utilizando pseudônimos de flores a fim de que os sujeitos permanecessem anônimos. Realizou-se correções de vícios de linguagem, as quais não implicaram em alteração do significado das frases.O término da coleta de dados foi definido pelo método de exaustão. Os princípios éticos que nortearam a pesquisa estão descritos na resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Resultados: As entrevistadas eram predominantemente solteiras, com faixa etária de 21 a 48 anos, sendo a média de idade de 30 anos. Cinco estão cursando a residência de Enfermagem em Saúde da Criança, duas são enfermeiras da UTIP e uma enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica. O tempo de trabalho atuando na pediatria variou de três meses a 12 anos.Quando questionadas sobre a formação

acadêmica para atuar junto a pacientes sem prognóstico de cura, as entrevistadas relataram que a realidade vivenciada na profissão difere do que é idealizado durante a graduação, o que dificulta a prática do cuidado paliativo nos serviços: "(...) eu acho que a gente tem preparo, mas quando vivência é diferente. (...) teoria eu acredito que a gente teve, pelo menos na enfermagem a gente sabe o que é, quais os princípios e os preceitos, o que deve ser feito, mas quando chega no setor, você se depara com aquilo, é muito diferente" - Violeta."(...) geralmente a formação acadêmica é uma formação básica para introduzir a gente no processo de trabalho, mas as experiências vividas são diferentes. (...) eu tive uma formação básica, mas a gente como aluno não tem muita noção do que seja." - Margarida. A realização de cursos de pós-graduação foi mencionada como um instrumento para melhor compreensão sobre a terminalidade, visto que estes proporcionam um aprofundamento e reflexão sobre o processo de morte, suprindo as lacunas sobre o tema que não foram preenchidas durante a graduação: "(...) eu fiz uma especialização há muito tempo atrás, em pacientes terminais, eu acho importante. (...) a gente tem muito medo de morrer, então quer fugir daquele que esta morrendo, não quer ficar nesse lugar, porque acho que a gente não se resolveu ainda. Então, acho importante saber muito mais, porque a gente consegue fazer uma assistência melhor. E até acaba com os medos."- Rosa. Conclusão: Conclui-se que a atuação da enfermagem nos cuidados paliativos prestados à criança é de grande relevância, visto os profissionais são fundamentais para que o paciente receba uma atenção humanizada, a qual envolve mais do que o alívio da dor e o controle dos sintomas. Entretanto, observa-se que os cursos de graduação ainda abordam o tema de maneira simplista e superficial, não oferecendo um suporte adequado para que os enfermeiros desenvolvam uma assistência pautada na integralidade durante um momento este momento tão delicado. Nota-se a necessidade de apresentar oportunidades que estimulem os enfermeiros a refletir, discutir, compreender melhor o processo de morrer e o seu papel frente às crianças que o vivenciam.Contribuições para enfermagem: É proposto que as instituições de ensino de enfermagem reestruturem seus planos curriculares, de forma a garantir a estes profissionais uma melhor formação e apoio para lidar com a abordagem da criança em cuidados paliativos. Descritores: Cuidados paliativos. Cuidados em enfermagem. Criança. 1 Bifulco, VA; Iochidal, LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. RevBras Educação Médica, 2009, 33(1):92-100. 2 Araújo, DF; Barbosa, MH; Zuffi, FB; Lemos, RCA. Cuidados paliativos: percepção dos enfermeiros do hospital das clinicas de Uberaba-MG. Ciência, Cuidado e Saúde. 2010 out-dez; 9(4):690-96. 3 Avanci, BS; Carolindo, FM; Góes, FGB; Netto, NPC. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm., 2009 out-dez; 13(4):708-16. 4 Alexandre, C; Lanzarin, C; Piccolo, STR; Brasileiro, ME. Morte e Morrer: Percepções de Enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [online]. 2009 jan-jul; 1(1):1-16. 5 Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. Hucitec: São Paulo; 2010.

14456

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SUHAILA HOFFMANN RAHIM

DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM LACTENTES DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rahim, SH; Martins, RCS; Gabatz, RIB;

Introdução: O leite materno é uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos da criança em seu primeiro ano de vida1. Objetivo: Determinar o tempo de aleitamento materno em crianças menores de um ano. Metodologia: Estudo retrospectivo, descritivo e observacional, abrangendo 88 crianças de 0 a 12 meses atendidas em 2010, em uma Unidade de Atenção Primária do sul do Brasil. A coleta dos dados deu-se por análise documental, através dos prontuários dos pacientes. Resultados: Os resultados apontaram que apenas 31,8% chegaram ao 6º mês de vida em aleitamento materno exclusivo (AMEX), 43,2% estavam em AMEX aos quatro meses de vida e 28,4% em aleitamento materno complementado com fórmula infantil ou leite de vaca, 12,5% era alimentada com fórmula infantil e em 1,1% estava em aleitamento materno e alimentação variada e para 4,5% delas apenas alimentação variada. Em 10,2% dos casos não havia registro. Discussão: Os dados apresentados corroboram com outros estudos, comprovando que o tempo de AMEX está aquém do recomendado1,2. Conclusão: Observa-se a necessidade de desenvolver estratégias, sobretudo na atenção primária para aumentar o tempo de duração do AMEX. Contribuições para a enfermagem: Alertar as equipes de saúde sobre o desmame precoce e a importância da atuação da Atenção Primária no incentivo ao aleitamento materno. Descritores: Aleitamento Materno - Atenção Primária à Saúde - Criança. REFERÊNCIAS: 1. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 2.CAMINHA MFC, FILHO MB, SERVA VB, ARRUDA IKG, FIGUEROA JN, LIRA PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. Rev Saúde Pública [internet] 2010 [acesso em 2013 set 06]; 44(2): 240-248. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200003

14667

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SUZANA BITTENCOURT DE OLIVEIRA

O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES LÚDICAS COM CRIANÇAS INTERNADAS ? UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Oliveira, SBO; Peixoto, SMP; Souza, NTS; Santos, LMS;

INTRODUÇÃO: A hospitalização é considerada como uma experiência desagradável para qualquer pessoa, em especial quando se refere a uma criança, que vivencia essa experiência sem que lhe caiba o poder de iniciativas e decisões e isso reflete no seu comportamento durante a permanência no hospital. Uma das alternativas encontradas para esclarecer à criança as mudanças vivenciadas por ela em decorrência da hospitalização é a utilização do lúdico, que pode aliviar medos e ansiedades, por intermédio de brincadeiras, já que quando brinca, a criança exterioriza medos, angústias e problemas interiores1. A humanização do cuidado ao paciente vai além da execução de técnicas e procedimentos, e em se tratando de crianças, a busca pela utilização de artifícios para a realização de um cuidado humanizado e integral é extremamente importante. A aplicação de recursos lúdicos no ambiente hospitalar é vista como uma estratégia no processo de adaptação da criança nesse novo espaço e, assim, o brincar surge como uma possibilidade de tornar mais fácil a hospitalização dessa criança e também favorece o reestabelecimento de sua saúde. OBJETIVO: Relatar as experiências vivenciadas na prática acadêmica da disciplina "Enfermagem na Saúde da mulher, criança e adolescente II" no curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana sobre a importância da utilização da ludicidade como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas, descrever as principais atividades realizadas durante o período de vivência em um hospital especializado e a importância dessa experiência na orientação da nossa vida acadêmica e profissional, visando a formação de profissionais que exerçam uma prática de enfermagem mais humanizada. METODOLOGIA: Trata-se de um Relato de Experiência sobre a vivência de estudantes do 9º semestre de enfermagem no desenvolvimento de atividades lúdicas com crianças internadas em um hospital público estadual, referência no atendimento pediátrico da região, realizado no segundo semestre de 2011 durante a prática do componente curricular "Enfermagem na Saúde da mulher, criança e adolescente II" do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana. Durante a prática, foi escolhido um momento específico para a realização das atividades lúdicas com todos os pacientes internados na clínica cirúrgica da instituição em questão, sendo que essas atividades foram realizadas mediante prévia aceitação dos próprios pacientes e dos seus acompanhantes, e tinham como objetivo minimizar os traumas da hospitalização e/ou doença, proporcionando alegria às crianças e a seus acompanhantes e fornecer subsídios aos profissionais de saúde no atendimento infantil. As discentes se caracterizaram com roupas, acessórios e maquiagem, que facilitavam uma aproximação com a criança, utilizando-se os seguintes brinquedos: bonecas, bolas, nariz de palhaço, material hospitalar de brinquedo (termômetro, seringas, estetoscópio), papel, lápis de cor, dentre outros. Após a sua aceitação iniciamos a abordagem, cantando músicas infantis, brincando e conversando tanto com as crianças como com seus acompanhantes. RESULTADOS: A partir da observação do comportamento das crianças, foi possível identificar o desconforto sentido pelo fato de estarem em um lugar desconhecido, em contato com pessoas estranhas, procedimentos dolorosos, dentre outras situações adversas, que acabam por desenvolver na criança certa ansiedade e insegurança. A utilização da ludicidade revelou-se como um recurso humanizado capaz de auxiliar o profissional de saúde no seu processo de trabalho, além de facilitar a sua interação com a criança, e em relação à criança, ajudando-a a enfrentar as experiências estressantes e a exteriorizar sentimentos e conflitos vivenciados, como o afastamento da escola, familiares e amigos.

Nesse contexto, a utilização do brinquedo pode proporcionar à criança hospitalizada um distanciamento da realidade vivenciada, redução da tensão, subsídios para apropriação de novos conhecimentos, a compreensão do que acontece no hospital e esclarecer possíveis conceitos equivocados2. Nessa perspectiva constatamos que esse momento foi extremamente proveitoso para todos os sujeitos envolvidos (discentes, crianças, familiares e profissionais). Pudemos evidenciar nas falas e comportamentos das próprias crianças as reações positivas e os benefícios proporcionados pela atividade através também do desejo de que esta atividade fosse realizada numa maior frequência. CONCLUSÃO: O atendimento lúdico terapêutico é um direito garantido por uma resolução da Assembleia Geral do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Resolução nº 41 de 1995), que alega ser direito da criança desfrutar de alguma forma de recreação e/ou programas de educação para a saúde durante a permanência hospitalar. Mas apesar do reconhecimento da importância e necessidade desse atendimento, o que se observa na prática é que poucas instituições se comprometem a atender essa demanda. O estudo desenvolvido nos permite considerar que apesar de o lúdico ser intrínseco a toda criança, possibilitando mudanças de comportamento diante da hospitalização, interação com outras crianças e capacidade de enfrentar o internamento de forma mais positiva, os seus benefícios alcançam, também, acompanhantes e profissionais, permitindo melhorias na qualidade e humanização da assistência. Assim, podemos afirmar então que a brincadeira no contexto hospitalar possui ao mesmo tempo função recreativa e terapêutica, e que no ato de brincar, a criança passa a controlar, de forma imaginária, o novo ambiente e as situações dolorosas enfrentadas3. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Durante a permanência no hospital a criança enfrenta uma série de dificuldades, como algumas experiências dolorosas, portanto, o apoio daqueles que promovem a sua assistência, em especial o enfermeiro, é essencial para o sucesso de seu tratamento e adaptação, assim como a criação de vínculos, que contribuem no seu internamento. Assim, é necessário o envolvimento do enfermeiro no processo terapêutico para que possa haver um ambiente favorável na recuperação e tratamento dessa criança, minimizando a hostilidade vivenciada por ela e seus familiares e estabelecendo a criação de vínculos. "Portanto, sendo o cuidado a essência da Enfermagem, cabe a nós cuidadores, estar abertos para uma interação com o outro, com intuito de resgatar o cuidado integral, inserindo ao saberes científicos o respeito, carinho, criatividade, lúdico e o ético"4. REFERÊNCIAS: 1Frota MA, Gurgel AA, Pinheiro MCD, Martins MC, Tavares TANR. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. Cogitare Enferm 2007 jan/mar; 12(1):69-75 2Martins MR, Ribeiro CA, Borba RIH, Silva CV. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. Rev Latino-am Enferm 2001; 9(2):76-85. 3Bersch AAS, Yunes MAM. O brincar e as crianças hospitalizadas: contribuições da abordagem ecológica. Ambiente & educação 2008; (13). 4Ravelli APX, Motta MGC. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm 2005 set-out; 58(5):611-3.

14022

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SUZIANE DOS SANTOS MACHADO DA SILVA

IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA NA INFÂNCIA: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

Silva, SSM; Batista, IA; Lindolfo, LR; Antunes, REF;

Introdução A imunodeficiência primária (IDP) resulta de uma falha genética inata na função imune, em um ou mais dos componentes imunológicos, geralmente hereditária e que abrange uma série de síndromes que tornam o indivíduo altamente susceptível a repetidos episódios infecciosos que, se não tratados, podem levar ao óbito. Atualmente há mais de 150 modalidades de IDP descritas; as apresentações mais comuns incluem1 defeitos da função linfocitária - imunodeficiência humoral ou de linfócitos B, defeitos da imunidade celular ou linfócitos T e deficiência combinada das células B e T-, defeitos dos fagócitos e deficiências do sistema complemento. Destas, a categoria mais incidente refere-se aos defeitos linfocitários relacionados à imunodeficiência humoral. A enfermagem, no tratamento pediátrico, deve estabelecer um relacionamento terapêutico com a criança e seus cuidadores, visando garantir a adesão ao tratamento e eficácia das medidas implementadas. Neste contexto destaca-se o papel do enfermeiro, como agente educador do paciente e de seu cuidador, relatando medidas para a diminuição do risco de infecção, atentando para os sinais e sintomas da instalação de uma infecção, orientando quanto às possibilidades do tratamento e quanto à importância de compreendê-lo como um novo estilo de vida a ser seguido. Objetivos Contextualizar a Imunodeficiência Primária, com ênfase na infância; relatar algumas contribuições do enfermeiro, como agente educador em saúde, para a promoção do cuidado centrado na família. Método: Estudo exploratório-descritivo, de modalidade bibliográfica e abordagem qualitativa, resultante do levantamento e análise de artigos de periódicos nacionais com temática pertinente ao estudo, através de busca na biblioteca virtual em saúde, bem como livros publicados no período de 2007 a 2013. Constatado déficit de publicações nacionais, acerca da temática deste estudo, por profissionais enfermeiros. Resultados: A Imunodeficiência primária (IDP) é uma condição clínica crônica, caracterizada por distúrbios quantitativos e/ou qualitativos relacionados à composição, funcionamento e/ou desenvolvimento de um ou mais componentes do sistema imunológico2,3. Na maioria dos casos apresenta origem genética e hereditária, comumente relacionada à herança autossômica ligada ao cromossomo X; atinge predominantemente o sexo masculino e indivíduos com histórico familiar de consanguinidade4. Em decorrência do déficit imunológico, as crianças acometidas pelas IDP são extremamente susceptíveis a infecções recorrentes e de gravidade variável, autoimunidade e câncer; o surgimento destas manifestações geralmente é associado à imaturidade do sistema imunológico adaptativo, natural da infância, resultando no subdiagnóstico de IDP ou diagnóstico e intervenções tardias, predominantemente na adolescência. Comumente, as infecções são desencadeadas1 por microorganismos específicos ou germes de baixa virulência, desenvolvendo infecções graves ou quadros infecciosos de curso prolongado; a localização corporal das infecções, bem como tipo de patógeno desencadeador, podem sugerir a natureza do distúrbio imunológico. Apesar de ser uma patologia considerada rara e de prevalência desconhecida2, sua incidência estimada3,2 é de 1:2000 a 10.000 nascimentos, dado que confere às IDP importância epidemiológica2 equivalente à fenilcetonúria (1:14000), ao hipotireoidismo congênito (1:5000), à leucemia elinfomas3, e maior que a fibrose cística. Devido à dificuldade em seu diagnóstico, é importante que os enfermeiros, enquanto participantes no processo de investigação diagnóstica, estejam atentos aos sinais de alerta sugestivos de IDP. Com o objetivo de facilitar o reconhecimento desses sinais, a fundação Jeffrey Modell, em 1996, publicou os Dez sinais de alerta para ID. Segundo a fundação, a presença de um ou mais sinais

torna obrigatória a investigação laboratorial para IDP. Adaptados ao nosso meio, pelo Grupo Brasileiro de Imunodeficiência, foram definidos os seguintes alertas4: Duas ou mais pneumonias no último ano; quatro ou mais novas otites no último ano; estomatites de repetição ou monilíase por mais de dois meses; abscessos de repetição ou ectima; um episódio de infecção sistêmica grave; infecções intestinais de repetição/diarreia crônica; asma grave, doença do colágeno ou doença autoimune; efeito adverso ao BCG e/ou infecção por micobactéria; fenótipo clínico sugestivo de síndrome associada à imunodeficiência; história familiar de imunodeficiência. O tratamento medicamentoso1 para as IDP é individualizado, considerando a função/estrutura imunológica afetada em cada portador; dentre as principais abordagens incluem-se: antibioticoterapia profilática, imunoglobulina intravenosa, terapia antimicrobiana, transplante de células-tronco hematopoéticas e esplenectomia. O transplante de medula óssea (TMO) representa a única possibilidade de cura para as IDP; entretanto, devido aos riscos advindos da sua realização, é recomendado apenas em modalidades agressivas da doença, quando o TMO seja a última possibilidade de garantir a vida à criança. As infecções constantes, muitas vezes irão requerer hospitalização, rompendo a rotina diária da família e afastando a criança do seu habitat e atividades. O enfrentamento da condição de imunodeficiente na infância começa cedo, e a cronicidade5 é uma condição que expõe a criança a diversos questionamentos; esses aspectos devem ser discutidos abertamente com a criança, conforme a sua capacidade de discernimento. O conhecimento acerca da doença é instrumento para a família estar preparada e amparada para receber as demandas da criança; diante disso, a importância do estabelecimento de um relacionamento terapêutico é evidentemente inquestionável. Contribuições para a enfermagem A IDP ainda representa uma lacuna de conhecimento para muitos profissionais de enfermagem. Esperamos que a abordagem desta temática, além de familiarizar a categoria com o tema, contribua para a fundamentação da prática clínica destinada a esta clientela, auxiliando o enfermeiro na investigação, planejamento e execução de ações de cuidado. Não obstante, este estudo poderá suscitar discussões acadêmicas e produções científicas de enfermagem sobre o tema, ampliando o conhecimento técnico-científico da categoria. Conclusão A despeito dos avanços obtidos na área da saúde nos últimos anos, o diagnóstico e tratamento das IDPs ainda representam um grande desafio. A vulnerabilidade a infecções acaba por interferir direta e indiretamente na qualidade de vida das crianças acometidas por essa patologia, tanto em âmbito social quanto da saúde. Considerando a fisiopatologia das IDP bem como as medidas para diminuição do risco de infecções, é importante que o enfermeiro insira o paciente e a família como agentes proativos e parceiros no tratamento; esta medida constitui chave para um prognóstico favorável. Além disto, com as novas premissas de humanização, da participação do autocuidado e da inclusão da família no processo de cura, há a necessidade de estender esse cuidado também ao domicílio, conhecendo, educando e amparando a família. Descritores: Imunidade. Enfermagem. Criança. Referências

1. Kanegae MPP, Santos AMN, Cavalcanti CM, et.al. Triagem neonatal para imunodeficiência combinada grave. Rev. bras. alerg. imunopatol. 2011; 34(1): 7-11. 2. Santos JS, Pereira Junior GA, Bliacheriene AC, Forster AC. Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 3. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. BRUNNER & SUDDARTH: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 4. Silva AR, Sarinho E, Vieira SE. Imunodeficiências Primárias: diagnóstico. Disponível em: http://zip.net/bpkMh4. Acesso em: 05/05/2013. 5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1ª ed. OPAS- Brasil, 2012.

14212

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SUZY GROEGER LAPA

A INTERNALIZAÇÃO DO CUIDADO ATRAVÉS DO DESENHO: PERSPECTIVA DO ESCOLAR HOSPITALIZADO

Lapa, SG; Oliveira, ICS;

A doença e a hospitalização modificam a rotina da criança e podem causar sensações de dor, desconforto e mal estar. A hospitalização obriga a criança a abandonar sua casa, escola, amigos e familiares para conviver com pessoas estranhas, em um lugar cuja rotina é diferente daquela a que está acostumada. Objetivos: descrever os signos e instrumentos presentes nos cuidados relatados pelo escolar; analisar o processo de internalização do cuidado pelo escolar durante a hospitalização; discutir as implicações da internalização do cuidado prestado ao escolar para a prática assistencial de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa à luz da teoria de Vigotski1. O cenário foi uma unidade de internação pediátrica, e os sujeitos foram cinco escolares. Para a coleta de dados utilizou-se o desenho com relato dos mesmos. Na análise temática2, evidenciou-se que os escolares internalizaram as atribuições das equipes médica e de enfermagem. Quanto às atribuições da equipe de enfermagem, os escolares mencionaram a infusão venosa, a punção venosa e o banho. Em relação ao ambiente hospitalar, os escolares descreveram a estrutura física do hospital, o mobiliário, os materiais de consumo e permanentes. Conclui-se que nos relatos foram identificados os signos e instrumentos mediadores do cuidado. Conhecer o ponto de vista das crianças poderá ajudar os profissionais a repensarem sua prática assistencial e a estabelecerem estratégias a fim de aprimorar o cuidado prestado durante a hospitalização. Contribuições para a Enfermagem: O estudo contribuirá para a reflexão crítica da equipe de enfermagem acerca dos eventos que envolvem a hospitalização infantil, apresentando um novo olhar sobre o cuidado de enfermagem. Referências: 1.Vigotski LS. A formação social da mente. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

13889

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TAINÁ PESSANHA DE SOUZA

A ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL À CRIANÇA PORTADORA DE DIABETES MELLITUS: A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Souza, TP; Ramos, LDC; Santos, EFL; Correia, MR;

O Diabetes Mellitus tipo 1 é uma doença crônica de importância mundial, considerada um problema de saúde pública e responsável pela morbi-mortalidade de grande parte da população. Em crianças e adolescentes, este tipo tem crescido 3% ao ano, aumentando para 5% entre crianças em fase pré-escolar, o que eleva a incidência de doenças cardiovasculares e complicações diversas. Objetivo: relatar a experiência de residentes na assistência ambulatorial a criança portadora de Diabetes Mellitus 1. Metodologia: este estudo tem caráter descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido no ambulatório multiprofissional de Diabetes de um hospital universitário pediátrico. Resultados: O atendimento multiprofissional no ambulatório tem sempre a participação de enfermeiros, nutricionistas, endocrinologistas. A consulta de Enfermagem ocorre no pressuposto do cuidado centrado na família, desenvolvendo treinamentos relativos aos cuidados demandados. Na consulta de primeira vez, criança e família são orientados quanto a patologia explicando em conversa individualizada e informal as intercorrências, bem como intervenções para correção; administração e armazenamento de insulina; aferição da glicemia; estimulo a atividade física regrada; alimentação adequada. O diálogo estabelecido permite que o enfermeiro reconheça nas dúvidas e relatos do cotidiano se o cuidado está sendo efetivo, podendo intervir nos pontos críticos. Contribuições: Este modelo de assistência contribui para o cuidado a criança a fim de prevenir complicações decorrentes da patologia, sendo a atuação do enfermeiro fundamental para isto. Conclusão: Somente é possível o sucesso da equipe multiprofissional na terapêutica adotada quando a família está inserida, com voz ativa, participante das ações numa relação de confiança entre os evolvidos em prol da qualidade de vida da criança. Descritores: Diabetes Mellitus tipo 1; Enfermagem pediátrica; consulta de enfermagem Zanetti ML, Mendes IAC, Ribeiro KP. O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticas tipo 1. Rev Latino-am Enfermagem 2001 jul-ago; 9(4):32-6

14015

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TAÍSA BASTOS DOS REIS

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA: DIFICULDADES E FACILIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Reis, TB; Facio, BC; Santanna, FL; Maia, JN;

Introdução: Desde o século XX toda criança e adolescente têm o direito de desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em liberdade e dignidade, não sofrendo qualquer forma de negligência, violência, discriminação, exploração, crueldade e opressão, conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente 1. Entretanto, os casos de violência infanto-juvenil ainda prevalece nos dias de hoje, tornando-se cada vez mais frequente e alarmante o número de vítimas 2. Tais ocorrências são facilmente encontradas em diversos serviços de saúde, porém, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) por possuírem especificidades como contato frequente entre comunidade e equipe de saúde e funcionar como porta de entrada do usuário, acabam ocupando um importante espaço de detecção e prevenção da violência infantil 3. Apesar de ser frequente esse tipo de atendimento, o profissional de saúde da atenção primária ainda enfrenta obstáculos durante o processo de acolhimento à criança vítima de maus tratos 4. Objetivo: Caracterizar as dificuldades e facilidades encontradas pela equipe da atenção primária frente à violência infantil. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, parte da pesquisa intitulada "Violência contra a criança no contexto das unidades de saúde da família, Londrina, PR" aprovada segundo parecer nº 067/09, em 01 de julho de 2009, CAAE 0059.0.268.000-09, realizada no município de Londrina. A população do estudo foi composta por 180 profissionais: 66 agentes comunitários de saúde (ACS), 54 técnicos/auxiliares de enfermagem, 26 enfermeiros, 2 médicos pediatras, 22 auxiliares de odontologia e 10 dentistas, de 9 UBS da região Norte que realizavam assistência direta às crianças menores de 12 anos de idade. Como codinome foi utilizado a categoria profissional seguida pelo número correspondente à ordem das entrevistas. Utilizou-se um questionário com questões abertas onde os profissionais discorreram sobre as facilidades e dificuldades para lidar com os casos de violência contra a criança no cotidiano do trabalho na atenção primária. Os dados foram obtidos pelo pesquisador, por meio de roteiro de entrevista, as respostas foram gravadas e após a transcrição das falas dos entrevistados, as gravações foram incineradas. Os dados foram analisados segundo pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Resultados: Apenas 10% dos profissionais referiram ter facilidade para atender crianças vítimas de maus tratos, e ser conhecido pela população da área foi considerado um fator facilitador, como expressam a seguir: "Porque sendo agente de saúde e conhecida na área em que eu trabalho, vejo direto o problema, indo na casa e vendo a situação real da família" (ACS 9). Entretanto, conhecer a população local também pode trazer algumas dificuldades: "Medo de interferir na vida pessoal das famílias e "sofrer represálias" por isso (pelos pais)" (Dentista 9). Além do medo e insegurança em abordar a família, o profissional ainda se depara com a própria dificuldade pessoal perante um caso de violência infantil: "Para mim, violência contra a criança é um assunto que me abala bastante" (Auxiliar de dentista 2); "Quando é criança todos ficam abalados" (Auxiliar de Enfermagem 16); "Mas não é fácil lidar com sentimentos" (Enfermeiro 14). Os profissionais ainda relatam a falta capacitação profissional e o protocolo estruturado que facilite o fluxo de atendimento, além de políticas efetivas: "Acho que falta um treinamento para lidar com esta situação" (Auxiliar de dentista 2); "Falta de protocolo único para todos os serviços envolvidos, passar casos e ter contra referência do conselho tutelar, equipe capacitada para atender casos" (Enfermeiro 16); "Uma sugestão seria uma rede mais estruturada e organizada para atender estes tipos de casos, um protocolo com descrição detalhada de um fluxo de atendimento" (Enfermeiro 12). A equipe revela em seus relatos a importância do trabalho multiprofissional e

traz como uma facilidade a existência de instituições que funcionam como referência para encaminhamentos desses casos: "Ter o assistente social e psicólogo da residência na UBS ajuda na abordagem familiar e contato com outros serviços" (Enfermeiro 1). Apesar de todas as dificuldades elencadas, os profissionais da atenção básica se demonstraram conscientes de que o problema vai além do que é vivenciado nas UBS, e alertam que são necessárias medidas que envolvam também educação e trabalho para comunidade: "Melhorar a qualidade de vida; oportunidade de estudo; educação para os pais; trabalhar para que se evite uma gestação indesejada" (Enfermeiro 3); "Incentivar e viabilizar campanhas e atividades que exponham e esclareçam sobre o problema, divulguem os serviços de apoio as vítimas de violência (Auxiliar de Enfermagem 8). Conclusão: As dificuldades foram maiores do que as facilidades encontradas na assistência à criança vítima de maus tratos. A partir do discurso dos profissionais entrevistados, ainda são escassas políticas eficazes, capacitação profissional, segurança e técnica para abordagem dos casos de violência infantil e suporte emocional e psicológico para equipe. As facilidades encontradas são relevantes e devem ser aperfeiçoadas, entretanto, por se tratar de um serviço que atende alta demanda de casos de maus tratos infantis, é preciso salientar a necessidade de condições adequadas de trabalho afim de se reforçar a ação multiprofissional e intersetorial, atingindo a resolutividade adequada de cada caso. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: Embora o tema sobre violência infantil seja abordado constantemente, ainda é evidente a falta de estudos que abordem a posição do profissional de saúde frente a esses casos. A Enfermagem tem papel crucial no manejo à criança vítima de maus tratos, entretanto, esse campo necessita de maior conhecimento público através de estudos que propiciem o surgimento de planejamento de ações eficazes e relevância adequada ao assunto. Descritores: Violência. Criança. Atenção primária à saúde Referências 1- Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 jul 1990; Seção I. 2- Ruckert TR, Lima MADS, Marques GQ, et al. Assistência em Unidades Básicas de Saúde às vítimas de violência na concepção das enfermeiras. CiencCuidSaude. 2008 Abr/Jun; 7(2):180-186. 3- Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais de saúde da Equipe Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva 2010; 15(2):481-491. 4- Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Acta Paul Enferm. 2009; 22(Especial-70 anos):903-8.

14010

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TAÍSA BASTOS DOS REIS

O CONHECIMENTO DO ACOMPANHANTE ACERCA DA PRECAUÇÃO DE CONTATO

Reis, TB; Facio, BC; Tacla, MTGM;

Introdução: Atualmente, a resistência de agentes microbianos vem dificultando as possibilidades terapêuticas e retardando o processo de recuperação do indivíduo, isto porque, tal resistência é detectada quando há perda da sensibilidade bacteriana a uma ou mais classes de agentes antimicrobianos 1. No paciente pediátrico o problema é ainda mais agravante, pois, a dependência no autocuidado e as especificidades biológicas da faixa etária podem favorecer ocorrência desses agentes 2,3. Assim, visando diminuir a disseminação de bactérias multirresistentes, preconiza-se o uso da precaução de contato, entendida como um conjunto de práticas que previnem a transmissão direta e indireta de microrganismos resistentes provenientes do paciente portador e do ambiente em que ele se encontra [1]. Entretanto, a adesão desta prática nem sempre é tão eficaz, isto porque, o entendimento e a utilidade pode não ser clara para os acompanhantes de crianças que necessitam de precaução de contato 4. Objetivo: Desvelar o entendimento dos acompanhantes de crianças internadas em unidade pediátrica sobre a precaução de contato. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, parte do projeto de pesquisa intitulado "Precaução de contato: Percepção dos acompanhantes de crianças internadas em unidade pediátrica", aprovada segundo parecer nº 216.757 CAAE 10788713.9.0000.5231. O presente estudo foi realizado na unidade pediátrica do Hospital Universitário de Londrina, Os sujeitos da pesquisa são dez acompanhantes de crianças internadas na unidade pediátrica que estão em precaução de contato, por possuir a bactéria multirresistente ou por estar aguardando o resultado do swab (exame realizado para detecção das bactérias multirresistentes). O instrumento é composto por uma pergunta norteadora sobre o entendimento dos acompanhantes em relação à precaução de contato. Como codinome será utilizada a letra E seguida pelo número correspondente à ordem das entrevistas. Os dados foram obtidos pelo pesquisador, por meio de roteiro de entrevista, e as respostas foram gravadas e após a transcrição das falas dos entrevistados, as gravações foram incineradas. Para análise dos dados foi utilizado o Método de Interpretação dos Sentidos. Resultados: Analisando as falas dos entrevistados, é possível perceber que a utilidade da precaução de contato não é claramente compreendida para a maioria dos acompanhantes: "Eu achei assim, que ela estava doente, mal" (E4); "Ah eu não entendi muito bem não, mas é precaução né? Eu não entendi por que tinha que usar isso. Ele disse infecção, mas dai eu não entendo infecção do quê" (E6); "Não faço ideia do que ele (avental) pode me proteger ali dentro, porque eu só tenho contato com o meu filho" (E7). Além disso, de acordo com os discursos, alguns acompanhantes tem o entendimento errôneo de que o uso do avental e das luvas tem a finalidade de proteção à criança e não às pessoas que tem contato com a mesma, ou seja, a precaução de contato é vista pelos mesmos como uma forma de evitar que a criança se contamine com bactérias presentes dentro e fora do hospital: "Por que a gente vem lá de fora e já vem com bactéria, dai entra para cá e tem que usar avental e luvas para não "contaminar ela" " (E3); "Eu não pego ele no colo com medo de contaminar "ele", sei lá. Eu vou passar infecção para ele. Por ter vindo da rua, de casa" (E6); "Teoricamente eu acho que protege a ele" (E7); " Era para prevenir a ele né? O meu filho né? De bactérias, de vírus. Então eu estava ciente que estava protegendo "ele", nessa parte eu fiquei mais contente" (E8).; "O avental e a luva é para "mim" não passar nenhum tipo de bactéria para ela, no caso" (E9); "Se eu tiver sem avental e luva, eu vou ali fora e volto e passo uma bactéria e passo para ela, o risco dela é maior, entendeu?" (E10). A partir dos depoimentos também é possível notar que a falta de informação e explicação adequada sobre o assunto

dificulta o entendimento dos acompanhantes: "Aí que eu fui entender, mas de começo assim não me deram muita explicação não" (E1); "Explicou rapidinho. Falou que quando entrasse era para lavar a mão ali fora e colocar a roupa"; "Só explicou que era para colocar."Tava" com uma cara brava, dai nem perguntei. Falou que não era para esquecer de colocar a luva e ninguém mais falou nada. Mas deve ser por causa da infecção, alguma coisa " (E6). Alguns entrevistados ainda revelaram o desejo de receber maiores orientações e esclarecimento de dúvidas a respeito do uso da precaução de contato: "Não me disseram. Só me mandaram pôr, todas as mães põem. Sou completamente desinformada a respeito disso e ninguém me deu uma explicação plausível" (E7). Conclusão: O uso da precaução de contato pode ser prejudicado devido ao desconhecimento de sua utilidade por parte dos acompanhantes. Isto porque, o assunto ainda é pouco explicado e explorado pelos profissionais de saúde que dão a notícia sobre a necessidade do uso de avental e luvas. Alguns avanços como melhor comunicação entre o profissional e acompanhante, orientação sobre o uso correto da precaução de contato e sua utilidade, esclarecimento de dúvidas e sobre a quem a precaução de contato protege, ainda devem ser alcançados para garantir a eficácia dessa medida. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: A ocorrência de bactérias multirresistentes vem crescendo a cada dia, surgindo assim a necessidade de medidas preventivas que diminuam essa disseminação. Apesar de muito utilizada, a precaução de contato ainda é pouco abordada em estudos, principalmente os relacionados à compreensão de leigos sobre o assunto. Por essa razão, o presente estudo contribui para identificação de falhas no processo da precaução de contato, tanto por parte dos acompanhantes como também dos profissionais de saúde, possibilitando a melhoria da eficácia desta medida e a diminuição da disseminação de bactérias multirresistentes. Descritores: Enfermagem Pediátrica. Resistência Microbiana a Medicamentos. Precaução. Referências 1- Centers for Disease and Control Prevention. Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006. Department of Health and Human Services [acesso em 2012 set 10]. Disponível em : http://health.utah.gov/epi/diseases/MRSA/mdroGuideline2006.pdf 2- Ministério da Saúde . Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar. Brasília (DF); 2006. 3- Rodrigues EAC, Richtmann R. Infecção relacionada à assistência à saúde. Orientações práticas. 1ª ed. São Paulo: Sarvier; 2009. 4- Rabelo AHS, Souza TV. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: Contribuições para a Enfermagem Pediátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(2):271-78.

14319

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TALITA CRISTINA TOMAZ DA SILVA

OS CUIDADOS PRESTADOS PELO FAMILIAR NA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS OSTOMIZADAS

Silva, TCTS; Martins, AS; Santosas, AS; Felipe, IV; Silva, FF;

Objeto de estudo: os cuidados prestados pelo familiar e as orientações dos enfermeiros para a reabilitação de crianças ostomizadas. A abertura dos estomas em pediatria tem como objetivos descomprimir, drenar, aliviar tensão das anastomoses, restaurar as funções dos órgãos afetados. Quando se constata que o recém-nascido é portador de alguma malformação grave, necessitando de cirurgia, a equipe interdisciplinar deve estar preparada para prestar assistência de forma rápida, segura e eficiente, a fim de minimizar o impacto que possivelmente ocorrerá aos pais. Nessa fase é muito importante estabelecer boa comunicação, para conseguir a aceitação e cooperação dos pais no tratamento1. Objetivos do estudo: Descrever as orientações fornecidas pelo enfermeiro na reabilitação da criança ostomizada; Apresentar os principais cuidados prestados pelo familiar/cuidador à criança com ostomia. Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura com buscas nas bases de dados LILACS e BDENF referente aos anos de 2002 a 2012. Foram utilizados como descritores Estomas Cirúrgicos, Ostomia, Enfermagem e como critérios de inclusão, abordar diretamente a temática, produzidas pela enfermagem e publicadas na língua portuguesa, disponibilizadas online com texto completo. Os dados de identificação das produções foram organizados em tabela, já os principais achados foram tratados com análise de conteúdo segundo Bardin. Foram identificados 106 artigos disponíveis com texto completo nas bases, sendo selecionados de acordo com critérios e temática 6 produções. Destas, houve um predomínio de enfermeiros mestres, doutores e até especialistas, com publicações nas regiões sudeste e sul. Após análise dos conteúdos presentes no material, emergiram 3 categorias. A primeira aborda a percepção da criança como ostomizada. É importante saber que na assistência às crianças ostomizadas, o cuidado não se restringe apenas a cuidar do ostoma, mas deve ser desenvolvido por meio da assistência integral, atendendo também as suas necessidades cognitivas, psicossociais e espirituais. Portanto, a participação da família é fundamental junto à criança. Ao realizar a leitura dos artigos, foi possível perceber que "a opinião que a criança ostomizada forma de si e a confiança em seus atos e julgamentos estão diretamente relacionadas com as respostas da família, especialmente de seus pais. Mães e enfermeiras percebem, na criança ostomizada, angústia, medo, frustração e agressividade"2:106. E no ambiente escolar, também ocorrem problemas, principalmente relacionados à manipulação do ostoma, pois quando é uma criança em idade escolar, que não realiza seus cuidados de forma independente, é preciso ajuda de um adulto, no caso do ambiente escolar a pessoa mais adequada para tal situação é a professora, porém, não é isso que ocorre. E ainda a criança sente-se incomodada e se considera alguém que não é perfeito como as outras crianças. "A família desempenha um papel vital na resposta física, no tratamento e funcionamento psicossocial crianças nascidas com anomalias"2:105. A segunda categoria aborda cuidados prestados pelo familiar à criança. Os estudos relatam as dificuldades que as mães encontram para realizar o cuidado diário com a criança e foi identificado que as mães apresentam medo, que podem machucar a criança ao manipulá-la. Observa-se que a maioria dos cuidados é realizado pela mãe, e o pai da criança também deve ser inserido nesse processo de cuidar, portanto, torna-se importante a educação em saúde que pode ser adotada como medida para diminuir o medo e informar que não irão machucar a criança. Outra situação evidenciada é o desgaste emocional que um filho ostomizado causa, pois o cotidiano familiar está alterado, principalmente, quando se têm outros filhos que se sentem deixados de lado, já que tem mais atenção aos irmãos ostomizados que precisam de mais cuidados. "Quando a orientação não é realizada adequadamente, o

processo de alta hospitalar é dificultado devido ao medo e insegurança por parte da criança e da família frente à necessidade de cuidados específicos com a estomia e seus dispositivos"3:323. A terceira categoria aborda a assistência de enfermagem na reabilitação das crianças ostomizadas. É possível observar que a assistência de enfermagem é apenas para atender as necessidades físicas que a criança precisa, e muitas vezes, a mãe ou responsável não aprende a manipular o ostoma de seu filho por medo principalmente, e por não haver um diálogo eficiente entre o profissional e o cuidador. A assistência não segue um padrão, cada profissional fornece orientações do seu jeito, sem chegar a um consenso com a equipe multiprofissional4. "O enfermeiro é responsável em assegurar que os pais obtenham informações corretas, compreendam-nas e as usem adequadamente. Estando os familiares munidos com as orientações e com a segurança de realizar o cuidado, o retorno para casa implicará atravessar mais uma etapa desse processo, exigindo adaptações no cotidiano domiciliar e social"3:322. Diante dos objetivos propostos, percebemos que a enfermagem ainda têm muitas atitudes a serem adaptadas, pois é importante que os familiares recebam uma assistência de qualidade com os esclarecimentos necessários para iniciarem o cuidar de seus filhos no âmbito domiciliar. Em contrapartida, algumas dificuldades, como a sobrecarga de trabalho e a pouca experiência, fazem com que o profissional não exerça sua função adequadamente e acabam não atendendo sua clientela de forma adequada. Observamos que para as pessoas que cuidam de uma criança portadora de ostomias, os cuidados não se restringem apenas a manipular o ostoma, são percebidos sentimentos de tristeza, negação, sensação de incompetência, julgar-se por não ter um filho "perfeito", e, através disso, percebemos que o cuidar está muito além das técnicas desenvolvidas, há uma gama de situações emocionais envolvidas neste processo de adaptação. Ao final, pode-se perceber que a Estomaterapia ainda é uma atividade pouco praticada, principalmente na área de pediatria e neonatologia, e são escassas as produções cientificas, pois grande parte das enfermeiras que atende a este tipo de clientela não é especializada na área e tem conhecimento básico, apenas para os cuidados mais relevantes que deverão ser executados. Por isso, este trabalho também serve como estímulo para que os profissionais que atuam especificamente na área de pediatria possam se atentar e se atualizar no intuito de adequar o cuidado prestado a este tipo de clientela. Este estudo não será findado nesta revisão, uma vez que está em desenvolvimento um trabalho de campo a fim de identificar e descrever os cuidados hospitalares prestados por enfermeiros e domiciliares pelos familiares. Descritores: Estomas Cirúrgicos, Ostomia, Cuidado de Enfermagem. Referências: 1 Rocha RFC. Estomas na criança In: Santos VLCG, Cesaretti IURC. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 69-81. 2 Guerrero S, Angelo M. Impacto del estoma enteral en el niño y la família. Avances en enfermería. VOL. XXVIII Número Especial, 90 Años. Programa de enfermeria, Ouc. 2010. 3 Poletto D, Gonçalves IM, Barros MTT, Anders JC; Martins ML. A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem. Texto contexto enferm. Florianópolis, 2011. Abr. 20(2): 319-327. 4 Barreto L, Cagliari L, Cardoso MHCA, Villar MAM, Gilbert ACB. Percepções dos profissionais de uma unidade de internação pediátrica sobre a alta de crianças ostomizadas. Rev Gaúcha Enferm. 2008. Set. 29(3):438-445.

14005

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TALITA CRISTINA TOMAZ DA SILVA

CUIDADOS PALIATIVOS EM PEDIATRIA: ASSISTÊNCIA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Silva, TCT; Alves, LESS; Conceição, AM; Valdevino, FP; Felipe, ICV;

Este estudo abordou os cuidados paliativos prestados pelos enfermeiros mediante o processo de internação da criança com foco na terminalidade. Cabe ao enfermeiro ter abordagem compreensiva respeitando o limite da criança, pelo momento difícil que a família e a própria criança estão vivenciando. Cuidado paliativo é definido pela OMS como assistência promovida pela equipe multiprofissional objetivando a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares frente a uma doença que ameace a vida. Este cuidado é feito através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação e tratamento precoces da dor demais sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais1. O cuidado paliativo para crianças centra-se no aumento da qualidade de vida para a criança e oferece suporte para a família, com controle dos sintomas angustiantes e de cuidado durante a morte e no luto2. Os objetivos dessa pesquisa foram investigar a percepção do enfermeiro mediante aos cuidados paliativos em pediatria e analisar o cuidado da enfermagem na promoção do conforto na terminalidade. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevista entre os meses de Fevereiro à Abril de 2013. Os sujeitos da pesquisa foram 10 enfermeiros que trabalham na UTI pediátrica de um hospital no estado do Rio de Janeiro. A análise dos dados se deu através da análise de conteúdo segundo Bardin. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade do Grande Rio sob o número do protocolo CAEE 14632013.9.0000.5283. Visando atingir os objetivos propostos na pesquisa, os questionamentos foram homogeneizados conforme os núcleos de sentidos que apresentavam, sendo realizada a leitura flutuante do corpus de análise, obtendo-se 52 Unidades de Registro que resultaram em 3 categorias: os cuidados do profissional enfermeiro; apoio familiar e estado psicológico do enfermeiro. A sistematização da assistência de enfermagem é aplicada pelo enfermeiro para que o cuidado seja realizado de forma integral. Para obter o cuidado de enfermagem ao paciente terminal é imprescindível uma estrutura organizacional adequada para o cuidado humano, tendo recursos físicos e materiais. O paciente terminal é aquele que está fora da possibilidade de cura, e o conforto desse paciente, esta centralizado na promoção do conforto. O conforto se caracteriza como parte essencial do cuidar e pode ser visto em atividades com proteção e suporte a valores sociais. A promoção do conforto está envolvida no cotidiano do profissional enfermeiro. Medidas de conforto também estão relacionadas a atividades que façam o paciente se sentir útil. E o alívio da dor é uma medida de conforto essencial para o bem estar do paciente3. A avaliação da dor em crianças terminais é avaliada pelos profissionais através da escala de faces, alteração nos sinais vitais e expressão fisionômica das crianças. Neste momento, inclui também a assistência integral e humanizada a fim de perceber, mesmo de forma indireta, o momento de desconforto e álgico da criança, para isso, se faz necessário o bom relacionamento entre profissional e paciente interligando-se aos responsáveis. Os entrevistados citam a relação com o familiar da criança e o apoio necessário no momento da terminalidade. O familiar tentar manter relação de confiança, tanto através dos procedimentos realizados, quanto ao cuidado individualizado. Os enfermeiros dizem sempre deixar os familiares cientes dos cuidados prestados e através da relação de confiança que estabelecem com os familiares ouvindo suas queixas e desabafos ou até mesmo minimizando suas angústias. A enfermagem está intimamente envolvida com o paciente e seus familiares. A família tem um papel primordial dentro dos cuidados paliativos, e as suas reações contribuem significativamente para reação da criança. Os profissionais de saúde devem estar sempre ajudando o familiar a extravasar as emoções, escutando os desabafos, aconselhando, auxiliando nas angústias, medos

e dúvidas decorrentes da doença. A promoção da qualidade de vida, com vistas aos fatores como a personalidade e a realidade do paciente com aquilo que é idealizado, não proporciona o prolongamento da vida, mas faz com que o paciente e a família tenham cuidados humanizados com experiências significativas e, portanto, a comunicação entre família e a equipe é fundamental na fase final da vida, pois a equipe de enfermagem presta esclarecimentos, lembrando que a confiança e o vinculo devem caminhar juntos, fazendo com que o paciente não se sinta ou fique restrito para realizar suas atividades mesmo com suas limitações4. A enfermagem é uma profissão onde o desgaste emocional ocorre em grandes proporções, devido ao convívio, afetividade e envolvimento que tem com a família e as crianças, pela longa permanência deles no hospital, encarando a morte dessas crianças com a morte de um ente querido5. Os depoimentos mostram o despreparo emocional e psicológico dos entrevistados, que mesmo mostrando-se capacitados a lidar com a questão da terminalidade na infância, proferem sentimentos de fraqueza, impotência e desconforto, uma vez que entendem a infância como uma fase que transmite a alegria e vitalidade. Prestar assistência à criança e aos seus pais torna-se mais doloroso frente à realidade, e os profissionais se autoquestionam se fizeram tudo possível para manutenção da vida, sentindo-se derrotados em algumas situações. A falta de recursos para apoio psicológico do profissional resulta em traumas e barreiras, que se tornam intransponíveis. É imprescindível manter um mecanismo de suporte que garanta a continuidade e efetividade do cuidado de enfermagem. Concluímos que os enfermeiros, com seu espírito de liderança e respeitabilidade, possam elaborar planos de cuidados com destreza e sensibilidade para assistir esta população que vem ascendendo com o passar dos tempos, adotando uma assistência mais humanizada, unificando cuidados prestados, conhecimentos científico e ético. DESCRITORES: Cuidados Paliativos, Pediatria, Enfermagem Referências: 1. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados Paliativos - Hospital do Câncer IV. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=474. 2. Floriani Ciro A. Cuidados paliativos no domicílio: desafios aos cuidados de crianças dependentes de tecnologia. J. Pediatr. (Rio J.). 2010 Feb; 86(1): 15-19. Disponível em: http://www. scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572010000100004&script=sci_arttext. 3. Garnize, BC. Cuidados de conforto a pacientes na terminalidade. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2011. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35954/000816102.pdf?sequence=1. 4. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Brasil). Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado. 1ed. São Paulo: HR, 2009. 5. Avancini BS, Carolindo FM, Goes FGB, Cruz Netto NP. Cuidados Paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: ótica do cuidar em enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 out-dez; 13 (4): 708-16. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a04.pdf

13969

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TAMILY FREITAS SANTOS LOPES

CONDUTAS DAS MÃES NOS EPISÓDIOS DE DOR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA FALCIFORME

Lopes, TFS; Santos, MRL; Silva, CR; Alves, ES; Camargo, CL; Quirino, MD;

Introdução: A Doença Falciforme (DF) é originária da Ásia Menor e da África. Foi trazida às Américas pela imigração dos nativos africanos. No Brasil, sua prevalência é maior nos estados onde existe maior proporção de afro-descendentes, podendo ocorrer entre outras etnias por conta da miscigenação da população1. É uma desordem genética de grande importância clínica e epidemiológica. Resulta de um defeito na molécula da hemoglobina adulta normal, Hb A, que é substituída pela hemoglobina anormal, Hb S2. Os sinais e sintomas da doença falciforme decorrem da vaso-oclusão na micro circulação e da anemia crônica, sendo as infecções e as crises álgicas as manifestações mais frequentes. A dor é um fenômeno imprevisível, recorrente, de intensidade e duração variáveis, devastador e danificador para organismo. As crises álgicas interferem na qualidade de vida social, educativa e psicológica da criança e do adolescente, além de ser um processo angustiante tanto para eles como para seus familiares 4,5. Estas crises constituem a principal causa de morbidade e hospitalização das pessoas, podem acometer vários segmentos do corpo, ocorrer em intervalos variáveis, durar horas ou dias, limitando suas atividades diárias. No Brasil, nascem 3.500 crianças por ano com DF e 200.000 com o traço falciforme, resultando em 7.200.000 pessoas portadoras do traço falcêmico (HbAS) e entre 25.000 a 30.000 com a DF, o que a torna um problema de Saúde Pública. Na Bahia, por sua constituição étnica a prevalência desta patologia é de uma criança a cada 650 nascidas vivas. Em São Francisco do Conde, local do estudo, devido sua formação populacional, cerca de 90,3% afro-descendentes, a prevalência da DF está sendo realizada na Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) e nas unidades de saúde da família. Objetivos: Considerando estes aspectos este estudo objetivou identificar as condutas tomadas pelas mães de crianças e adolescentes com doença falciforme durante as crises álgicas. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, realizado nos domicílios das crianças e adolescentes com doença falciforme do município de São Francisco do Conde, Bahia. Este município está situado a 66 km de Salvador. Sua população é de 31.703 habitantes. O município compõe a região metropolitana de Salvador, possui um hospital geral e 12 unidades de saúde da família. Os sujeitos foram 16 mães que têm filhos com a referida patologia. O instrumento da coleta de dados foi um formulário composto por questões estruturadas e não estruturadas sobre os dados demográficos dos sujeitos e dos objetivos do estudo. Os dados foram coletados por meio de um formulário no período de 02 de outubro de 2011 a 31 de janeiro de 2012. As variáveis estudadas foram: idade, escolaridade, ocupação, renda e as referentes aos objetivos do estudo. A análise foi realizada estatisticamente e fundamentada em autores que realizaram estudo sobre o tema. O estudo obedeceu às normas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde que determina o emprego do texto de Informações ao Colaborador e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes respeitando os referenciais básicos da bioética no que tange a autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça. Resultados: Os resultados mostraram que 100% das entrevistadas foram do sexo feminino; a idade ficou entre 20 a 41 anos; quanto à escolaridade 43,8% tinham o ensino fundamental incompleto. A percepção da dor pelas mães é importante para que sejam tomadas as condutas de alivio, tão logo a dor se apresente. Estudos sobre a temática apontam que quanto mais cedo é identificada a dor nos pacientes, menor o tempo de crise álgica e consequentemente menor é o sofrimento. Em relação às condutas tomadas para alívio da dor 100% das mães administravam medicamentos (dipirona, tilex,

ibuprofeno) e 23,1% massageavam o local da dor e levavam os filhos para atendimento no serviço de urgência quando essas condutas não controlavam a dor. Estas orientações foram feitas 100% por médicos e 15,4% por enfermeiros e assistentes sociais. Conclusões: Nesse estudo, a ocorrência de crises dolorosas foi referida por 100% das entrevistadas às quais, motivaram frequentemente, ausências escolares das crianças/adolescentes, o que comprometia o processo educacional. Conclui-se que a dor é uma complicação relevante que interfere na qualidade de vida daqueles que têm a doença, pois reflete negativamente na realização de suas atividades diárias e traz-lhes angústia e sofrimento. Além da administração de medicamentos as mães devem manter os filhos em repouso, em ambiente tranquilo, assegurar o aumento da ingestão hídrica e avaliar a eficácia desses procedimentos, os quais não sendo resolutivos, definem o encaminhamento do filho a um serviço de emergência. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: Este estudo permitiu que a enfermeira contribuísse efetivamente com os cuidados prestados às crianças e adolescentes com DF quando as ações forem inadequadas para identificar os sinais da dor e minimizar seus efeitos. Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros devem assumir a responsabilidade de serem aliados das mães no cuidado dos filhos com doença falciforme, principalmente na prevenção de suas complicações incluindo as crises álgicas. Sugere-se realização de outras pesquisas sobre o tema, uma vez que ele é pouco estudado na literatura científica, a fim de que os profissionais de saúde obtenham mais conhecimento sobre a patologia e durante o atendimento da criança e do adolescente ensinem aos familiares as condutas para a prevenção e o controle da dor. Referências: 1- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de condutas básicas na doença falciforme. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: Acessado em: 15 de abril de 2011.2- Fernandes APPC. et al. Mortalidade de crianças com doença falciforme: um estudo de base populacional. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. [online]. 2010, v.86, n.4, p. 279-284. ISSN 0021-7557. 3- Hockenberry MJ, Milson D, Winkelstein ML. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 4- Lobo C, Marra VN, Silva RMG. Crises dolorosas na doença falciforme. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia [online]. 2007, v.29, n.3, p. 247-258. ISSN 1516-8484. 5-Tostes MA et al. Avaliação de dor em crianças e adolescentes portadores de doença falciforme. Revista Ciências Médicas. Campinas- São Paulo [online]. 2008 v.17(3-6): 141-147 Descritores: Doença falciforme, dor, cuidado.

14126

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TAMILY FREITAS SANTOS LOPES

AUTOMEDICAÇÃO COMO FATOR MOTIVADOR PARA AUSÊNCIA ÀS CONSULTAS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Oliveira, EF; Silva, GBF; Duarte, JO; Silva, LA; Lopes, TFS; Camargo, CL;

Introdução: O número de estudos envolvendo a problemática da automedicação no país tem crescido nos últimos anos. Entende-se por automedicação o uso de medicamentos sem prescrição médica, quando o indivíduo decide utilizar algum fármaco, para solucionar algum problema de saúde, acreditando que tal prática lhe trará benefícios ou melhora dos sintomas apresentados.(1) As consequências da automedicação incluem diversos prejuízos para a saúde: mascaramento da doença que está tentando sinalizar seus sinais e sintomas, podendo assim a doença evoluir para estágios mais graves, risco de reações alérgicas, possibilidade de interação medicamentosa, enfermidades iatrogênicas, risco de tolerância e dependência, síndrome de abstinência, entre outros.(2) Apesar de presente em todas as faixas etárias, quanto à idade, os maiores públicos adeptos da automedicação estão entre as crianças, quando praticada pelas genitoras(3) e idosos.(4) Na criança, tal prática pode contribuir para a ausência das mães às consultas de enfermagem pediátrica, visto que o mascaramento da doença pode lhes significar saúde e não necessidade de acompanhamento.(5) Desta forma, acredita-se que a automedicação contribua para ausências às consultas de enfermagem pediátrica. De modo inverso, também, acredita-se que a ausência às consultas de enfermagem pediátrica seja motivadora para a automedicação infantil, tornando este evento cíclico e de grande relevância para a saúde pública. Objetivo: Analisar a existência da automedicação infantil no município de Cachoeira - Bahia entre mães que já faltaram às consultas de enfermagem pediátrica. Metodologia: Pesquisa de abordagem quantitativa, desenvolvida em Unidade de Saúde da Família, localizada em zona rural na cidade de Cachoeira/ Bahia. A população de estudo constituiu-se de 33 crianças entre 0 a 2 anos, cujas mães faltaram às consultas de enfermagem pediátrica em algum momento. Seguindo as recomendações da Resolução 196/1996, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Adventista da Bahia e autorizada pela instituição participante, sob protocolo 01007812.1.0000.0042. A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2012, através de entrevista semi-estruturada. Os dados foram agrupados e contabilizados na forma de frequência simples e porcentagens e apresentados em gráficos. Resultados / Discussão: O estudo revelou os seguintes resultados: 30 mães (90,9 %) automedicam seus filhos; a principal classe de medicamentos utilizada são os AINES (anti-inflamatório não esteroidais) para 17 mães (41,4%); a principal indicação para uso dos AINES envolve febre, dores e cólicas entre 27 mães (62,8%); quanto ao armazenamento de medicações, 17 mães (48,5%) guardam as sobras de medicamentos de forma inadequada. As consequências da automedicação incluem vários prejuízos para a saúde e envolvem danos ao indivíduo, pois podem comprometer a função de órgãos vitais como fígado e rins. A automedicação mostra-se prejudicial, uma vez que o indivíduo não tem o conhecimento necessário para a tomada de decisão sobre qual droga comprar e usar, optando por medicamento que nem sempre trará a resolução do problema de saúde por ele apresentado. Neste estudo, dentre 33 mães entrevistadas, uma quase totalidade afirmou praticar automedicação com seus filhos, confirmando serem elas próprias a "diagnosticá-los" e decidir por qual fármaco administrar. Esses resultados confirmam que a maioria das mães prefere administrar medicamentos a seus filhos do que levá-los à unidade de saúde, pois afirmam já saberem qual a medicação que o médico irá prescrever. Quando as crianças adoecem, as mães optam por administrar algum medicamento que tenha em sua residência, ao invés de procurar atendimento, mascarando assim os sintomas da doença. Tal prática parece impedir que

as mães compareçam às consultas, contribuindo para que as crianças cresçam sem o acompanhamento profissional, necessário para promoção da saúde infantil, o que a longo prazo pode contribuir para dificuldade no tratamento de outras doenças. Em conformidade com a literatura, neste estudo, a principal classe de medicamentos utilizados foram os AINES para 17 mães (41,4%), cuja utilização também é maciça na população adulta. As principais indicações para uso desta classe de medicamentos são febre, dores e cólicas para 27 mães (62,8%). Na literatura, parece claro que o hábito da automedicação infantil esteja associado à presença de sinais e sintomas como dor e febre, sendo confirmado também no presente estudo.(3) Quanto à forma de descarte dos medicamentos, aproximadamente metade da amostra afirmou guardar as sobras de medicamentos de forma inadequada. O hábito de guardar a medicação em domicílio também parece um fator ameaçador à saúde das crianças. O armazenamento de medicamentos em domicílio pode contribuir para a ausência às consultas de enfermagem pediátrica, uma vez que ao apresentar as medicações em casa, independente da forma como tenha adquirido, a mãe as administra na criança, contribuindo para este ciclo vicioso que a faz acreditar que a criança está sadia e que, portanto não necessita de acompanhamento profissional. Este trabalho evidencia a manutenção da crença no modelo médico hegemônico curativista, centrado nas práticas de medicalização. Conclusão / Contribuições para Enfermagem: Os resultados deste trabalho revelaram a necessidade de orientação adequada a estas mães no que se refere aos riscos potenciais da automedicação e sobre a importância da consulta de enfermagem pediátrica. Referências: 1 - Berquó LS. Utilização de medicamentos para tratamento de infecções respiratórias na comunidade. Rev. Saude Publica, São Paulo, v.38, n.3, p.358-364. Nov. 2004. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20651.pdf. Acessado em: 18 de Abril, 2012. 2 - Freitas O; Mendes MJI; Silva SVM. O medicamento, a automedicação e a farmácia. Rev. Farmácia Brasileira. São Paulo, v.30, n.031, p.64-66, 2002. Disponivel em:< www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104>. Acessado em: 18 de Jun. 2012. 3 - Oliveira EA. Uso de medicamentos do nascimento aos dois anos: Coorte de Nascimentos de Pelotas, RS, 2004. Rev Saúde Pública. São Paulo, v.44. n.4. p.591-600, Ago.2010. Disponível em :< www.scielo.br/scielodx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400002>. Acessado em: 14 de Jan. 2012. 4 - Cascaes EA. Falchetti ML; Galato D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 37, no. 1, de 2008 5 - Carvalho DC. Uso de medicamentos em crianças de 0 a 6 anos matriculadas em creches de Tubarão, Santa Catarina. Rev. Paul. Pediatria. São Paulo, v. 26, n.3, p. 238-244, Jun. 2008. Disponivel em:< http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n3/07.pdf>. Acessado em: 18 de Maio, 2012. Palavras-chave: automedicação; puericultura; medicação.

14552

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TANARA LEONARDELLI MICHIELIN

INTERFACE ENTRE AS PRÁTICAS DE CUIDADO E O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: A CONSTRUÇÃO DE CENÁRIOS FAVORÁVEIS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA.

Michielin, TL; Motta, MGC; Dalmolin, RS;

INTRODUÇÃO: Este estudo busca compreender o cenário da atuação profissional do enfermeiro junto aos processos de trabalho desenvolvidos na atenção primária em saúde, com enfoque na enfermagem pediátrica e voltados ao desenvolvimento humano, com abordagem específica ao crescimento e desenvolvimento infantil. O desenvolvimento humano atingido, seja pelos profissionais da área da saúde, como pelos usuários dos serviços de saúde, apresenta interferências nas práticas de saúde por eles prestada, assim, o conhecimento dos aspectos relacionados aos processos de crescimento e desenvolvimento humano, torna-se condição essencial às enfermeiras que atuam à frente dos programas de saúde da criança na esfera da atenção primária em saúde[1]. Sabe-se que a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças é complexo e pretende-se aqui olhar para esse processo destacando as práticas de cuidado de enfermeiras na saúde da criança, diante das transformações no sistema de saúde brasileiro, a partir da implementação do Sistema Único de Saúde, que pressupõe, além de uma assistência baseada em aspectos biopsicossociais, a criação de elos entre a população e os serviços. Sob estes aspectos levantados, destacamos a expansão das ações extra-hospitalares, frente à organização de práticas voltadas para a atenção à família em seu aspecto social como foco da atenção primária à saúde, por meio da implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. OBJETIVO: Conhecer as práticas de cuidado à saúde da criança desenvolvida por enfermeiras que atuam em equipes de estratégias de Saúde da Família. METODOLOGIA: É uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva, desenvolvida com oito enfermeiras que atuam em Unidades Básicas de Saúde, que compõem as equipes de Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Bento Gonçalves/RS. Para subsidiar a coleta de dados, foi utilizado o Método Criativo-Sensível[2], através da realização de duas oficinas, intituladas: Árvore do Conhecimento e Modelagem, que conjugadas apresentaram subsídios para a realização de reflexões individuais e discussões coletivas. A análise das informações adota a Análise de Conteúdo[3], do tipo temática para compreender os significados que emergem das comunicações. RESULTADOS: Os resultados revelaram que utilização das oficinas foi um instrumento potencializador do pensar e agir, proporcionando a reflexão e ressignificação das ações realizadas pelas enfermeiras voltadas para a saúde da criança, levando-as a ter uma melhor compreensão de suas relações com a criança e a família. A execução de ações vinculadas com o programa de atenção à saúde infantil contemplam intervenções programadas e avaliadas sistematicamente. As ações de saúde assim concebidas podem se transformar em instrumentos burocratizados e desarticuladores da ação, quando entendidas somente como mecanismos de controle de atividades. É neste contexto, que as enfermeiras expressam seus descontentamentos com relação às diretrizes adotadas pelo sistema de saúde municipal, para a atenção à saúde da criança, que tem norteado suas intervenções. Nesta concepção da saúde da criança, é importante ressaltar que as enfermeiras já não concebem programações diretivas, planejadas em níveis superiores do sistema de saúde e somente executas pela equipe de saúde. Há organizações de processos de trabalho das quais fazem parte o controle social, as equipes de saúde, bem como os seus gestores, nos quais as propostas de atuação partem da realidade apresentada, onde a vigilância nutricional representa um dos eixos importantes para o

direcionamento das ações propostas. Desta forma, programar ações ou executar ações previamente sistematizadas num programa deixa de ser um fardo imposto às equipes de saúde passando a ser um elemento dinâmico de acompanhamento e avaliação das intervenções realizadas para a efetiva resolução dos problemas da população sob sua responsabilidade4. O acolhimento compreende a humanização das relações entre os trabalhadores e o serviço de saúde com seus usuários[3]. O encontro entre trabalhador de saúde e usuário ocorre num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço intercessor permite que o trabalhador em saúde use o seu saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. A abordagem ao usuário passa então, a estar centrada na valorização dos atos e procedimentos em si. O vínculo é considerado uma característica marcante do trabalho realizado pelas enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. CONCLUSÕES: A interação com as famílias de forma sensitiva, efetiva e profissional compreende uma competência cultural, que as enfermeiras devem desenvolver, as quais envolvem a compreensão das práticas tradicionais de cura no sistema de crenças em saúde de indivíduos, família e /ou da comunidade5. A enfermagem necessita estar preparada para corresponder às expectativas das famílias e não esquecer que todo o trabalho que realizamos deve estar a serviço do ser humano em primeiro lugar. Não podemos tratar a criança e a família como pessoas submissas e obedientes. É preciso criar condições necessárias para que o processo de cuidar seja relacional, criando e tornando o momento de cuidado um momento político-pedagógico, onde o sujeito, a criança e a família caminhem para a independência crítica e criativa. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A responsabilidade por estimular as famílias a se tornarem sujeitos no processo de reprodução, adquirindo autonomia e assegurando o seu direito a um atendimento humano e digno, deve fazer parte da atuação da enfermeira junto a elas. Uma formação acadêmica que inclua o referencial teórico de assistência à família, principalmente no âmbito domiciliar é essencial para que as outras considerações possam realizar-se. Nesta questão, destaco o respeito ao espaço domiciliar, que deve ser compartilhado com a família, valorizando seus saberes e suas práticas. Descritores DECs Bireme: enfermagem; saúde da criança, atenção primária a saúde. REFERENCIAS 1. MOTTA, M. G. C. da; LUZ, A. M. H. Família como Unidade de Desenvolvimento Humano e Saúde. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, v.1, n.2, supl. p. 24-7, 2003. 2. CABRAL, I. E. O Método Criativo e Sensível: Alternativa de Pesquisa na Enfermagem. In GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I. Dos; TAVARES, C. M. de M. Pesquisa em enfermagem - Novas Metodologias Aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 3. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: edições 70, 1977. 4. MERHY, E. Engravidando Palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 5. MEDEIROS, C.R.G., SANTOS, B. R. L. dos. As vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 16-24, jan./jun. 2009.

14574

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TANARA LEONARDELLI MICHIELIN

INDICADORES DE SAÚDE: FERRAMENTA PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE SOB O ENFOQUE DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Michielin, TL; Dornelles, DP; Balardin, F; Wendt, D; Paiz, JC; Ludwing, SF;

INTRODUÇÃO: Planejar o atendimento à criança sob o enfoque de risco significa um olhar diferenciado para a criança que está exposta a determinadas condições, sejam biológicas, ambientais ou sociais (1). As ações básicas da saúde da criança vêm sendo desenvolvidas, mas não de forma integrada, ou seja, acontecem em momentos diferentes, com orientações dissociadas, somente diante da queixa apresentada, comprometendo visualizar a criança como um ser humano em desenvolvimento (2). A avaliação dos indicadores de saúde é de suma importância e deve ser feita ao longo de um tempo, tendo em vista a sua contribuição na análise do processo saúde-doença e no planejamento de ações em saúde (3). Neste estudo, as informações de saúde são referentes às crianças nascidas em um determinado território, de um município da serra gaúcha, interior do estado do Rio Grande do Sul - RS e que estão inclusas no Programa de Olho no Risco, cuja finalidade é a redução da morbi-mortalidade infantil através da identificação e monitoramento de crianças em condições de risco. OBJETIVO: identificar e avaliar os indicadores de saúde de crianças que nasceram entre setembro de 2011 a outubro de 2012, acompanhadas pelo programa de olho no risco. METODOLOGIA: trata-se de um estudo descritivo sobre o perfil e a assistência às crianças vinculadas ao programa de olho no risco. a coleta de dados foi baseada em um levantamento de informações registradas em declarações de nascidos vivos (DNV) no período de 01/09/2011 a 31/09/2012. Para análise foi construído um banco de dados com as informações coletadas e realizada uma análise estatística descritiva, utilizando média, percentuais e frequências. RESULTADOS: Na caracterização das crianças, os resultados mostram que 20 (68,9%) das crianças são do sexo masculino e nove (31%) do sexo feminino. Em relação ao peso ao nascer, observa-se que 21 (72,4%) crianças se encontravam na faixa de normalidade (2500g a 3999g), nenhuma das crianças em estudo nasceram com sobrepeso, entretanto nove (31%) nasceram com baixo peso (entre 1500g a 2499g). No tocante apgar apenas cinco (17,2%) crianças receberam apgar inferior à oito no primeiro minuto, entretanto, todas as crianças receberam apgar superior à oito no quinto minuto. Em relação à caracterização da mãe, os resultados mostram que a idade materna no momento do nascimento varia amplamente, a idade mínima encontrada no total de 29 mães foi de 16 anos e a idade máxima foi de 38 anos. Percebe-se que 37,9% das mães apresentam-se na faixa de risco (abaixo de 18 e acima de 35 anos), sendo que 31% eram adolescentes e 6,8% tinham acima de 35 anos. Outro ponto importante é a escolaridade materna. Neste estudo, encontrou-se 22 (75,8%) mães com cinco a oito anos de estudo e sete (24,13) com 11 anos de estudo. Em relação a ocupação das mães, 22 (75,8%) eram donas de casa, duas (6,8%) eram alimentadoras de linha de produção, duas (6,8%) eram auxiliares de segurança privada, uma (3,4%) era manicure e também participou desta amostra uma catadora de resíduos recicláveis (3,4%). Sabe-se que a estrutura familiar é fundamental na gestação, parto e no crescimento da criança, os dados oriundos desta investigação mostram que 17 (58,6%) das mães eram solteiras, cinco (17,2%) possuíam registro de união estável e sete (24,1%) eram casadas. Outra informação que merece análise é o local de nascimento da criança. Nesta amostra, 28 (96,5%) das crianças nasceram em hospitais, destes 89,6 pertencem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e; dois (6,89) a rede privada. Cabe destacar que uma das crianças nasceu no domicílio, isso mostra que apesar de tantas informações a respeito do parto ainda restam dúvidas que devem ser trabalhadas e orientadas durante a gestação. CONCLUSÕES: O conhecimento sobre as características dos nascimentos em um determinado local e

período é de fundamental importância, para possibilitar a elaboração de indicadores demográficos e epidemiológicos que podem representar a realidade da comunidade para o planejamento e implementação de estratégias efetivas de melhorias das condições de saúde. Os dados obtidos nesta pesquisa permitiram conhecer as características dos nascimentos ocorridos no período de setembro de 2011 e setembro de 2012 e os registros contidos nas Declarações de Nascidos Vivos e nos prontuários destas crianças. Através destes dados observou-se uma semelhança com outros estudos brasileiros no que se refere às características maternas como idade entre 16 e 35 anos, evidenciando um percentual considerável de mães adolescentes, escolaridade entre 5 e 8 anos, a maioria sem emprego fixo, gestações atermas, bom número de consultas pré-natais, maior número de parto cesáreo em hospitais que atendem pacientes do SUS, e também em relação às crianças como peso entre 2500 e 3999g, a maioria do sexo masculino e com Apgar maior que 8 no quinto minuto. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Acreditamos na importância da consolidação da consulta de enfermagem em puericultura na esfera da estratégia de saúde da família, prática esta que não vem sendo desenvolvida pela totalidade dos enfermeiros da rede de atenção primária a saúde. O enfermeiro é um profissional apto para avaliar as necessidades específicas de cada criança, desenvolvendo um plano individualizado, de forma holística, contemplando os aspectos físicos, emocionais, sociais e familiares. Neste sentido, torna-se necessário, a reformulação dessas práticas nas ações básicas preconizadas pelo município, buscando enfoque no planejamento em saúde, com subsídios dos indicadores de saúde, buscando os enfermeiros como parceiros, seja através da formulação de um protocolo assistencial que forneça subsídios orientativos para a consolidação da política nacional de atenção a saúde da criança a nível local, com enfoque ao crescimento e desenvolvimento infantil e/ou através da criação de uma política-assistencial que contribua para o planejamento das ações em saúde. Descritores: indicadores de saúde, declaração de nascidos vivos, enfermagem na atenção primária à saúde.

Referências 1. Sucupira ACSL, Bresolin AMB, Pedro EEKO, Salve PP de, Zuccolotto SMC. Projeto acolhimento. 2004; 2. Figueiredo GL, Mello DF de. A Prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em Unidade Básica de Saúde. 2003;11(4):544-51. 3. França JI, Monteiro C. Estudo da tendência secular de indicadores de saúde como estratégia de investigação epidemiológica The analysis of secular trends of health indicators in epidemiology. 2000;34:5-7.

14133

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

THAIS DAMASCENO OLIVEIRA

O BRINCAR COMO ESTRATÉGIA PARA O ENFRENTAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Oliveira, TD; Bergmann, MM; Gabatz, RIB;

Introdução: A hospitalização na infância pode tornar-se uma experiência traumática, afastando a criança do seu cotidiano e ambiente familiar, gerando ansiedade pela exposição a experiências atípicas e ameaçadoras[1]. Neste contexto, o brincar propicia a expressão de sentimentos e receios, auxiliando no enfrentamento da ansiedade[1]. Objetivo: Relatar a experiência da utilização do brincar no cuidado à criança hospitalizada. Metodologia: As atividades aconteceram em um hospital de ensino, do sul do país e foram realizadas por acadêmicas da Faculdade de Enfermagem de uma Universidade Federal. Foram desenvolvidas no período de julho a agosto, totalizando 7 encontros, em que participaram 24 crianças com idades entre 2 e 8 anos. Resultados: Foram realizadas atividades de pintura, dança e brincadeiras, focando na higiene corporal e oral e hábitos alimentares saudáveis. Destaca-se que a introdução do brincar no hospital é uma das estratégias mais eficazes na diminuição do estresse infantil, sendo essencial para a saúde emocional, mental, física e social da criança[2]. Assim, a experiência vivenciada propiciou resultados positivos, observando-se principalmente a diminuição da ansiedade. Conclusão: pôde-se observar a importância da promoção do brincar no espaço hospitalar, pois se trata de uma estratégia que corrobora para um cuidado humanizado da criança hospitalizada. Contribuições para a Enfermagem: observa-se que a inserção do brincar contribui para a melhora da qualidade da assistência prestada, e ameniza os fatores estressantes no ambiente hospitalar. Descritores: Criança, Hospitalização. Referências: 1. Maia EBS, Ribeiro CA, Borba RIH. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(4):839-46. 2. Castro DP, Andrade CUB, Luiz E, Mendes M, Barbosa D, Santos LHG. Brincar como instrumento terapêutico. PEDIATRIA. 2010; 32(4):246-54.

14222

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

THALES DE ALVARENGA DE SOUZA

CRIANÇA HOSPITALIZADA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM.

Desouza, TAS; Decarli, GDC; Freitas, HMF; Diaz, CMGD; Rangel, RFR; Costenaro, RSC;

CRIANÇA HOSPITALIZADA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM1 Gabriela de Carli , Thales de Alvarenga de Souza, Hilda M.Freitas , Claudia M. G.Diaz , Rosiane F. Rangel; Regina Costenaro INTRODUÇÃO A hospitalização de uma criança pode interferir na sua qualidade de vida e afetar o seu desenvolvimento. A criança que necessita de internação sai do ambiente familiar para o ambiente hospitalar, ficando exposta a diversas situações de vulnerabilidade. Por isso, o atendimento à criança hospitalizada deve ser integral, exigindo preparo e competência do profissional. O adoecer e a internação infantil perpassam pelo modo de vida, necessidades, vontades, características individuais que devem ser compreendidas e avaliadas. A hospitalização desperta sentimento de medo, tristeza, dúvida, abandono e culpa, gerando sentimentos desagradáveis, sofrimento e insegurança(1). Na grande maioria das vezes, as crianças tornam-se mais agitadas, angustiadas, chorosas, pois se encontram distantes de suas casas, escola, amigos, familiares. A primeira impressão que a criança tem é de estranhamento (as escadas, as enfermeiras, os medicamentos, os equipamentos, os procedimentos, as funções, as profissões e os nomes da equipe técnica); proibições (não pode andar pelos corredores, jogar bola, tomar ar fresco, falar alto, conversar com outras crianças e brincar); de solidão; de lágrimas e de saudade (pois a criança é separada de seus irmãos, dos seus pais). Talvez, por essa razão, o hospital seja visto como um local em que a criança não deseja ir, pois seus sentimentos se confrontam com um ambiente novo e estranho, cercado de pessoas desconhecidas. Estabelecer novas relações com a equipe de saúde e o ambiente hospitalar, além do enfrentamento da doença representa um obstáculo a ser superado pela criança. A criança enferma requer uma assistência que a considere em sua totalidade, e não valorize apenas a doença, mas a integralidade, estabelecendo práticas acolhedoras, lúdicas e solidárias(2). O interesse em realizar esse estudo surgiu a partir da observação, no campo de prática acadêmica, de que a hospitalização enfrentada tanto pela criança, quanto pela família, é uma experiência complexa e difícil, envolvendo adaptação das crianças e exigindo habilidade dos profissionais no seu cuidado. Durante a internação hospitalar, a criança fica susceptível física e emocionalmente, debilitada pela doença e tendo que enfrentar o seu afastamento do ambiente doméstico, no qual estava habituada. Frente a tais considerações, ressalta-se a importância da realização desse estudo, base para discussões que visam melhorar e qualificar o cuidado, com vistas à humanização. Assim, este estudo tem por objetivo refletir sobre a hospitalização para criança e sua contribuições para o cuidado de enfermagem. METODOLOGIA Este estudo reflexivo foi desenvolvido por acadêmicos de enfermagem do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, situada em Santa Maria - RS, no período de março a maio de 2013, durante atividades práticas como bolsista voluntário em uma Unidade de Internação Pediátrica. As discussões foram pautadas em referenciais bibliográficos relativos ao objeto de estudo, no cenário nacional. Para o aprofundamento da temática, foram utilizadas leituras em livros, teses e artigos publicados. RESULTADOS O desconforto emocional em crianças diante da doença e da hospitalização pode proceder de fatores tais como: o contexto de vida, a não familiaridade com o ambiente hospitalar e internações prolongadas ou repetidas. As enfermidades na infância podem apresentar profundas repercussões na vida da criança. Tanto doenças agudas como crônicas podem modificar de maneira definitiva o desenvolvimento, a família e a resposta social da criança. As repercussões são respostas dos efeitos da hospitalização que se apresentam nas diferentes fases do desenvolvimento infantil como de 0 a 18 meses: sensação de abandono, agitação, insegurança, desconforto, irritabilidade,

depressivo, ansioso, transtorno na alimentação e sono, temor à aproximação; 18 meses a 3 anos: temor a perda de amor, intensa sensação de desproteção, a criança crê que causou a hospitalização, não compreende, confronto com estranhos durante os procedimentos, agressividade; 3 a 6 anos: dor, sintomas e condutas de punição, recusa da alimentação, retardo no ingresso escolar, raiva por ser diferente; 6 a 12 anos: raiva, culpa, reações de angustia, insegurança, ansiedade, diminuição do processo de concentração, frustrações de sonhos e projetos(3). Cada um tem a sua história pessoal, sua originalidade nas manifestações e, apesar de todos participarem da mesma sociedade, as sensações de cada um devem ser entendidas na sua individualidade. A dor, o sofrimento, o abandono, o desamparo, a angústia, se manifestam de um modo pessoal e único diante da vida e das situações em que se encontram, quando se fala em uma criança hospitalizada. O estabelecimento de vínculo e confiança da criança com o profissional, baseada em atitudes sinceras e verdadeiras pode auxiliar a criança em suas dificuldades. Desse modo, deve-se repensar o fazer voltado a essas ações junto à criança e sua família, compartilhando conhecimentos para atingir um cuidado autêntico, preocupado com a sua singularidade. A participação da família no cuidado traduz-se pelo estar-presente, junto, ao lado da criança, sendo este um ato de cuidado para minimizar o estresse inevitável decorrente da hospitalização(4). A dinâmica de cuidado à criança no ambiente hospitalar deve ser singular, pautada na humanização, integrando saberes e ações. No processo de trabalho, busca-se ultrapassar o biológico, cuidando a criança em toda sua especificidade e necessidades, respeitando seu crescimento, desenvolvimento e sua individualidade. O processo terapêutico tem a finalidade de proporcionar qualidade de vida durante o crescimento e desenvolvimento da criança, preservando suas relações sociais, afetivas e emocionais. CONSIDERAÇÕES FINAIS Evidencia-se que o ser humano deve ser entendido em todas as suas dimensões (sociais, pessoais, biológicas, emocionais) os profissionais que atuam no ambiente hospitalar, desde a sua formação, devem trabalhar de forma integrada, mesmo que cada um domine um conhecimento específico, os objetivos comuns devem incluir o bem-estar da criança. A equipe de enfermagem deve interagir com a criança para poder transmitir à ela e sua família maior segurança e tranqüilidade possível, fato este que poderá repercutir positivamente na sua terapêutica. Nesta perspectiva, deve-se considerar a inclusão e participação da família, entre eles, os pais, no cuidado à criança hospitalizada. Apesar deste estudo, ter propiciado reflexões e discussões sobre a temática, não esgotou os questionamentos acerca do cuidado à criança hospitalizada, deixando espaço para novas pesquisas. REFERÊNCIAS 1. Ribeiro CR, Pinto J AA. A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. Rev. SBPH [online], 2009, 12(1):31-56. ISSN1516-0858. 2. Silva LJ , Leite JL.Quando brincar é cuidar: acadêmicos de enfermagem e o cuidado a crianças hospitalizadas com HIV/AIDS.Revista da Sociedade Brasileira em Enfermagem Pediátrica. São Paulo, 2004, 4(2). 3. Chiattone, H.B.C. A criança e a hospitalização. p.23-100. In: Angerami-Camon VA (Org.). A Psicologia no Hospital. São Paulo: Editora Thomson, 2003. 126p. 4. Dias SMZ, Motta MGC. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, jan./abr. 2004, 3(1): 41-54. DESCRITORES: Hospitalização; criança; enfermagem.

14337

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

THAYS MACEDO NASCIMENTO COSTA

A IMPORTÂNCIA DAS ORIRNTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRANSOPERATÓRIO AO ACOMPANHATE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CIRÚRGICA

Sampaio, CEPS; Macedo, TMNC; Adame, DGA;

INTRODUÇÃO: A presença do acompanhante junto à criança hospitalizada tem sido vista como benéfica, pois há ajuda na recuperação da criança. Assim, nesse estudo, buscamos nos aproximar do mundo do familiar acompanhante na vivência da criança. Entretanto, os acompanhantes também apresentam alto grau de ansiedade e medo da situação vivenciada. Contudo, são realizadas poucas estratégias para prestar um suporte emocional a estes acompanhantes1. A relevância para a existência deste projeto baseia-se em reduzir a ansiedade vivenciada pelos acompanhantes das crianças durante o período perioperatório na unidade hospitalar. O momento da espera da criança no centro cirúrgico, período transoperatório é de grande aflição e ansiedade para o acompanhante, muitas vezes relacionadas ao medo do desconhecido e por carência de orientações e acompanhamento emocional de um enfermeiro. Desta forma, há necessidade de humanizar a assistência prestada ao paciente cirúrgico e à família, proporcionando-lhes segurança e apoio emocional. O procedimento cirúrgico é um momento de grande apreensão tanto para a criança como para o acompanhante, este momento contribui para o aumento da ansiedade causando diversas alterações, como secura da boca, sudorese, palpitações, vômitos etc2. Para atingirmos as propostas do projeto são realizadas orientações sobre os cuidados de enfermagem no período pré, trans e pós-operatório na enfermaria de cirurgia pediátrica (CIPE). Além disso, avaliação do grau de ansiedade vivenciado pelos acompanhantes no período transoperatório, através do Inventário de Traço-Estado de Ansiedade (IDATE) de Spielberg, Gorsuch e Lushene3. Portanto, delimitamos como OBJETIVO: Prestar Assistência de Enfermagem aos acompanhantes das crianças em situação cirúrgicas no período perioperatório de forma integral. METODOLOGIA: O projeto de extensão acontece no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), na Enfermaria de Cirurgia Pediátrica (CIPE). Para as orientações utilizamos um álbum seriado, contendo as fotos do centro cirúrgico, um folder educativo, uma cartilha ilustrativa, e por último a escala de IDATE. Dessa forma, a nossa atividade inicia com a visualização do álbum seriado esclarecendo como será o dia da cirurgia e o que vai acontecer com seu acompanhado. Posteriormente, são fornecidas orientações a respeito do procedimento cirúrgico e anestésico. A dinâmica ocorre mediante apresentação do centro cirúrgico por fotos, folders descrevendo os cuidados perioperatórios e principalmente aos questionamentos do acompanhante. Além disso, avaliação do grau de ansiedade vivenciado pelos acompanhantes no período transoperatório, através do Inventário de Traço-Estado de Ansiedade (IDATE) de Spielberg, Gorsuch e Lushene. Finalmente, são abordados os cuidados pós-operatórios, que visam, principalmente, auxiliar o acompanhante para que esse possa se sentir seguro para cuidar da criança em casa. É entregue um folder explicativo do que foi orientado, de forma que esse acompanhante possa em um momento mais tranquilo relembrar e reforçar sobre as orientações fornecidas. Ao final das orientações é entregue a cartilha ilustrativa para as crianças, que contém desenhos desde o momento da entrada no hospital, até a saída deste, percorrendo todos os momentos. RESULTADOS: A amostra deste estudo referente aos níveis de Traço e Estado de ansiedade dos acompanhantes das crianças em situação cirúrgica, esta amostra foi constituída no total de 43 acompanhantes sendo que 25 foram orientados pelo projeto e 18 acompanhantes não foram orientados pelo projeto de extensão. A percepção da situação de ameaça influencia em como será a reação desse indivíduo. Na comparação entre os diferentes níveis de Grau de Traço e Estado de Ansiedade dos acompanhantes das crianças em situação cirúrgica foi realizada a comparação e a

frequência dos acompanhantes das crianças, nos diferentes níveis de Grau de Traço de ansiedade; baixo 9 (29%); moderada 11 (43%); alto 8 (28%) e Estado de ansiedade, baixo 8 (28%); moderado 12 (44%); alto 8 (28%) dos acompanhantes orientados respectivamente. O traço de ansiedade está relacionado à personalidade do acompanhante, enquanto o estado de ansiedade ao momento vivenciado, logo pessoas que apresentam alto traço de ansiedade costumam considerar as situações ameaçadoras e assim, apresentam alto estado de ansiedade. A percepção da situação de ameaça influencia em como será a reação desse indivíduo. Já a comparação entre pacientes orientados e não orientados, ocorre uma diferença nos níveis de Estado de ansiedade dos acompanhantes das crianças em situação cirúrgica. No nível de estado de ansiedade baixa, os acompanhantes orientados 7 (28%) apresentaram maior prevalência frente aos não orientados 1 (5,5 %); no nível de estado de ansiedade moderado, os acompanhantes orientados 11 (44%) também desenvolveram maiores frequência comparados aos não orientados 7 (38,8). Entretanto, nos níveis de estado de ansiedade alto os acompanhantes orientados foram em menor incidência 7 (28%), frente aos acompanhantes não orientados 10 (55,5%). Estes resultados demonstram que durante o momento cirúrgico, os acompanhantes das crianças que não receberam orientações do projeto desenvolvem altos níveis de ansiedade, principalmente níveis moderados e altos na escala de Spilberg. Esse perfil de ansiedade é reduzido, quando analisamos os acompanhantes que receberam orientações do projeto, pois demonstraram menor ansiedade. Seus índices foram concentrados principalmente na baixa e moderada ansiedade. Diferentes estudos demonstram a importância das orientações de enfermagem aos acompanhantes das crianças em situação cirúrgica1. Os sentimentos mais vividos pelos acompanhantes das crianças no momento cirúrgico são medo, ansiedade e nervosismo, que se intensificam durante a permanência no centro cirúrgico, sendo fundamental uma atenção mais ativa nesse período da equipe de enfermagem. O ser humano apresenta alterações psicobiologicas em frente a uma situação de ameaça, que no caso seria a situação cirúrgica, este precisa criar estratégias de enfrentamento daquele problema através de estímulos externos, como orientações, o próprio ambiente e sua percepção de todo o contexto vivenciado. O indivíduo ao desenvolver essas estratégias se torna capaz de reduzir ou eliminar a sensação de ameaça, consequentemente, sua reação àquela situação também irá se alterar. É possível visualizar essa redução da sensação de ameaça, pois com as orientações desenvolvidas pelo projeto, o nível de ansiedade foi reduzido ou pelo menos não foi aumentado diante da situação cirúrgica. CONCLUSÃO: Pode-se concluir desta forma, que o projeto de extensão é benéfico aos acompanhantes, porque impede que estes aumentem o seu estado de ansiedade, frente a uma situação desafiadora, que neste caso é a cirurgia, mantendo o seu traço, ou seja, a sua forma no dia-a-dia. Os acompanhantes orientados apresentaram um menor nível de ansiedade, quando comparados àqueles que não receberam orientações advindas do projeto. Portanto, a assistência de enfermagem deve estar pautada neste olhar holístico e informativo visando diminuir os riscos psicobiológicos decorrentes do alto nível de ansiedade. O acompanhante não pode ser observado apenas como um a familiar, mas como essencial no contexto cirúrgico em tranquilizar as crianças e que necessita também de suporte integral. Sendo assim este estudo contribuiu para a formação do enfermeiro, conhecimento sobre a temática e a possibilidade de aprimoramento na assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico. Referências 1.Sampaio CEP, Ventura DSO, Batista IF, Antunes TCS. Sentimentos dos acompanhantes de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos: Vivências no perioperatorio. Rev Min Enferm. 2009; 13(4):558-64. 2.Sampaio CEP, Silva RV, Romano RAT et al. Mecanismos de Adaptação (coping) dos acompanhantes de criança submetidas a cirurgia ambulatorial. Rev enferm UFPE 2012; 6 (8): 1880-6 3. Santos MDL, Galdeano LE. et al . Traço e estado de ansiedade de estudantes de enfermagem na realização de uma prova prática. REME Rev Min Enferm. 2009; 13(1): 76-83.

13995

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TICILA BORGES DE ARAUJO

Pioneirismo da desospitalização pediátrica em Salvador- BA

Araujo, TBA; Oliveira, LOU; Jesus, ECOJ; Lima, JACL;

Introdução: A baixa resolutividade dos problemas em saúde aumenta as readmissões e a permanência de pacientes em Hospitais. Uma prática capaz de interferir tanto nas reinternações, na alta permanência e na seguridade da saúde do paciente diminuindo os custos é o planejamento da alta hospitalar do paciente dependente de alta tecnologia ao domicílio. Desospitalizar é retirar o paciente estável do hospital, com o propósito de realizar os cuidados em domicílio. Metodologia: Esse estudo tem por objetivo descrever a experiência do pioneirismo da desospitalização de pacientes pediátricos, com dependência de tecnologia para viver, em um hospital filantrópico em Salvador - BA de maio 2012 a junho de 2013. Resultados e Discussão: Foi criada uma unidade pioneira de Desospitalização pediátrica em Salvador, na qual pacientes de alta dependência são recebidos para que a família seja treinada e orientada a cuidar de seus filhos em seu lar. É composta por uma equipe multidisciplinar, que inclui médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Desenvolve um trabalho de assistência enquanto o paciente está internado com o foco de orientar e treinar o familiar nos cuidados que serão oferecidos em casa. Um dos objetivos deste serviço é contribuir com a qualidade de vida destas crianças. Conclusão: Essa unidade deve servir de referência para outras Instituições Hospitalares, pois será necessário desenvolver mais unidades para atender à necessidade de outras crianças. Referências 1. NETO,Gonzalo Vecina, MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 825-839, jul- ago 2007. 2. Kirk S, Glendinning C. Developing services to support parents caring for a technology-dependent child at home. Child: Care, Health Dev 2004; 30(3):209-18. 3. DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.O. Assistência Domiciliária: Um Enfoque Gerontológico. São Paulo, Atheneu, 2005. Descritores: Treinamento; Relações profissional-família; cuidado da criança.

13408

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VAGNER FERREIRA DO NASCIMENTO

ACIDENTES COM PRÉ-ESCOLARES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nascimento, VFN;

ACIDENTES COM PRÉ-ESCOLARES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA *Vagner Ferreira do Nascimento - Enfermeiro da SMS de Barra do Garças-MT vagnerschon@hotmail.com *Alisséia Guimarães Lemes - Enfermeira. Docente da UFMT Introdução: A fase pré-escolar corresponde aos primeiros anos de vida da criança. Nesse período ela passa por um processo intenso de desenvolvimento físico, sócio psicomotor e intelectual. Esse processo envolve a exploração do ambiente ao redor, normalmente motivadas pelo atrativo das cores, formatos e sonoros. A descoberta contínua desse mundo, somado a sinais de desatenção de cuidadores entre outros fatores, acabam propiciando situações de risco ou até mesmo acidentes. A imaturidade dessa clientela os tornam grupo prioritário para atividades de prevenção e conscientização, realizadas em sua maioria por Unidades de Saúde da Família (USF), órgãos ligados ao trânsito e corporações militares. Os profissionais de saúde recebem em pronto-atendimento (PA), pronto-socorro (PS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) crianças encaminhadas para atendimento, com histórias de lesão e acidentes ocorridos em domicílio ou extra domicílio, como creches e escolas, os locais mais frequentados por elas. Esses agravos têm importância por ocasionarem consequências orgânicas, psicológicas, sociais e econômicas e serem responsáveis por significativa parcela da morbidade, mortalidade e sofrimentos humanos1. Objetivos: Este trabalho teve como objetivo conhecer os acidentes com pré-escolares que foram atendidos em uma Unidade de Saúde da Família - USF. Materiais e Métodos: A pesquisa é do tipo documental com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no livro de registro de atendimentos e procedimentos de uma USF, no município de Barra do Garças-MT, num período compreendido entre março de 2010 a março de 2013. Essa unidade de saúde foi escolhida por ser próxima de duas instituições educacionais, se localizar distante do centro da cidade e de unidades hospitalares. Respeitando os procedimentos éticos, a pesquisa iniciou-se somente após a permissão da coordenação do serviço. Os dados foram coletados e agrupados conforme tipos de acidentes, profissionais envolvidos no atendimento, destino das vítimas e identidade dos acompanhantes. Para análise dos dados foi utilizado a estatística descritiva, apresentando os achados em gráficos e tabelas, os quais foram organizados em números absolutos e percentuais. Resultados: Observa-se que em relação aos tipos de acidentes, 33% (n=13) corresponderam a ferimentos na região da cabeça e face, seguidos pelos ferimentos nos membros inferiores com 20% (n=8), empatados com 13% (n=5) estão os ferimentos em membros superiores e as quedas. Percebe-se que o profissional Enfermeiro participou 100% (n=39) nos atendimentos na unidade de saúde, acompanhado 94,9% (n=37) pelo profissional Técnico em Enfermagem. Enquanto o profissional médico esteve presente em apenas 7,7% (n=3) atendimentos e o profissional Odontólogo não teve nenhuma participação. Sobre o destino dos pré-escolares após o atendimento na USF, 46% (n=18) encaminharam-se para suas residências, 39% (n=15) para a instituição educacional e 15% (n=6) para a unidade hospitalar. Os professores corresponderam a 26% (n=10) dos acompanhantes, 23% (n=9) estavam acompanhados da mãe e outros 15% (n=6) por diretor escolar. Discussão: No estudo não foi possível identificar as causas dos ferimentos na cabeça/face, membros superiores e inferiores, mas acredita-se que estão possivelmente relacionado a quedas, embora não tendo sido descrito nessa categoria no livro de registros. Muitos estudos revelam que boa parte dos acidentes mais comuns na primeira infância são as quedas em função do desenvolvimento psicomotor próprio desse período2. O profissional médico teve participação mínima nesses atendimentos, o que demonstra a falta de comprometimento com o trabalho, a

falta de responsabilidade com a comunidade e a falta de interação no trabalho em equipe. Com relação as ocorrências atendidas na USF, em sua maioria foram tratadas a nível primário, constatando que tais acidentes se enquadraram como sendo de pequena gravidade. Segundo a literatura, até àqueles, porém, que são encaminhados para a unidade hospitalar normalmente são avaliados rapidamente e liberados3,4. Os professores, principais acompanhantes dos pré-escolares acidentados nessa pesquisa, fazem parte do cotidiano das crianças e a falta de experiência do profissional em promover além do aprendizado obrigatório - um ambiente seguro, acaba influenciando na carência de medidas preventivas, propiciando à ocorrência de acidentes. É importante que o cuidador tenha conhecimento dos costumes das crianças para estar sempre preparado para identificar a quais fatores de riscos elas estão expostas5. Outros autores também ressaltam que esses adultos estão propensos a surpresas devido à falta de conhecimento, experiência e formação profissional4. Um estudo mostrou que o maior número de acidentes com crianças aconteceram quando elas se encontravam brincando, talvez seja nesse momento onde a atenção deverá ser redobrada1. Conclusão: Após o término do estudo verificou-se que as regiões mais acometidas nos acidentes foram a cabeça/face e os membros inferiores, deduzindo a geografia corpórea do trauma. Tais crianças ao chegaram na USF, ao invés de receberem atendimento multiprofissional, são acolhidas e assistidas em sua maioria unicamente pela equipe de enfermagem, uma realidade comum de outras unidades de saúde, que não conseguem despertar e/ou compartilhar as responsabilidades e competências entre os demais integrantes da equipe. Dessa forma, o Enfermeiro assume função extra na tomada de decisão e na resolutividade do problema. O cenário escolar origem de antigas e recentes discussões sobre acidentes infantis, ainda apresentam conforme alguns estudos baixa incidência de acidentes. Entretanto ao associar os dados encontrados com a fase de desenvolvimento na qual se encontra essas crianças, observa-se que esses acidentes pode ter ligação direta ou indireta com a instituição educacional, o que reforça a necessidade de ações nesse setor, tanto no aspecto físico quanto na formação dos cuidadores. Contribuições: As informações encontradas nesse estudo podem favorecer o entendimento da cinemática dos incidentes com pré-escolares e a partir disso planejar medidas para intervenção. Para tanto, há necessidade de maior investimento em pesquisas com essa temática, já que, os estudos envolvendo acidentes com pré-escolares são escassos e limitados, o que restringe uma análise mais profunda do assunto. Referências: 1- Garcia DS. Crianças atendidas em pronto-atendimento e pronto-socorro por causas externas: subsídios para melhoria da assistência. Enfermagem em Foco. 2011; 2(2):128-132. 2- Dantas DV, Alves KYA; Salvador PTCO, Dantas RAN. Atuação da enfermagem na prevenção de acidentes em creches. Rev enferm UFPE. 2010; 4(esp):1315-322. 3- Amaral SEM, Silva CLM, Pereira ERR, Guarnieri G, Brito GSS, Oliveira LM. Incidência de acidentes com crianças em um pronto-socorro infantil. Rev Inst Ciênc Saúde. 2009; 27(4):313-7. 4- Bezerra DRF, Silva APS. Profissionalização do educador de creche: negociações identitárias no momento de formação em nível médio. In: Neto CM, Alves NC, Paes MSL. Risco de acidentes na infância em uma creche comunitária de Ipatinga - MG. Revista Enfermagem Integrada. 2010; 3(1):381-94. 5- Silvani CB, Gomes GC, Sousa LD. Prevenção de Acidentes em uma Instituição de Educação Infantil: o conhecimento das cuidadoras. In: Neto CM, Alves NC, Paes MSL. Risco de acidentes na infância em uma creche comunitária de Ipatinga - MG. Revista Enfermagem Integrada. 2010; 3(1):381-94. Descritores: Acidentes, Prevenção de Acidentes, Pré-Escolar.

14622

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VALDIRA VIEIRA DE OLIVEIRA

BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA HOSPITALIZADA

Vieiradeoliveira, VVO; Tavaresdesouzaleite, MTSL; Freitasguimarães, LFG; Fagundesfonseca, FFF; Freitasguimarães, CFG; Rodriguesdefigueiredo, CRF;

Introdução: O Brinquedo Terapêutico é uma técnica sistematizada utilizada no cuidado à criança hospitalizada que visa minimizar os traumas relacionados à hospitalização facilitando a aceitação e compreensão por parte da criança inserida nesse processo. Metodologia: Trata-se de revisão de literatura de artigos publicados nos últimos cinco anos, em língua portuguesa disponíveis na íntegra nas bases indexadoras de periódicos, LILACS e SciELO. Utilizaram-se os descritores de forma combinada: brinquedos; jogos e brinquedos; criança; hospitalização; enfermagem; enfermagem pediátrica; saúde da criança. Foram encontrados 74 artigos, dos quais apenas 14 atendiam ao objetivo proposto, sendo cinco indexados na LILACS e nove na SciELO. Resultados: A hospitalização representa uma experiência atípica na vida da criança, alterando sua rotina diária e afastando-a de seu contexto familiar e social. O Brinquedo Terapêutico é uma técnica com brinquedo, estruturada, que deve fazer parte da assistência à criança. Permite que a criança alivie suas tensões, devendo ser utilizado sempre que a mesma tiver que lidar com situações ameaçadoras para sua idade, o que envolve a própria hospitalização e os procedimentos a que é submetida. Tal prática é amplamente apontada em diversos estudos com destaque para a importância do brincar para o desenvolvimento saudável da criança, independente do contexto que se encontra, sendo fundamental que a mesma possa se expressar. O Brinquedo Terapêutico proporciona uma recuperação mais rápida e satisfatória, incentiva o desenvolvimento cognitivo, representa uma importante forma de comunicação da criança e a prepara para procedimentos decorrentes da hospitalização, aliviando suas tensões. Conclusão: Percebendo que o brincar é essencial na vida da criança, no sentido de favorecer seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social, a inserção do Brinquedo Terapêutico é fundamental para a prática de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada, pois representa um meio para que a mesma possa expressar seus sentimentos, ansiedades e frustrações.

14632

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VALDIRA VIEIRA DE OLIVEIRA

APLICAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO A UMA CRIANÇA HOSPITALIZADA: RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA EM UM PROJETO DE ENSINO-PESQUISA-EXTENSÃO

Vieiradeoliveira, VVO; Lopesfigueiredo, MLF; Rodriguesdejesus, BRJ; Rodriguesdefigueiredo, CRF; Silvaandrade, DCSA; Fagundesfonseca, FFF;

Introdução: O é Brinquedo Terapêutico uma técnica com brinquedo estruturada que permite a criança aliviar as tensões devendo ser utilizado sempre que ela tenha que lidar com uma situação atípica e ameaçadora para sua idade o que envolve a própria hospitalização e os procedimentos a que é submetida, sendo necessária sua inserção nas unidades pediátricas. Objetivo: Relatar a vivência de acadêmicas do 7° período do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros na aplicação do Brinquedo Terapêutico Dramático na Pediatria de um Hospital. Método: Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência da aplicação do Brinquedo Terapêutico Dramático em uma criança com idade pré-escolar internada em unidade pediátrica de um hospital em Montes Claros - MG para tratamento oncológico. Resultado e discussão: Durante a sessão do Brinquedo Terapêutico criança demonstrou conhecimento sobre todos os objetos dispostos sobre a mesa, no entanto, os que mais lhe chamaram a atenção foram os materiais hospitalares utilizados durante uma punção venosa. A mesma utiliza o brinquedo para exteriorizar uma experiência por ela vivenciada e os sentimentos gerados. Observou-se a satisfação e interesse da criança em manipular o material utilizado durante o procedimento, expondo suas percepções e sentimentos relacionados ao mesmo e, principalmente, compreendendo que, embora doloroso, tudo aquilo era necessário para a recuperação da sua saúde. Considerações finais: Compreendendo os benefícios que o Brinquedo Terapêutico Dramático proporciona, é de suma importância que haja uma maior valorização desse instrumento de intervenção, assim esperamos que esse estudo possa motivar os profissionais da saúde a utilizarem continuamente essa técnica no cuidado integral, tornando o hospital menos hostil e traumatizante para a criança.

13835

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VANESSA EVELYN DE MELLO

PUBLICAÇÕES DE ENFERMEIROS ACERCA DA DOR EM LACTENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

Pinto, MR; Comassetto, V; Mello, VE;

PUBLICAÇÕES DE ENFERMEIROS ACERCA DA DOR EM LACTENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. A Enfermagem, tem se desenvolvido produzindo corpo teórico próprio através da prática baseada em evidências. Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa, objetivando mapear a produção científica de enfermeiros brasileiros acerca da dor em crianças de 30 dias a 12 meses, na fase lactente, nos últimos dez anos. Os artigos selecionados foram provenientes das bases de dados: LILACS, BDENF e MEDLINE, constituindo uma amostra de 10 artigos. Os resultados apontaram a importância da avaliação da dor em crianças pré-verbais, a necessidade da produção de conhecimento acerca da área, a capacitação de profissionais da saúde para fundamentar o manejo adequado da dor e a utilização de um instrumento de avaliação relacionado à idade da criança. Concluiu-se que embora o manejo da dor seja mencionado como relevante nos estudos utilizados, a menção ao lactente é reduzida, apontando a necessidade da elaboração de pesquisas na área, visto que a dor envolve um processo determinante na saúde e a Enfermagem, como profissão que promove atenção aos diversos âmbitos da vida, deve promover o manejo ao processo doloroso, principalmente na fase pré-verbal, considerando que o mesmo tem efeitos físicos e subjetivos na recuperação e manutenção da saúde. Referências: Diefenbach GDF. Dor em oncologia: percepção da família da criança hospitalizada. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011; Melo LR, Pettengill MAM. Dor na infância: atualização quanto à avaliação e tratamento. Rev Soc Bras Enferm Ped. São Paulo. [Internet] 2010; 10(2); Almeida FA, Sabatés AL. Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri; Manole; 2008. pp. 78-88; Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. [Internet] 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Descritores: Dor, Lactente, Enfermagem

13921

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VERONICA NUNES DA SILVA CARDOSO

O ENFERMEIRO COMO AGENTE FACILITADOR DA PREVENÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA: PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Rodrigues, LTL; Janini, JP; Santos, RA; Cibreiros, SA; Cardoso, VNS;

Objeto: a contribuição do Enfermeiro como agente facilitador da prevenção dos acidentes na infância. Objetivos: descrever as contribuições do Enfermeiro diante das medidas de prevenção dos acidentes na infância. Justifica-se no importante papel desenvolvido pelo enfermeiro nas atividades de educação em saúde como prática de ensino-aprendizagem na promoção da prevenção dos acidentes na infância. Metodologia: pesquisa qualitativa do tipo descritiva. Sujeitos: oito enfermeiros, escolhidos aleatoriamente, tendo no mínimo dois anos de experiência na área da saúde da criança. Coleta de dados: entrevista semi-estruturada no período de setembro a novembro de 2012 gravadas e transcritas na íntegra. Análise dos dados: análise temática dando origem a categoria: a contribuição do enfermeiro na promoção e prevenção de acidentes na infância. Conclusão: o profissional enfermeiro diante da realidade dos acidentes envolvendo crianças deve colocar em prática sua função de educador, demonstrando seu importante papel social, propondo ações como orientações aos familiares e/ou cuidadores quanto às medidas de prevenção e promoção de acidentes com crianças. Aprimorando seus conhecimentos, produzindo pesquisas e realizando ações estratégicas de educação e prevenção de acidentes na infância, destacará intervenções possíveis de serem implementadas pelos familiares e valorizará a temática para a execução de ações preventivas por parte de órgãos públicos. Referências: Silvani CB, Gomes GC, Sousa, LD. Prevenção de acidentes em uma Instituição de Educação Infantil: o conhecimento das cuidadoras. Rev de Enfer UERJ 2008, Abr /Jun; 16(2):1-6. Acker JIBV, Cartana MHF Construção da participação comunitária para a prevenção de acidentes domésticos infantis Rev Bras Enferm, Brasília 2009, Jan/Fev; 62(1): 64-70

13923

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VERONICA NUNES DA SILVA CARDOSO

O ENFERMEIRO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIANTE DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Horta, MN; Janini, JP; Santos, RA; Cibreiros, SA; Cardoso, VNS;

Objeto: descrever o enfermeiro e a educação em saúde diante dos acidentes na infância. Objetivo: descrever a atuação do enfermeiro na educação em saúde, apresentando seu planejamento e ações diante dos acidentes na infância. Este estudo se justifica na dimensão que os acidentes na infância apresentam em nossa sociedade, visto que, trata-se de um dos maiores problemas de saúde pública no país e no mundo. Metodologia: a pesquisa bibliográfica desenvolvida através do método de revisão integrativa de literatura (RIL). O levantamento de publicações do período entre maio e julho de 2013 deu-se por consulta à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Americana das Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados do Ministério da Saúde (DATASUS) e da ONG Crianças Segura. Análise de dados: evidenciou-se 98% dos estudos com abordagem epidemiológica e apenas 2% dos estudos abordando a educação em saúde diante dos acidentes na infância. A ausência de um planejamento voltado para os padrões de segurança e prevenção desses eventos, reforça a importância do enfermeiro como educador atuante na proteção, promoção e recuperação da saúde, pois a falta desta, resulta em doenças e agravos à saúde, compreendendo que a prevenção é o caminho mais eficaz para redução dos indicadores de ocorrência de acidentes na infância. Referências: Acker J.I.B.V. et al. Construção da participação Comunitária para a prevenção de acidentes domésticos infantis. Rev. Bras. Enf, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 64-70. Lourenço J. et al. Intoxicação Exógena em Crianças Atendidas em uma Unidade de Emergência Pediátrica. Rev. Acta Paul Enfermagem 2008; 21(2):282-6

13920

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VERONICA NUNES DA SILVA CARDOSO

O USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

França, IF; Santos, CFM; Santos, RA; Cibreiros, SA; Cardoso, VNS;

Objeto: o (a) enfermeiro (a) diante do uso do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. Objetivos: Analisar o uso do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem à criança hospitalizada de acordo com a literatura. Justifica-se na importância da intervenção lúdica em facilitar a comunicação, possibilitando a construção e reconstrução da própria individualidade pela criança, aspecto este bastante fragilizado pelo processo de hospitalização, bem como, compreender as situações e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos pelos quais passará, favorecendo sua tranquilidade, sua segurança e sua aceitação do tratamento, além de facilitar o convívio harmonioso com os profissionais de saúde. Metodologia: pesquisa bibliográfica desenvolvida através do método de revisão integrativa de literatura (RIL). Levantamento de publicações do período entre maio e julho de 2013 por consulta à Base de Dados de Enfermagem (BDENF), vinculada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BIREME/OPAS-OMS (Biblioteca da Rede Médica) e Literatura Latino-Americana das Ciências da Saúde (LILACS). Análise dos dados: evidenciou-se 100% de artigos em recorte temporal de 2006 à 2013 abordam o brinquedo terapêutico como estratégia de cuidado à criança hospitalizada. Conclusão: os resultados da pesquisa proporcionaram evidências científicas para a utilização do brinquedo como terapêutica na assistência à criança hospitalizada. Porém ainda existem dificuldades para a implantação dessa prática, seja de recursos humanos, materiais e/ou estruturais. Referências: Kiche, MT. Almeida, FA. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. Rev Acta Paul Enf.2009 22(2):125-30.Jansen, MF. Santos, RM Favero, L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada.Rev Gaúcha Enf. 2010 31(2):247-253

14026

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VICTÓRIA TIYOKO MORAES SAKAMOTO

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA CRIANÇA HOSPITALIZADA: MÉTODOS LÚDICOS PARA O CUIDADO SEGURO

Sakamoto, VTM; Wegner, W; Canabarro, ST;

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA CRIANÇA HOSPITALIZADA: MÉTODOS LÚDICOS PARA O CUIDADO SEGURO Introdução: A segurança do paciente é necessária para minimizar eventos adversos que interferem no cuidado da criança. As estratégias lúdicas estabelecem uma relação de confiança com a criança por meio de oficinas, buscando enfrentamento, para que não seja um momento prejudicial para seu desenvolvimento[1]. O enfermeiro deve garantir a segurança da criança hospitalizada[2]. Objetivos: Descrever a utilização do brinquedo terapêutico (BT) no preparo da criança para procedimentos invasivos e analisar suas potencialidades na prevenção de eventos adversos. Métodos: Trata-se de estudo qualitativo descritivo, realizado com crianças hospitalizadas em Unidade de Internação Pediátrica. As informações serão coletadas em oficinas de criatividade pelo método criativo sensível. Serão inicialmente incluídas quinze crianças, ampliando mediante saturação das informações. O processo de análise será temática[3]. O projeto atenderá as normas bioéticas e será apreciado por Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Espera-se que a utilização de estratégias como o BT sejam efetivas no preparo da criança para procedimentos invasivos, pois o lúdico se configura como ferramenta potencializadora do processo de cuidado, principalmente na prevenção de eventos adversos. Conclusão: O preparo da criança para procedimentos invasivos por meio do BT é requisito para a segurança da criança hospitalizada e evita falhas no cuidado. Contribuições à Enfermagem: Acredita-se na possibilidade de minimizar sentimentos de medo e ansiedade na realização dos procedimentos, incluindo o BT como estratégia de trabalho no cotidiano do enfermeiro. Referências: 1. Malagutti W. Oncologia pediátrica: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2011. 2. Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(3): 427-434. 3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. Descritores: Criança hospitalizada; Ludoterapia; Segurança do paciente.

14154

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VICTÓRIA TIYOKO MORAES SAKAMOTO

A VIVÊNCIA DE PAIS NO CUIDADO HOSPITALAR À CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA

Sakamoto, VTM; Barreto, TSM; Magagnin, JS; Waterkemper, R; Budag, R; Canabarro, ST;

Introdução: A cardiopatia congênita é considerada um fator estressante e desestabilizante não só para a criança acometida, mas para a família envolvida. Esta doença geralmente é diagnosticada precocemente, isto é, na gestação ou logo após o nascimento. Entretanto, sua descoberta é ambivalente, possibilita uma rápida intervenção e contribui para um prognóstico melhor, mas o vínculo da díade criança-família pode ser prejudicada dada a vulnerabilidade dos envolvidos. Neste contexto, faz-se necessário um manejo adequado e uma articulação equilibrada entre o estado físico e psíquico que foram abalados pelo diagnóstico e pelas intervenções terapêuticas. As malformações cardiovasculares apresentam multifatores etiológicos, entretanto, os fatores genéticos e ambientais são considerados os mais relevantes. Dentre os fatores ambientais que podem contribuir com a predisposição da cardiopatia congênita, pode-se elencar rubéola materna, desnutrição, diabetes materno, idade materna superior a 40 anos, uso de fármacos teratogênicos e exposição à radiação. Já os fatores genéticos são alterações cromossômicas, genes mutantes e história familiar de cardiopatia são considerados de forte predisposição.1,2 Além dos fatores fisiopatológicos e epidemiológicos, é fundamental enfatizar que o processo da doença apresenta grande repercussão não só na vida da criança, mas também na vida de seus responsáveis, ocasionando vários sentimentos. Os pais, com suas crenças e interpretações, vão construindo uma imagem do filho, do processo de desenvolvimento, da doença e estado de saúde, até mesmo de si próprios, como educadores capazes de confrontar situações problemáticas.3 Os sentimentos de incapacidade e de luto pela perda do filho idealizado podem dar lugar a um sentimento de apreensão pelo filho real, podendo acarretar em preocupação, muitas vezes, exacerbada por parte dos pais para com o processo patológico. Busca-se ampliar o foco para abranger a percepção dos pais acerca do processo patológico, dificuldades, impacto causado sobre a qualidade de vida e como é o vínculo entre a díade pais-criança diante das intervenções terapêuticas realizadas. Além da necessidade de ampliar os dados científicos para subsidiar pesquisas posteriores, há carência dos pais por orientações e suporte dos profissionais de saúde. Objetivos: Desvelar o significado da vivência de pais de crianças com cardiopatia congênita em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e os principais obstáculos enfrentados. Métodos: Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório desenvolvido junto à pais de crianças com cardiopatia congênita internadas na UTI pediátrica em um hospital de referência de Porto Alegre. Os sujeitos do estudo foram 11 pais e/ou mães de crianças com cardiopatia congênita com mais de oito horas de internação na UTI pediátrica após intervenção cirúrgica. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas conduzidas por questões norteadoras. Foram incluídos no estudo ser pai e/ou mãe, com idade igual ou superior a dezoito anos, tempo de internação na UTI pediátrica após procedimento cirúrgico mínimo de oito horas (tempo necessário para estabilização fisiológica da criança e diminuição da ansiedade da família), assim como aceitar participar do estudo voluntariamente. Como critério de exclusão utilizou-se não ser pai ou mãe da criança, ter idade inferior a 18 anos, ter menos de 8 horas de internação na UTI e não aceitar participar do estudo. A amostra foi delineada por meio da técnica de saturação de dados. O processo de análise foi desenvolvido através da técnica de análise de conteúdo do tipo temática de Minayo4. O projeto recebeu de aprovação sob o número CAAE 00719712.8.0000.5335 sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, todos os pais entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Resultados: O presente estudo permitiu construir duas categorias temáticas: sentimentos que envolvem o cuidar e fatores que dificultam o processo de cuidar

e adoecer. Dentre os sentimentos presentes desde o diagnóstico até o tratamento, observou-se a surpresa, angústia, medo, culpa, negação, desesperança, impotência e insegurança. Dentre as principais dificuldades encontradas pelos pais no cuidado à criança com CC foram: solidão, desestabilização financeira, desestabilização família. Conclusão: Sabe-se da importância em considerar o papel dos pais frente ao processo de cuidado à criança em diferentes contextos. Neste estudo, foi possível observar e compreender que a criança não é a única protagonista que necessita de uma atenção de qualidade durante a hospitalização, mas seus pais também. A hospitalização da criança tem, na maioria das vezes, uma representação de sofrimento e de traumas para a criança e sua família. Para os pais a experiência apresenta sentimentos permeados pelo sofrimento levando ao aparecimento de sentimentos negativos e dificuldades no enfrentamento do adoecer. A angústia e o medo foram os sentimentos mais evidenciados e apareceram a partir do momento em que os pais começaram a "dar-se conta" do problema, assim como perceber a real situação a ser enfrentada. São manifestações da incerteza do futuro do filho e de busca de causas, as quais incluem a própria atuação dos pais, o tempo para o diagnóstico e por isso a busca por um culpado. e pela impotência frente a patologia e sobretudo sobre a necessidade de cuidados específicos que são requeridos para a criança com cardiopatia. Associado aos sentimentos, as dificuldades mais evidenciadas nesta população foram a desestabilização financeira e familiar. Percebeu-se que as famílias que apresentam condições financeiras restritas apresentam maior dificuldade em equilibrar o cuidado a criança doente com os outros membros da família. Conciliar estes processos de organização financeira e familiar ao cuidado da criança com CC contribuiu para intensificar o mix de sentimentos negativos no enfrentamento deste momento. Diante deste contexto, compreende-se que cada família possui uma história de vida única, enfrenta dificuldades e necessita de apoio para ter uma melhor aceitação e mecanismos de enfrentamento em relação à doença e seu processo. Os profissionais de saúde esperam que essa família proporcione segurança e condições de cuidado adequadas para o desenvolvimento saudável da criança no momento da hospitalização. Entretanto, é fundamental que estes profissionais compreendam esta necessidade e gerenciem a assistência de enfermagem considerando-a como parte importante no cuidado à criança. Envolver os pais no cuidado como agentes ativos, participativos e não como únicos e isolados fornecedores deste são decisivos na sua segurança e efetividade do cuidado. Contribuições à Enfermagem: A enfermagem deve ter um olhar comprometido ao subsidiar o cuidado integral para a criança e seus pais, principais cuidadores, para que a díade seja capaz de sentir confiança e segurança nas proposições da equipe de saúde. O planejamento dos cuidados compartilhados com a família, no que diz respeito à comunicação, manejo e assistência na atenção à criança hospitalizada, torna-a mais segura e com a possibilidade de estabelecer um vínculo positivo com a criança mesmo frente à patologia a ser enfrentada. Acredita-se que este estudo contribua como fonte de conhecimento aos profissionais e aos acadêmicos a partir de evidências das principais necessidades de cuidado aos pais no vivenciar o processo de adoecer e cuidar da criança com cardiopatia congênita, assim como para a construção de possibilidades de gestão de uma assistência de enfermagem qualificada a esta população. Descritores: Cardiopatias congênitas. Criança hospitalizada. Enfermagem Referências: 1 Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP. Tratado de pediatria. São Paulo: Manole, 2007.p.2210. 2 Hockenberry, MJ; Wilson, D. Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.8.ed.,Rio de Janeiro,Elsevier,2011.p.1280. 3 Gomes, AG; Piccinini, CA. Malformações no bebê e maternidade, aspectos teóricos e clínicos. Psicologia Clínica. Rio de Janeiro,2010,22(1):15-38. 4 Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed.São Paulo:Hucitec,2010.

14184

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VITORIA MILENA DE MEDEIROS CABRAL

AVALIAÇÃO DO PRINCÍPIO DA LONGITUDINALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA ? PARAÍBA.

Cabral, VMM; Collet, N; Pedrosa, RKB; Vaz, EMC;

Introdução: A longitudinalidade é definida como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias (1). Objetivo: avaliar a longitudinalidade na atenção primária à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família. Metodologia: Pesquisa quantitativa, realizada no Distrito Sanitário III em João Pessoa, entre Julho e Dezembro de 2012 com cuidadores de crianças menores de dez anos. Os Resultados referentes à regularidade do atendimento, 89,5% dos cuidadores entrevistados afirmaram ser atendidos pelos mesmos profissionais. Entretanto, ao questionar se os usuários se sentem bem relatando suas preocupações relacionadas à saúde da criança, 8,4% responderam que não se sentem à vontade de conversar com o profissional. O usuário ao ser questionado se o profissional de saúde respondia claramente suas perguntas, 3,2% responderam que isso não acontecia e quando questionados se gostariam de mudar de serviço e/ou profissional, 30,8% responderam que com certeza mudariam de serviço. Ao perguntar aos usuários se os profissionais de saúde quando prescrevem um medicamento, sabem se os mesmos podem comprá-lo, 40,4% responderam que os profissionais desconhecem esses problemas. Conclusão: Evidenciou-se a deficiência no vínculo estabelecido entre profissionais de saúde e usuários onde a formação da longitudinalidade obtida não caracteriza uma efetividade da ESF. Contribuições: Oferecer subsídios quanto à necessidade de formação de vínculo no atendimento à criança na atenção primária à saúde. Descritores: Avaliação dos serviços de saúde. Atenção Primária a saúde. Criança. Referências 1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

13779

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VITÓRIA REGINA DOMINGUES SODRÉ

FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO DE CRIANÇAS DE UMA COMUNIDADE DO RIO DE JANEIRO

Sodré, VRDS; Silva, FNFS; Souza, MHNS;

É inquestionável o valor do leite materno como fonte nutricional exclusiva para a criança nos primeiros seis meses de vida, onde dentre vários benefícios evidencia-se a prevenção da morbi-mortalidade infantil. Este estudo teve como objetivos: avaliar a prevalência do aleitamento materno e analisar os fatores associados à prática da amamentação em uma comunidade do Rio de Janeiro. A abordagem metodológica foi de natureza quantitativa, sendo o estudo do tipo seccional. A amostra foi composta por 67 mães de crianças menores de dois anos de uma comunidade que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, em 03/04/2013, sob o registro no.236/478 da Plataforma Brasil. A coleta de dados foi realizada por acadêmicos de enfermagem mediante uma entrevista com base em um formulário semi estruturado. Os dados foram analisados pelo programa Epi-info versão 3.5. Os resultados mostraram que a média da idade materna foi de 26 anos, 74,6 % viviam com o pai da criança, 92,4% foram a mais de 6 consultas de Pré-natal, 52,2% realizaram parto cesárea. Durante a fase a amamentação as mães contaram com a ajuda prioritária do companheiro ou da sua mãe. Com relação às crianças: 66,7% foram amamentadas no quarto de hospital, 26,7% receberam água e chás com menos de 2 meses, cerca de 48,8% foram amamentadas por mais de 6 meses de idade. Conclui-se que o conhecimento dos fatores associados à prática da amamentação constitui em um importante subsídio para a implementação das intervenções dos profissionais de saúde, voltadas para a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno, bem como para a melhoria da qualidade de vida da população. Palavras Chave: aleitamento materno, saúde da criança, assistência de enfermagem

14000

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VITÓRIA REGINA DOMINGUES SODRÉ

A PROBLEMÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Sodré, VRD; Santos, AEVD; Lucas, EAJCF; Veiga, MEDES;

A automedicação é um dos problemas de maior complexidade em saúde pública. A Organização Mundial da Saúde estima que pelo menos metade dos medicamentos sejam vendidos de forma inadequada e, destes, 50% são consumidos de forma imprópria. Este estudo teve como objetivo caracterizar a produção científica sobre a temática da automedicação na infância no período de 1998 à 2013, analisar a produção científica encontrada buscando as lacunas na produção de conhecimento na temática estudada e discutir as implicações dos principais resultados evidenciados na produção científica à luz da prática profissional da Enfermagem. Realizou-se uma revisão bibliográfica, com os artigos sendo pesquisados nas bases de dados LILACS e MEDLINE, a partir dos descritores automedicação e criança. A amostra constituiu-se de nove artigos. As publicações analisadas evidenciam a prevalência significativa de consumo medicamentoso na infância sem prescrição médica, o tipo de medicamento mais utilizado com predileção para os antitérmicos e analgésicos, o local de armazenamento dos medicamentos, de forma artesanal, no domicílio, tendo a cuidadora-mãe como agente principal dessa prática e ainda a forma de uso dos medicamentos, bem como a administração de dosagem inadequada. As publicações também destacam os fatores motivacionais tendo a ansiedade, a febre e a dor como fatores de maior prevalência à indução da prática da automedicação. Destaca-se ainda o incentivo da prática da automedicação pela mídia, principalmente, a mídia televisiva. É necessário que se reconheça o forte valor simbólico que os medicamentos possuem para a população, transcendendo sua atividade terapêutica, o que contribui para um maior consumo destes.

14253

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VIVIANE MARTEN MILBRATH

CRIANÇA/ADOLESCENTE COM PARALISIA CEREBRAL: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA

Milbrath, VM; Motta, MGC;

Introdução: A compreensão da família em relação à criança/adolescente com paralisia cerebral, ou seja, a forma como a família percebe a criança/adolescente encontra-se arraigada na forma com que a família cuida da criança/adolescente. Dessa forma, a compreensão que a criança/adolescente tem de si depende da relação que ela mantém com os outros, mais especificamente da relação que mantém com a família. A forma como o ser é está ligada às relações que o indivíduo mantém. O homem é um ser social e como um ser social influencia e é influenciado pelo meio no qual está inserido1. Para Merleau-Ponty2 , o ser é aquilo que os outros veem dele, ou seja, o que o ser é deve-se muito às relações que ele mantém com os outros. A percepção do outro, a sua compreensão em relação a determinado objeto, ou ser, dá o sentido, ou, pelo menos sob alguma perspectiva, ajuda a influenciar a compreensão que esse ser têm de si mesmo. Assim, a compreensão que a família tem da criança/adolescente com paralisia cerebral encontra-se fortemente atrelada à autocompreensão que a criança/adolescente possui de sua situação existencial. Dessa forma, o fato de a criança/adolescente compreender-se saudável ou doente é influenciado pela percepção que a família tem de sua situação existencial. O amor e o cuidado recebido de seus pais vão oferecendo condições para a criança desenvolver todo o seu potencial humano e manifestar sua própria maneira de ser3. As relações de amor e de cuidado que a criança/adolescente estabelece com sua família têm influência direta na percepção que ela tem de si e da sua forma de ser - no -mundo. Objetivo: Desvelar como a família percebe a criança/adolescente com paralisia cerebral em relação ao seu processo de saúde e de doença. Metodologia: Trata-se de um estudo - qualitativo, com abordagem fenomenológica - hermenêutica - foi realizado na cidade de Pelotas no estado do Rio Grande do Sul, do qual participaram onze crianças/adolescentes com paralisia cerebral e suas famílias, representadas pelas mães. Os critérios de inclusão foram ter diagnóstico de paralisia cerebral, com comunicação verbal compreensível, idade de sete até dezenove anos, e que frequentavam as instituições analisadas neste estudo que são o Centro de Apoio, Pesquisas e Tecnologias para Aprendizagem, Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais, Projeto Carinho, o Segundo Tempo do Núcleo de Estudos em Atividades Física Adaptada da Universidade Federal de Pelotas. O estudo foi aprovado sob o número 329/2011 pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. As informações foram obtidas no período de outubro de 2011 a Junho de 2012, cuja coleta ocorreu a partir da observação participante, o diário de campo e a entrevista fenomenológica. As informações foram interpretadas por meio da abordagem hermenêutica. Resultados: As mães percebem seus filhos saudáveis, e mesmo sabendo de suas limitações as consideram parte da sua condição existencial. As crianças/adolescentes com paralisia cerebral nasceram com determinada condição existencial que lhes confere características específicas, o que não significa necessariamente ser doente. As Mães dizem que a paralisia cerebral é uma condição ? foi uma facticidade existencial que a criança viveu, pois a saúde e a doença são modos do homem existir no mundo. Nessa perspectiva, essas mães percebem a paralisia cerebral em seus filhos como parte da sua condição existencial, da sua forma de existir no mundo. No entender de Roselló4, para se adoecer é necessário que ocorra uma mudança na vida da pessoa. Nesse sentido, o que as mães desse estudo dizem é que percebem seus filhos saudáveis porque foi assim que eles vieram ao mundo, em nenhum momento vivenciaram uma mudança em suas vidas. Muitas vezes, essas crianças são percebidas pela sociedade em geral, e até pelos profissionais de saúde, como doentes, sem valorizar a saúde e o potencial de superação

do ser, de encontrar-se aberto a infinitas possibilidades. Busca-se na ciência há constante criação de médias em saúde, que ditam o que é normal e o que é patológico, ou melhor, o que está saudável e o que está doente. Quando algo ou alguém não se encaixa nos valores-padrão é "marginalizado". Ressalta-se que a saúde não permite que valores estabelecidos como médias sejam impostos5 . As participantes do estudo relatam compreenderem que as crianças/adolescentes com paralisia cerebral são seres humanos completos com potencialidades e limitações que fazem parte do existir como humano no mundo. Conclusão: A compreensão de saúde e de doença que as mães das crianças/adolescentes com paralisia cerebral possuem vai além das questões fisiopatológicas do organismo humano, abarcando uma conjuntura histórica e social. Compreender a paralisia cerebral como uma condição existencial faz com que percebam a criança/adolescente como um ser saudável, que possui possibilidades e limites existenciais que lhe são próprios. A família ao compreender a criança/adolescente com paralisia cerebral como um ser saudável proporciona a ela a criação de uma autoimagem na qual passa a se compreender como um ser que pode atingir todo seu ser-capaz-de-fazer. Contribuições/implicações para enfermagem: Pensar saúde e doença em uma perspectiva filosófica é um processo complexo, que exige um exercício de reflexão que ultrapassa a concepção da saúde e doença como polaridades de uma dialética. Ou seja, para pensar o processo de saúde e de doença é importante ter em mente que um não anula o outro, assim, estar doente não é exatamente não estar saudável. Nessa conjuntura, o cuidado de enfermagem prestado a essas crianças/adolescentes e famílias, necessita compreender a situação existencial na qual essas crianças/adolescentes se encontram, para que se possa elaborar um cuidado à saúde que auxilie na criação de possibilidades existenciárias que permitam que a criança/adolescente alcance todo seu poder-ser. Descritores: Criança com deficiência; Família; Paralisia Cerebral Referências: 1 Heidegger, M. Seminários de Zollinkon. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2009. 2 Merleau-Ponty, M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes. 1999. 662p. 3 Motta, MGC. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: Elsen, I.; Marcon, SS.; Silva, MRS. (Org.) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem. 2004. p.153-167. 4 Roselló, FT. Antropologia do cuidar. Petrópolis: Vozes. 2009. 5 Gadamer, HG. Verdade e Método II: complementos e índices. 4.ed. Petrópolis:Vozes, 2009.

14002

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VIVIANE SILVA DE JESUS

CONTRAINDICAÇÃO DA VACINAÇÃO INFANTIL: CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Oliveira, MS; Jesus, VS; Siqueira, SMC; Camargo, CL; Quirino, MD; Souza, ZCSN;

INTRODUÇÃO: A vacinação é um meio seguro e eficaz na prevenção e controle de doenças infectocontagiosas, todavia existem algumas situações em que são contraindicadas o uso dos imunobiológicos disponibilizados pelo Programa Nacional de Imunização. As contraindicações podem acontecer quando a criança apresenta algum evento adverso grave em dose anterior, como reações alérgicas, de hipersensibilidade, encefalopatias, anafilaxias, choque, episódios hipotônico-hiporresponsivo e vários outros sintomas graves que determinem a hospitalização. Ainda está contraindicada a vacinação em crianças com imunodeficiência congênita ou adquirida; acometidas por neoplasias malignas e que estão em tratamento com corticoides em esquemas imunodepressores, ou submetidas a terapêuticas imunodepressoras (quimioterapias antineoplásicas, radioterapias)1. Salienta-se que estas crianças que apresentam os quadros clínicos citados, podem ter acesso as vacinas inativadas disponibilizadas pelo Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais1. Dessa forma, é necessário que os profissionais de enfermagem tenham prudência antes de contraindicar qualquer imunobiológico em virtude da ocorrência de evento adversos de qualquer outra vacina anteriormente administrada; isso se justifica porque muitos destes eventos não têm associação causal com a vacina recebida e a maioria deles não constitui contraindicações para as doses subsequentes, por isso é fundamental que enfermeiros e técnicos de enfermagem, conheçam as manifestações que contraindicam o prosseguimento do esquema vacinal2. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das contraindicações vacinais para criança. METODOLOGIA: Estudo de natureza descritiva, exploratória e qualitativa, realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde do município de Feira de Santana, Bahia. Participaram do estudo quinze profissionais de Enfermagem, sendo oito enfermeiros e sete técnicos em Enfermagem. Foram entrevistados profissionais que estavam presentes nas salas de vacinas no momento da coleta de dados, desejaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2011, por meio de entrevista semiestruturada. utilizou-se um instrumento de coleta de dados composto de duas partes: a primeira continha questões acerca da caracterização sócio demográfica dos participantes e a segunda composta de questões sobre o objetivo do estudo. Após a realização das entrevistas, as respostas foram transcritas na íntegra e posteriormente os dados foram analisados mediante a técnica de Análise de Conteúdo. Utilizou-se os códigos ENF01 a ENF15 para identificação dos participantes, como forma de garantir a sua privacidade e sigilo das informações. A pesquisa considerou a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e a coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, sob o protocolo nº 184/2011, CAAE 002.0.059.000-11. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Quando perguntados sobre situações que contraindicavam o prosseguimento do esquema vacinal em crianças, alguns entrevistados se reportaram ao preconizado pelo Ministério da Saúde: "Oh, pelo Manual do Ministério, situações que contraindicam são reações assim se criança tiver reações sistêmicas como, algum problema neurológico após a vacinação, aí no caso, por exemplo, tem vacinas que vão vir especial para aquela criança (ENF 01);" "[...] são contraindicadas no caso de AIDS, crianças aidéticas ou que tem sintomas da AIDS a vacina é contraindicada nesses casos assim ela toma outras vacinas que vem especial pra esse tipo de criança [...]

(ENF 09)"; "Só se ela apresentou uma reação de hipersensibilidade na primeira dose, aí se ela apresentou, foi notificado, foi constatado a gente não administra mais a segunda dose (ENF 13)." Os profissionais de enfermagem devem avaliar criteriosamente situações especiais nas quais pode haver maior possibilidade de ocorrência de eventos adversos pós-vacinais potencialmente graves e insuficiente resposta protetora vacinal, dessa forma estes casos devem ser analisados com cautela, buscando a melhor conduta frente a continuação do esquema vacinal, que pode ser a utilização de imunobiológicos especiais 3. Todavia, notou-se que houve dúvida de alguns entrevistados sobre as contraindicações: o profissional afirma que o conhecimento sobre contraindicações não precisa estar relacionado com sua prática que se resume apenas a técnica de aplicação. "Não, não tem nenhuma doença, muito pelo contrário, quando a criança tá doente, é recomendado que tome todas as vacinas, pra ela ficar imune, pra facilitar o tratamento e não adquirir outro tipo de doença. [...] quando tem alguma alergia a substância da vacina, aí é o médico que vai orientar, e a mãe já chega aqui e já fala que determinada vacina meu filho não toma, porque o médico já falou, isso aí já vem direto da medicina lá eles que já orientam pra mãe, a gente já não tem muito conhecimento sobre isso não, porque a gente estuda só vacina, só fazer a vacina e sabe só orientar sobre o que a gente tá fazendo, mesmo que a gente saiba de alguma coisa, a gente não pode passar para o paciente porque pode ser que a orientação não seja precisa (ENF 15) " Autores4 afirmam que, a competência profissional reúne três saberes: saber saber; saber fazer e saber ser. Na Enfermagem pode-se dizer que é necessário ter domínio de conhecimentos que assegurem ações precisas junto a pessoa a ser cuidada. Mas não é suficiente saber, é necessário também o domínio, a destreza e a habilidade por parte de quem as executa. Por fim, o enfermeiro e técnico de enfermagem precisam aprender a utilizar as habilidades interpessoais como o diálogo e a escuta contribuindo assim para a eficácia na assistência4. CONCLUSÃO: Destaca-se a necessidade dos profissionais de enfermagem associarem suas atividades práticas ao conhecimento científico, como forma de garantir a segurança da clientela que chega aos serviços de saúde para atualizar seus esquemas vacinais, pois o embasamento teórico levará a condutas corretas frente a situações que necessitem avaliar a possibilidade de contraindicação dos imunobiológicos que devem ser aplicados as crianças segundo faixa etária e condições de saúde. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Conhecer as situações que contraindicam a aplicação das vacinas é imprescindível para uma assistência qualificada nos serviços de imunização, o conhecimento deve abranger todos os aspectos teóricos e práticos relacionados à vacinação, garantindo assim a eficácia dos programas e consequentemente evitando falsas contraindicações que resultam em proteção inadequada das crianças de doenças infectocontagiosas graves e/ou fazendo ressurgir agravos já controlados ou erradicados.

14042

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

WALDOMIRO ROBERTO TAVARES

ANÁLISE DOS INDICADORES DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO APÓS IMPLANTAÇÃO DA REDE AMAMENTA BRASIL NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP.

Reis, MCG; Quaqlio, WH; Tavares, WR; Barbaro, MC; Dourado, RCC; Nakano, AMS;

INTRODUÇÃO: O AM como principal forma de prevenção de mortes e promoção da saúde do binômi tornou-se tema nas diversas campanhas e programas governamentais, pois AME não está consolidado em nossa sociedade, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. A partir deste contexto criou-se A RAB, em 2008 Portaria MS/GM nº 2799 com finalidade de aumentar índices de AM. OBJETIVOS: Avaliar as pactuações nas 17 unidades de saúde que realizaram Oficinas e verificar indicadores de AME. METODOLOGIA: Buscou-se dados nas fichas de monitoramento pelos tutores que acompanharam estas unidades trimestralmente, no período janeiro 2010 a dezembro 2012 e discutiram dificuldades e possibilidades das ações locais voltadas à amamentação. RESULTADOS: Pactuadas total 106 ações de promoção do aleitamento no pré natal, pós natal e comunidade. (média de 7 por unidade, com variação de 3 a 14).Totalmente implantadas 78 ações (73 %), parcialmente 14 ações (13%) e não implantadas 14 (13%) respectivamente. Indice de AME em crianças menores de 6 meses, monitoradas nas salas de vacinas ou em visitas domiciliares destas unidades foi de 63,3% (com variação de 37,0% a 78,1%). IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Esta possibilitou melhora dos indicadores e houver sensibilização dos profissionais para incentivo e manutenção do AM e melhora no cuidado materno-infantil diminuindo riscos e agravos à saúde da criança. CONCLUSÃO: Houve possibilidade de implementação das ações de aleitamento na atenção básica do município e diferença significativa nos índices AME nas unidades, quando comparado ao índice de AME realizado na campanha de vacinação de 2011, que foi de 32,5% (Projeto Amamentação e Municípios-Amamunic- SES). DESCRITORES: indicadores; aleitamento materno; atenção básica. REFERÊNCIA:

1- Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil: Os primeiros passos(2007-2010), 2011; 2- www.saúde.ribeiraopreto.sp.gov.br/programas/ , 2012.

14234

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

WILIAM WEGNER

ADMISSÃO DE PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA: EXPERIÊNCIAS DA UTI PEDIÁTRICA DE SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM PORTO ALEGRE/RS

Fragoso, AS; Parulla, CD; Canabarro, ST; Wegner, W; Oliveira, CP;

ADMISSÃO DE PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA: EXPERIÊNCIAS DA UTI PEDIÁTRICA DE SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM PORTO ALEGRE/RS Introdução: As cardiopatias congênitas constituem-se de anormalidades estruturais do coração e de grandes vasos presentes no nascimento, podendo ser classificadas em duas categorias, definidas pela característica física, em cardiopatias cianóticas e acianóticas. Sua etiologia pode ser desconhecida, porém fatores pré-natais e genéticos podem estar associados. Os defeitos cardíacos correspondem à má-formação congênita mais comum, afetando 8:1000 nascidos vivos. Dentre os cardiopatas 20-30% morrem no 1º mês de vida por insuficiência cardíaca ou crises de hipóxia, e cerca de 50% morrem até o final do 1º ano de vida quando não recebem tratamento adequado(1-2). Devido à evolução das intervenções cirúrgicas é imprescindível uma assistência qualificada tanto no aspecto técnico, quanto científico e, para tal, o uso de tecnologias atua como um grande aliado da equipe de saúde. Os cuidados e intervenções no perioperatório são compartilhados por uma equipe multiprofissional, na qual todos almejam a sobrevivência da criança e recuperação plena da função cardíaca para o seu crescimento e desenvolvimento. A assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) tem como prioridade os cuidados na admissão do pós-operatório imediato e seu seguimento, visando à manutenção e recuperação da estabilidade hemodinâmica, funções respiratórias, renais e gastrointestinais; sistema neurológico e hematológico, reposição volêmica e eletrólitos parenterais; nutrição; complicações no pós-operatório e dor. A segurança do paciente pediátrico nesse contexto é um aspecto fundamental para o sucesso da recuperação, já que a criança passará por inúmeros procedimentos invasivos e receberá várias terapias medicamentosas. Objetivo: descrever o processo de preparação da equipe de enfermagem para admissão de pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca na UTIP de serviço referência para esse procedimento. Metodologia: trata-se de um relato de experiência realizado no segundo semestre de 2013 sobre o processo preparação e organização da equipe de enfermagem para a admissão imediata de criança cardiopata submetida a procedimento cirúrgico de correção em UTIP de hospital de grande porte da cidade de Porto Alegre/RS. A descrição das atividades foi realizada em conjunto por docentes, enfermeiros preceptores e enfermeiras residentes de UTIP que desenvolvem suas atividades nesse setor. A coleta das informações ocorreu a partir da experiência dos envolvidos e sua atuação no setor. A análise das informações ocorreu a partir da descrição minuciosa dos cuidados de enfermagem e intervenções realizadas na admissão imediata da criança no Pós-operatório e problematização com as evidências disponíveis na literatura. Resultados: o processo perioperatório da criança com cardiopatia congênita pode iniciar de duas maneiras: ela pode vir transferida direto do setor de neonatologia para correção imediata após o nascimento ou ela tem um defeito que precisa ser corrigido em algum momento da vida. No primeiro caso, imediatamente após o nascimento o recém-nascido é submetido à cirurgia para reparação do defeito que possivelmente é incompatível com a vida, havendo restrito preparo da família sobre as orientações pré-operatórias. Na segunda possibilidade, a criança já é admitida na UTIP previamente ao procedimento para adaptação e monitorização. A partir da etapa transoperatória e no pós-operatório imediato os cuidados de enfermagem e intervenções são similares. O pós-operatório de cirurgia cardíaca inicia antes mesmo do início do procedimento, quando o enfermeiro do bloco cirúrgico (BC) entra em contato com o enfermeiro da UTIP para confirmar a reserva do

leito, neste momento são passadas algumas informações a respeito do paciente como: nome completo, idade, peso e cirurgia a ser realizada. O enfermeiro da UTIP, por sua vez, disponibiliza para o BC a cama do paciente equipada com torpedo de O2, ambú com máscara adequada para idade e peso da criança, suporte para soro, bombas de infusão com baterias carregadas e monitor multiparâmetros. Durante o transoperatório o enfermeiro do BC passa para UTIP informações adicionais como número de pressões invasivas, uso ou não de marca passo, bem como uso de óxido nítrico, informações estas relevantes para a admissão segura do paciente. O processo de preparação e organização da equipe de enfermagem é facilitado por haver um sistema de câmeras que apresenta em tempo real todo o processo transoperatório que pode ser acompanhado pela equipe na UTIP, este recurso tem sido considerado um grande avanço no que tange pós-operatório cardíaco, pois possibilita à equipe da UTIP um maior conhecimento dos procedimentos cirúrgicos realizados e consequentemente melhor assistência ao paciente. O recebimento do paciente no pós-cirúrgico é realizado normalmente por dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e pela equipe médica. As condutas iniciais ao receber o paciente incluem: posicionamento adequado no leito; conectar o paciente ao respirador, ajustando os parâmetros necessários; abertura e aferição de drenos torácicos, que podem ser pleural bilateral, unilateral ou mediastinal; identificar acessos vasculares: infusão de drogas e hidratação venosa; cateteres para monitorizações: pressão venosa central (PVC), pressão arterial média (PAM), pressão de átrio esquerdo (PAE), e em alguns casos CO2 e saturação venosa central. Enquanto isto, os técnicos de enfermagem registram os sinais vitais e verificam drenagem de sondas nasogástrica e vesical. O enfermeiro realiza ainda a colheita de sangue para exames laboratoriais; realiza eletrocardiograma; verifica a posição da cânula traqueal, sua fixação adequada, solicitando o RX de tórax para confirmar posição do tubo. O pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca é uma das fases mais importantes no tratamento, pois é neste momento que se presenciam a maioria das complicações do procedimento realizado, podemos destacar o tempo de circulação extracorpórea, tempo de cirurgia e comorbidades associadas como os principais desencadeadores das complicações(3-4). Conclusões: No processo de cuidado da criança no período pós-cirúrgico, a equipe de enfermagem deve combinar as tecnologias em saúde, mesclando ferramentas e equipamentos de última geração, o saber científico interdisciplinar e as relações interpessoais que fortalecem o trabalho em equipe(5). Esses aspectos almejam a garantia da segurança do paciente na UTIP. Implicações para enfermagem: O acompanhamento do procedimento cirúrgico colabora para organização do trabalho e preparação para admissão imediata e seguimento do cuidado prestado pela equipe de enfermagem. Reforça-se a necessidade da adoção de práticas seguras, manejo rápido e eficiente na UTIP, além de centrar o cuidado na família que acompanha a criança hospitalizada. Descritores: UTI pediátrica; enfermagem; saúde da criança. Referências: 1. Nina RVAH et. al. O escore de risco ajustado para cirurgia em cardiopatias congênitas (RACHS-1) pode ser aplicado em nosso meio? Rev Bras Cir Cardiovasc 2007; 22(4): 425-431. 2. Pinto Jr VC, Daher CV, Sallum FS, Jatene MB, Croti UA. Situação das cirurgias cardíacas congênitas no Brasil. Rev Bras Cir Cardiovasc 2004 abr./jun. 2004;19(2):III-VI. 3. João PR, Junior FF. Cuidados imediatos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Jornal de Pediatria, 2003, Vol.79, Supl.2. 4. Jansen D, Silva KVPT, Novello R, Guimarães TCG, Silva VG. Assistência de enfermagem à criança portadora de cardiopatia. Rev SOCERJ. 2000;13(1):22-9. 5. Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2006; v. 08, n. 03, p. 422 - 430.

14023

EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

YVONE APARECIDA ESTEVAM DE SOUZA CAMPOS

UMA EXPERIÊNCIA DIFÍCIL E AMEDRONTADORA: A VIVÊNCIA DA CRIANÇA PORTADORA DE HIV EXPRESSA EM SUA BRINCADEIRA

Campos, YAES; Borba, RIH; Almeida, FA; Ribeiro, CA;

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana-HIV, constitui um grande problema de saúde pública e apesar do progresso na redução da disseminação de HIV, grandes desafios ainda permanecem. Globalmente, o HIV/AIDS é a principal causa de morte entre mulheres em idade fértil, além de representar uma das principais causas da mortalidade materna, de doença infantil e da morte em contextos de alta prevalência1. A literatura é vasta no que diz respeito aos aspectos epidemiológico e imunológico do HIV e sobre o acesso e utilização da terapia antirretroviral. Entretanto, há escassez de pesquisas que busquem compreender a experiência de ser portadora de HIV sob a ótica da própria criança, o que motivou a realização deste estudo. Esta população tem sua rotina diferenciada, pela quantidade de medicamentos administrada, por seu sabor desagradável e efeitos colaterais, ou pelos cerceamentos advindos da tentativa de prevenção de infecções associadas2. Além disso, a imaturidade do sistema imunológico, a resistência do vírus a medicamentos ou as próprias infecções associadas fazem com que não sejam raras as internações hospitalares, o que gera um custo emocional e social para a criança e a toda a família. É frequente, ainda, que seus pais e outros familiares sejam infectados pelo HIV; que elas sofram perdas na família e que passem por constantes estigmatizações e discriminações sociais, por meio de inúmeras formas de violência. Considerando tais aspectos, a assistência de Enfermagem prestada às mesmas deve utilizar abordagens adequadas de comunicação e relacionamento, dentre as quais se destaca o Brinquedo Terapêutico (BT). Sua utilização é recomendada sempre que a criança necessitar aliviar a tensão decorrente de alguma experiência, quando apresentar dificuldade em compreender ou lidar com a situação, ou como forma de comunicação entre ela e o enfermeiro3. Estudo qualitativo, que teve a Análise Qualitativa de Conteúdo como referencial metodológico4 e o Interacionismo Simbólico como referencial teórico5. Foi realizado com pré-escolares e escolares portadores de HIV, em tratamento ambulatorial e teve como objetivo compreender, como é para a criança a vivência de ser portadora de HIV, com base em suas manifestações em uma sessão de Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD). Os sujeitos constituíram dois grupos amostrais, de acordo com ter, ou não a revelação de seu diagnóstico. Os dados foram coletados por meio de uma sessão individual de BTD. Antes do início, o estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, sob o nº 0381/10. As dramatizações, verbalizações e desenhos emanados nas sessões de BTD permitiram compreender que, para as crianças, esta é uma vivência permeada por situações difíceis de enfrentar, estressantes e por uma rotina que as expõe a experiências que se mostram complexas e incompreensíveis e que interferem na estrutura e na dinâmica familiar. Dessa forma, ser portadora de HIV constitui, para elas UMA EXPERIÊNCIA DIFÍCIL E AMEDRONTADORA, pois as mesmas se percebem portadoras de uma doença compartilhada por elas e seus familiares, especialmente, pais e irmãos, a qual envolve um segredo, que deve ser mantido em sigilo, conforme revelado nas categorias "Reconhecendo o caráter familiar da doença" e "A doença constituindo um segredo". Demonstraram vivenciar preocupações com as manifestações respiratórias e a febre, que se preocupam com a integridade de sua própria saúde e de seus familiares e que têm medo da morte, segundo as categorias "Preocupando-se com as manifestações respiratórias e com a febre" e "Preocupando-se com a integridade física e com a morte". Revelaram que veem os profissionais da saúde como hostis e pouco confiáveis, segundo a categoria "Vendo os profissionais da saúde como hostis e pouco

confiáveis". Demonstraram relacionar a quantidade de medicação, o sabor desagradável e a dor inerentes ao tratamento à gravidade da doença, conforme apontado na categoria "Sendo o tratamento difícil, intrusivo e gerador de tensão", constituindo-se, entretanto, no único caminho para não mais ficar doente, segundo a categoria "Reconhecendo o tratamento, como o caminho para não mais ficar doente". A realização das sessões de BTD permitiu, também, a expressão de seus desejos, como o de ter "vida de criança", desenvolvendo atividades normais da infância, não relacionadas à doença, e o desejo de reestruturação da dinâmica familiar, conforme descrito nas categorias "Desejando a união e a harmonia familiar" e "Desejando ter vida de criança". As crianças demonstraram, ainda, o quanto brincar foi importante para o enfrentamento da experiência, possibilitando-lhes extravasar a tensão relacionada à mesma, o que manifestaram por meio de intensa dramatização de procedimentos, especialmente, os relacionados à utilização de agulhas, conforme demonstrado na categoria "Sendo importante brincar para enfrentar a situação". Tal vivência foi representada simbolicamente em uma figura, composta pelas categorias, que juntas compoem o rosto de uma bruxa, personagem que assombra o imaginário infantil e, frequentemente, ameaçava os personagens nas dramatizações das crianças do estudo. Destacamos que o medo causado pela interação com a doença está presente o tempo todo em sua vida, permeando sua relação com a família, uma vez que as crianças são capazes de perceber as mensagens implícitas nas interações que vivenciam, por meio de conteúdos verbais, não verbais e simbólicos. Dessa forma, acreditamos que crescer interagindo com o medo dos pais as ensina que temam o adoecimento e que pensem na iminência de sua própria morte, assim como na de seus entes queridos. Nesse contexto, a família adota comportamentos protetores que privam a criança das atividades normais da infância, que ela passa a compartilhar, porém, sem abrir mão do desejo de ter vida de criança, mesmo diante de tantos procedimentos, privações e relações atribuídas à vivência de ser portadora de HIV e de seu tratamento. Destacamos que conviver com uma doença sobre a qual não é permitido perguntar e nem receber explicações, facilita o desenvolvimento de conceitos equivocados. Assim, consideramos que a realização deste estudo foi essencial para ampliar o conhecimento a respeito da vivência da criança portadora de HIV, oferecendo subsídios aos profissionais para que atendam à demanda de cuidados dessa criança e sua família e reforçamos a importância dos serviços que atendem tal população promoverem um espaço de escuta e comunicação com a criança e sua família, sistematizando a técnica do BT enquanto conduta indispensável na assistência de Enfermagem. Palavras chave: Jogos e Brinquedos; HIV; Enfermagem Pediátrica. REFERÊNCIAS 1. Organização das Nações Unidas. Unaids. Posicionamento do Unaids: Resposta à AIDS para fortalecer sistemas de saúde. "Disponível em: . Acesso em: 11/03/2012. 2. Silva LJ, Leite JL. Quando brincar é cuidar: acadêmicos de enfermagem e o cuidado a crianças hospitalizadas com HIV/AIDS. Rev Soc Bras Enferm Pediatr. 2004;4(2):69-78. 3. Ribeiro CA, Almeida FA, Borba RIH. A criança e o brinquedo no hospital. In: Almeida FA, Sabatés AL. Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri: Manole; 2008:65-77. 4. Mayan MJ. An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals. Edmonton: International Institute for Qualitative Methodology, University of Alberta; 2001. 5. Charon JM. Symbolic Interacionism: an introduction, an interpretation, an integration. Boston: Prentice-Hall; 10ª Ed. 2010.

14570

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ADRIANA DALL'ASTA PEREIRA

SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELO ADOLESCENTE PORTADOR DE CÂNCER

Pereira, ADP; Santos, CFS; Ferreira, CLLF; Viero, VV; Zamberlan, CZ; Nunes, SN;

O diagnóstico de câncer no adolescente gera mudanças significativas na vida da mesma e da sua família. O adolescente deixa de realizar atividades que fazem parte do seu mundo, como freqüentar a escola em período integral, conviver com outros adolescentes1. Enfrentar um processo de doença, cuidar da saúde, criar estratégias de enfrentamento traduz-se em um processo de instabilidade dinâmica, na qual o meio interfere de maneira consubstancial. O câncer deve ser considerado como problema de saúde pública, de abrangência nacional e internacional, em que a enfermagem deve possuir um papel atuante no que se refere à prevenção e controle de maneira priorizada. O adolescente portador de câncer faz parte de um conjunto de elementos interdependentes, integrados e inter-relacionados do processo saúde-doença, relacionado o ambiente hospitalar, o tratamento e a família, de maneira sistêmica2.Com base no exposto, questiona-se: quais são os sentimentos vivenciados pelo adolescente portador de câncer? Objetivou-se identificar os sentimentos que permeiam o adolescente com câncer, em relação ao tratamento e suas implicações. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. O cenário do presente estudo foi o Ambulatório de Quimioterapia da região centro do Rio Grande do Sul e atua como hospital-escola, voltado para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência em saúde. Os participantes da pesquisa foram adolescentes com câncer submetidos a tratamento quimioterápico no referido setor. Participaram da pesquisa um total de 05 adolescentes, os quais atenderam aos critérios de inclusão do estudo, ter até 18 anos de idade, em tratamento antineoplásico, com consentimento dos responsáveis, que aceitassem participar voluntariamente e que estavam em condições cognitivas e psíquicas de participar da entrevista. Os adolescentes apresentavam como diagnóstico médico: Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) e Leucemia Mielocítica Aguda (LMA). Todos encontravam-se na fase de tratamento denominada manutenção, o que permite o acompanhamento ambulatorial, sem necessidade de internações hospitalares frequentes. Utilizou-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados, guiada por um roteiro com a questão norteadora. As falas depois de transcritas pelo pesquisador, foram submetidas à análise de conteúdo3. A análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo, para interpretação dos dados desvelou o núcleos de sentido que compõem uma comunicação. O projeto passou pelos trâmites necessários para a sua execução, sendo registrado no Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do Hospital pesquisado e Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e Plataforma Brasil, aprovado sob o nº 235.075. Como resultado foi possível desvelar a temática sentimentos vivenciados após a descoberta da doença. Percebe-se que o câncer provoca um impacto na vida do adolescente e da família. O medo, a dor e a incerteza quanto à cura passam a fazer parte de sua vida, além dos danos causados pelo próprio tratamento. As falas a seguir evidenciam a temática encontrada: "Às vezes eu pensava quando estava internada... ai meu Deus, às vezes eu chorava, brigava, tocava a mãe do quarto, tudo a gente passa por uma fase" (Anjo Muriel); "No começo eu tinha vontade de pular a janela." (Anjo Rafael); "Foi difícil porque eu cheguei aqui e não conhecia nada, aí eu fiquei 25 dias... não, um mês, praticamente 35 dias internada direto sem poder sair, ficar um mês e meio fora de casa sem poder sair só dentro do hospital, e as picadas doíam muito, depois veio a alta, daí eu já tinha me acostumado já aqui." (Anjo Daniel). As falas mostram que o câncer desencadeia transformações na vida do adolescente, visto que a rotina é interrompida com as idas para o hospital, os exames invasivos e dolorosos. Os adolescentes portadores de câncer têm que conviver com o desconhecido, com o medo,

que gera uma sensação de perigo, de que algo está acontecendo de ruim com eles. Destaca-se como uma limitação imposta pela doença a interferência na vida social, pois o adolescente, no período de internação, convive apenas com o ambiente hospitalar, sendo impedidos de realizar atividades do seu universo. Receber a notícia de um diagnóstico de câncer desencadeia uma cascata de reações, sentimentos e atitudes na família e adolescente como medo, revolta, sentimento de culpa e busca de ajuda4. A reação do adolescente diante da doença está relacionada a múltiplos fatores, tais como idade, estresse imediato representado pela dor física desencadeada pela doença, angústia de separação devido à hospitalização, traços de personalidade, experiências e qualidade de suas relações parentais o que pode ser diferente em cada adolescente5. Observa-se que o adolescente passa por uma fase de revolta, de negação à doença, pois não estão acostumados a ter convívio com o ambiente hospitalar, mas, com o passar do tempo, acabam se acostumando e aceitando a nova rotina que requer o tratamento. A partir dos resultados obtidos, percebe-se que o convívio com o câncer ocasiona situações de sofrimento decorrente do diagnóstico, tratamento e mudanças no convívio social e familiar do adolescente de maneira sistêmica. Geralmente, ocorre um período de negação ao diagnóstico, mas depois o adolescente passa a se acostumar com o ambiente hospitalar. A desestruturação familiar aparece ocasionando um grande desequilíbrio, interferindo na rotina da estrutura familiar e envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e financeiros sobre a vida do adolescente e de seus familiares. Nesse sentido, mostra-se fundamental que a enfermagem direcione seu olhar para os adolescentes para além da assistência direta, mas numa perspectiva ecossistêmica, que considere sua integralidade e inter-relações. Cabe, então, enfatizar que os resultados desse trabalho contribuem para que os profissionais da área da saúde fiquem mais atentos para os enfrentamentos que o adolescente, portador de câncer, vivencia, uma vez que esses profissionais devem buscar maneiras de prevenir ou minimizar as situações desagradáveis que o câncer causa, fazendo com que o tratamento seja menos traumático e sofrido para o adolescente. Nessa perspectiva, é importante a formulação de estratégias proativas para a melhoria da assistência integrada à ao adolescente portador de câncer, proporcionando uma qualidade de vida durante o diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos, reabilitação e manutenção da saúde, para que se possa diminuir o número de seqüelas e manter a integridade do adolescente e da sua família. Descritores: Enfermagem; Oncologia; Criança; Adolescente. REFERÊNCIAS

1. BELTRÃO, M.R.L.R et al. Câncer infantil: Percepções maternas e estratégias de enfrentamentos frente ao diagnóstico. J. Pediatr. (Rio J.) vol.83 no.6 Porto Alegre Nov./Dec. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000800014. Acesso em: 03/03/2012.

2. SANTOS, M. C.; SIQUEIRA, H. C. H.; SILVA J. R. S. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):750-4.

3. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, 406 p.

4. ORTIZ, M. C. A; LIMA, R. A. G. Experiências de familiares de crianças e adolescentes, após o término do tratamento contra câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3). Disponível em: . Acesso em: 06/05/2013.

5. ZAVASCHI, M. L. S. et al. A reação da criança e do adolescente à doença e à morte- Aspectos éticos. Revista Bioética, vol 1 nº2, 2009. Disponível em: . Acesso em: 19/ 05/ 2013.

14411

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALINE MACEDO DE QUEIROZ

O LÚDICO NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES

Queiroz, ALINE; Gonçalves, ANA; Cunha, MARIA; Neto, ANTÔNIO; Vale, JAMIL; Brito, STELACELLY;

O LÚDICO NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES Aline Macedo de Queiroz* Ana Paula Oliveira Gonçalves* Maria Heliana Chaves Monteiro da Cunha* Antônio Corrêa Marques Neto** Jamil Michel Miranda do Vale** Stelacelly Coelho Toscano de Brito** INTRODUÇÃO: A adolescência é uma etapa fundamental do desenvolvimento humano, marcada por um conjunto de transformações e novas descobertas sobre si mesmo e a realidade que o cerca. Apesar destes turbilhões de mudanças, é importante enfatizar que aspectos como o brincar, ainda estão presentes nesta fase. Por isso, as tecnologias educativas entendidas como instrumentos cruciais da educação em saúde, surgem como estratégia de ensino-aprendizagem visando a estruturação de um bom planejamento familiar que pode ser entendido como um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção, os quais não devem colocar em risco a vida e a saúde das pessoas com garantia de liberdade de escolha(1). Frente a isto, dentre todas as categorias, a faixa etária em questão é a que mais necessita de um planejamento familiar adequado, uma vez que se encontra na fase de início da atividade sexual e reprodutiva, que se não for vivenciada mediante orientações consistentes e apoio profissional, favorece o desencadeamento de diversos problemas não só de cunho individual, mas de saúde pública como a morte de adolescentes durante a gravidez. Um planejamento familiar bem estruturado desde a adolescência evita complicações futuras. Neste sentido, o enfermeiro não só deverá prestar assistência como desenvolver o papel de educador em saúde utilizando a tecnologia educativa mais adequada. OBJETIVO:Descrever o processo de construção de tecnologia educativa para o planejamento familiar entre adolescentes. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo açãodesenvolvido durante a Atividade Curricularde Atenção Integral a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente onde foi solicitada a criação de uma tecnologia educativa para adolescentes e que abordasse o planejamento familiar e que utilizasse, na sua aplicação, a metodologia ativa. O processo de construção da tecnologia aconteceu em três momentos: o primeiro foi de revisão bibliográfica de artigos publicados no período de 2000 a 2012, o qual deu suporte para a elaboração das cartas de orientação, do conteúdo cientifico e do próprio tabuleiro. O segundo de execução e construção da tecnologia educativa sob a forma de jogo de tabuleiro e o terceiro e último momento de validação da tecnologia, que esta em fase de finalização, sendo aplicada em dois grupos distintos. Um grupo de expertises e um grupo de adolescente. RESULTADOS: Criação da tecnologia educativa em forma de jogo de tabuleiro adaptado para adolescentes dentro do contexto do planejamento familiar, visando reflexos na educação em saúde de forma dinâmica, divertida, objetiva e conciliando suas vivências do cotidiano com características próprias deste período do desenvolvimento. A interação entre o jogo e o aprendizado, proporciona através do lúdico, o interesse dos adolescentes em conhecer as formas de como realizar o planejamento familiar seguro, promove a interação e a troca de saberes entre os pares e entre profissionais e adolescentes. Possibilita a mudança de atitude e o protagonismo dos adolescentes para um comportamento saudável, contribuindo para as mudanças da realidade em que se encontram as pessoas nessa fase da vida. Isso é claramente percebido quando entendemos que o adolescente aprende mais quando se sente "livre", em um momento de lazer, do que quando é "obrigado" a aprender. CONCLUSÃO: O enfermeiro precisa entender que o adolescente vive uma fase de novas experiências que abrange não só um momento do ciclo, mas todo processo da adolescência, o que envolve questões de sexualidade,

mudanças físicas, conflitos emocionais e sociais. Entendendo isso, será possível aplicar o jogo e estimulá-lo a começar a se planejar tanto no sentido de ter ou não filhos, como na prevenção de DST's/HIV/AIDS. A sexualidade faz parte da vida, e os adolescentes tem a necessidade e direitos em receber tanto orientação sexual como reconhecimento a respeito das prevenções(2). Nessa perspectiva, o jogo apresenta-se como estratégia educacional em saúde que a partir de experiências vivenciadas pelos adolescentes juntamente com pesquisas, propiciaram a articulação de ideias voltadas para o planejamento familiar do grupo. Se a adolescência é uma das fases da vida mais difíceis de se lidar, muito mais difícil é educá-la no sentido de tentar instruí-los a posicionar-se com atitudes conscientes, então é imprescindível que sem aplique uma tecnologia na educação em saúde, pois isso facilitar a interação do grupo. A tecnologia educativa contribui para produzir comportamentos saudáveis e mudança de atitudes através da aprendizagem, transformando situações de risco para a saúde em espaços, não só físicos, de troca, de educação entre pares, de interação, de crescimento de redução de danos, de resiliência e de efetivação da política de saúde para adolescentes e jovens. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O enfermeiro realiza inúmeras funções em suas práticas assistências que contribuem para a promoção e prevenção da saúde, e como contributo a esta, a tecnologia educativa surge como estratégia fundamental para construção de um bom relacionamento entre o profissional e o indivíduo, neste caso, o adolescente. A estratégia em questão é um empreendimento importante no contexto da prática educativa, pois visa despertar a mudança e consciência crítica do indivíduo por meio de informações educativas orientando-o para ações, cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na ?promoção do homem'(3). Com isso, o enfermeiro desenvolve uma habilidade criativa para a aplicabilidade de sua atuação na estratégia educativa por ser um participante ativo no processo educacional, mostrando se assim um educador em potencial e isso trará benefícios não só para o receptor da assistência, neste caso, o adolescente, mas também fará com que a profissão cresça ainda mais e se destaque em termos educacionais. Assim, o Enfermeiro tem o papel de construir uma íntima relação entre educação e saúde criando estratégias que venham a estimular os adolescentes a participarem mais ativamente do sistema que prevê uma qualidade de vida satisfatória. Logo, a utilização do jogo como tecnologia educativa para este grupo, vem facilitar a atuação do enfermeiro quando se trata de orientação da faixa etária para criação de seus propósitos de vida dentro do contexto do planejamento familiar. A enfermagem renova seu sentido não só quando presta assistência de saúde ao adolescente, mas quando o educa, visando mudanças positivas de comportamento, criação de novos hábitos de vida e estímulo ao autocuidado como forma de valorização da construção participativa do adolescente no processo de saúde. DESCRITORES: Planejamento Familiar. Educação em Saúde. Adolescente.Enfermagem REFERÊNCIAS: 1. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de saúde da Mulher - Assistência ao Planejamento Familiar: manual Técnico. 4ª ed. Brasília - DF, 2002.2. MONTEIRO, S. V. .C. Desenvolvimento e uso das tecnologias educacionais no contexto da AIDS e da Saúde Reprodutiva: Reflexões e Perspectivas. In: Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional. Org: Monteiro S. Vargas E. .RJ. Edt: Fiocruz, 2006. p. 27-34. 3.Schall VT, Struchiner M. Editorial, Caderno de Saúde Pública, v15, 1999.

14410

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALINE MACEDO DE QUEIROZ

SENTIMENTOS DE UM ADOLESCENTE SOBRE SERPORTADOR DE HANSENÍASE: UMA ESCUTA SENSÍVEL

Queiroz, ALINE; Cunha, JÉSSICA; Novais, TAMYRIS; Oliveira, LAÍS; Rosa, MARIANE;

DESCRITORES: Enfermagem. Adolescentes. Hanseníase. Sentimentos INTRODUÇÃO: adolescência é uma fase da vida em que todo individuo passa por experiências, aprendizados e lembranças que serão levados para o resto da vida. Ao tentarmos definir o termo adolescência deparamo-nos com vertentes diferentes voltadas para o biológico, um olhar uniforme e para o bio-pscio-social uma visão multidimensional, que serão abordados adiante. Foi no século XVIII que surgiram as primeiras tentativas de definir características da adolescência. No século XX o termo adolescência passou a ter características e atributos psicológicos bem demarcados. De acordo com os princípios desenvolvimentistas o adolescente passa a adquirir inúmeros eventos, alteração hormonal ligado a puberdade, desejo de se inserir como um agente de opiniões e ideais. Por ser uma fase de transição da infância a fase adulta nos deparamos com adolescentes com ?'crises" de identidade pessoal, querendo fazer parte de uma sociedade e com o pensamento no futuro, destacando-se uma ?'identidade adolescente" ocasionada por uma visão universalizada e linear. Independente da cultura ou modo de viver todos apresentarão a mesma ?'sintomatologia" de um ser adolescente. A puberdade é um conceito biológico, enquanto adolescência é um conceito sociológico. É imprescindível que a adolescência seja compreendida num conceito ampliado já que, quem vivencia essa fase é acometidode diversas mudanças que culminam na ?'transformação" humana seja ela biológica ou psicológica,é inegável que essa fase esta intimamente ligada a socialização, cultura e a temporalização desse individuo e por esse motivo deve ser compreendido como um ser bio-psico-social.A adolescência apresenta inúmeras faces, se torna difícil o estudo desta quando se focaliza em apenas um pólo da sobrevivência humana.Com o exposto acima é perceptível o quanto essas mudanças influenciam na vida do adolescente. Essa transformação torna-se mais difícil quando esse adolescente é portador de hanseníase uma das doenças tropicais mais antigas referenciadas pelo homem, citada muitas vezes em textos bíblicos. Comumente conhecida como lepra a hanseníase é uma doença ainda estigmatizante. Nos sentimos instigados a conhecer que percepção e sentimentos que acompanham um adolescente na vivencia de ser portador de hanseníase. Conhecer melhor essa questão favorece a ação cuidativa integral do enfermeiro ao adolescente. OBJETIVO: Conhecer e descrever a percepção de um adolescente sobre ser portador de hanseníase. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que se deu em três momentos: O primeiro na busca de artigos para aprofundamento teórico sobre hanseníase e adolescência; O segundo foi a escuta sensível, na Unidade Básica de Saúde do Guamá, com um adolescente de 14 anos portador de hanseníase; O terceiro foi a transcrição da escuta e leitura aprofundada e apreensão das percepções e sentimentos. A coleta de dados foi realizada durante umencontro cujo áudio foi gravado com autorização e assinatura prévia do termo de consentimento do adolescente e responsável. Dados eletrônicos foram utilizados para fundamentação teórica e análise da fala do sujeito objetivando melhores subsídios para a formulação do trabalho. RESULTADOS: Durante a conversa com o adolescente percebemos que apresentava-se tímido. Quando a hanseníase foi diagnosticada o adolescente se sentiu triste e abalado, como todo o ser humano ao saber que algo está fora da normalidade no seu corpo. Sua família e amigos o apoiaram. Para Xiang-Shenget al. é importante o encorajamento da família para o tratamento e adesão ao tratamento por parte dos doentes. Para estes autores, a família desempenha importante papel no combate à hanseníase, sendo a educação para a saúde

o caminho necessário para envolvê-la neste processo, em especial à um adolescente. Houve, como esperado,a negação da doença no primeiro momento. O adolescente tinha muitas dúvidas, que foram esclarecidas pelos profissionais da unidade de saúde do Guamá, evidenciando a educação em saúde como uma ferramenta importante para a promoção da adesão ao tratamento. Uma das mudanças que mais afetaram seu cotidiano foi o impedimento de praticar esportes, principalmente jogar bola e empinar pipa devido a radiação solar e para se distrair atualmente joga futebol no vídeo game. A volta pra casa depois da escola segundo ele é difícil por causa do sol de meio dia. Em relação ao seu ambiente escolar nada mudou, só os amigos mais próximos sabem que ele é portador de hanseníase,sua convivência escolar não foi afetada, o adolescente também comentouque um colega de turma também teve a doença. Na sua turma, um grupo foi esclarecer sobre o que era a hanseníase,quando o adolescente já sabia que estava com a doença,segundo ele se tivessem ido antes, o impacto ao descobrir a doença seria menor. Com o exposto acima podemos perceber o quanto o programa de saúde nas escolas (PSE) que visa contribuir para o fortalecimento do desenvolvimento integral e propiciando à comunidade escolar o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros, subsidiado por práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças, é importante. Ao indagarmos mais sobre seus sentimentos perante a hanseníase percebemos que o adolescente apesar de ter sido esclarecido ainda sente medo da doença principalmente das manchas acarretando em um declínio na sua auto estima e no seu auto-cuidado, que já são afetados durante a adolescência e que tornam-se exacerbados em um adolescente com hanseníase. Quanto a sua religião, é católico e ao descobrir da doença ficou se perguntando o porquê desta, o adolescente acredita que Deus também irá curá-lo juntamente com o tratamento. Este não ingere alimentos ?'reimosos" constatando que apesar dos esclarecimentos a cultura do individuo é presente e que tem um grande valor em sua vida,dando-nos a visibilidade holística de um ser. O adolescente define a palavra hanseníase como péssima antes e depois de saber como a doença se manifesta, como é o seu tratamento e que ela é curável. Seu pensamento para o futuro é a sua melhora e pretende ser policial. Quando acabar o tratamento a primeira coisa que ele quer fazer é viajar pra praia. Nos últimos momentos da escuta sensível pedimos para que ele um conselho para outros adolescentes que com hanseníase e o mesmo fala: "Ter calma que irá passar" e finalizando a conversa foi solicitado que ele falasse uma música, palavra ou frase que o definiria e foi respondido a musicado Zeca pagodinho: Deixa a vida me levar. CONCLUSÃO: É evidente o quanto a hanseníase ainda é estigmatizante apesar de avanços tecnológicos. Na adolescência, fase de mudanças, a doença pode afetar sua auto-estima e auto-cuidado. É imprescindível que profissionais da área de saúde trabalhem de forma integrada para melhor assistência ao adolescente portador de hanseníase, para que este possa saber lidar com a doença contribuindo e assim, poder ser um instrumento de transformação e de educação entre seus pares, os demais adolescentes, que a hanseníase tem cura.

14636

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALINE TATSCH NEVES

FATORES DE RISCO PARA A VULNERABILIDADE DE ADOLESCENTES: POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Neves, AT; Fossá, CP; Machado, BP; Weiss, PSC; Neves, ET;

FATORES DE RISCO PARA A VULNERABILIDADE DE ADOLESCENTES: POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM Neves, Aline Tatsch , Fossá Carine Perreira , Machado Bruna Parnov , Weiss Paola Souza Castro , Neves Eliane Tatsch Introdução: A população adolescente, no Brasil, é estimada em 21 milhões de meninos e meninas entre 12 e 18 anos (incompletos), equivalendo a 11% da população brasileira (1). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período entre 10 e 19 anos de idade, em que as transformações biológicas e as alterações na personalidade ocorrem juntas e assim como o corpo vai adquirindo uma nova forma. Adolescentes e jovens, por serem consideradas pessoas saudáveis não tem a necessária atenção á saúde, a não ser nas questões reprodutiva. Hoje, no entanto, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, evidenciada principalmente pelas causas externas (2). A intersetoralidade passa a ser uma ferramenta básica no esforço de convergir às políticas setoriais de Governo e a participação dos setores organizados da sociedade, principalmente do grupo juvenil, para a atenção integral à saúde, tendo o SUS como protagonista incansável nesse processo. Essa é uma das proposições destas Diretrizes na abordagem da atenção integral à saúde de pessoas jovens. A promoção da saúde de adolescentes e jovens precisa de iniciativas locais que fomentem a participação juvenil, a convivência comunitária, a inserção social. Os serviços de saúde devem estabelecer mecanismos de referência e contra referência, com outros serviços que atendem adolescentes e jovens, sejam de iniciativa governamental ou não. Objetivo: analisar as tendências nas produções científicas sobre os fatores de risco associados aos adolescentes em situação de vulnerabilidade. Materiais e método: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa com abordagem descritiva dos resultados. Os artigos científicos foram selecionados a partir do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados LILACS, associando-se os descritores: adolescentes, fatores de risco e vulnerabilidade, no período de maio e junho de 2013. A seleção dos artigos teve como critérios de inclusão: publicações sobre a temática, incluindo artigos, manuais e relatórios, disponíveis gratuitamente online e no idioma português, sem recorte temporal especificado. Foram excluídos da pesquisa: teses e dissertações, publicações com resumos incompletos e/ou não disponíveis online. Após a busca no banco de dados LILACS, foram encontrados 22 artigos, destes 09 foram selecionados para análise por se atenderem aos critérios de inclusão e exclusão. Para a organização dos dados coletados foi utilizado um quadro analítico sinóptico. Este foi elaborado por meio de uma leitura criteriosa de todos os resumos, dos quais se extraiu as informações referentes ao objeto de estudo. Resultados e Discussão: Dos artigos selecionados, um maior percentual foi escrito por enfermeiros, ocorrendo, também, publicações de médicos, psicólogos e biotecnólogos. Com a concentração maior na região Sudeste e de artigos que realizaram pesquisa de campo. O artigo A1 aponta que os adolescentes vivenciam situações de risco, estas são potencializadas por fatores externos, como: influência insistência, dominação e credibilidade que transitam na sua relação pessoal e de grupo. As situações em que estes fatores agem na percepção e compreensão dos adolescentes, acerca da vulnerabilidade são: influência dos amigos, uso de drogas, relação sexual, problemas familiares e influência do namorado. O artigo A2 e A8 mostram os fatores de risco associados ao risco de infecção pelo HIV nos adolescentes, no que se refere ao uso de preservativo,

54,5% dos adolescentes relatam o não uso, demonstrando a vulnerabilidade do grupo estudado, uma vez que, segundo o Ministério da Saúde, a relação sexual desprotegida foi à primeira causa de fonte provável de infecção pelo vírus HIV no ano de 2009. No que diz respeito às características relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, pode-se observar que os adolescentes do estudo referiram uso dessas substâncias antes das relações sexuais em 77,6% para álcool e 17,9% para outros tipos de drogas, constituindo fator de risco quando associado ao sexo por tornarem os usuários mais expostos à infecção em função do êxtase, diminuição do raciocínio, aumento do número de parceiros sexuais e do sentimento de invulnerabilidade. O artigo A3 aponta que o jovem de hoje é vulnerável a situações de violência o que repercute em um grande número de homicídios nessa faixa etária. O impacto que a violência vem exercendo na morbimortalidade da população nas últimas décadas, alterando o perfil de problemas de saúde no Brasil e no mundo, transformou a violência em uma questão de saúde pública(3). Os grandes centros urbanos foram os mais afetados por esta tendência. Para incentivar a participação dos profissionais, faz-se necessária a "desnaturalização" dos Agravos por Causas Externas, encarados como eventos previsíveis e, portanto, passíveis de prevenção(4). Os artigos A4 e A7 trazem a relação dos adolescentes e jovens com o consumo de álcool. Mostrando que a inserção do adolescente no meio social, quando inicia a saída do contexto familiar, coloca-o diante de situações diversas, dentre estas, o contato como álcool. Cada vez mais frequente na adolescência, uso do álcool acarreta, portanto, consequências físicas, mentais e sociais, sendo considerado um sério problema de saúde pública. Entre os fatores influenciadores no consumo e dependência do álcool, estão os sociais, ambientais e genéticos. Quanto mais precoce o início maior será o risco para a dependência, que leva a consequências graves (5). No artigo A5 as autoras nos trazem uma análise da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência que é um tema contemporâneo abordado por diferentes áreas do conhecimento. As áreas de maior densidade de vulnerabilidade social e de gestação na adolescência coincidem com as áreas de menor renda do município. Considerações Finais: O conceito de vulnerabilidade apresenta-se como um convite para renovaras práticas de saúde, como práticas sociais históricas, por meio do trabalho com diferentes setores da sociedade e da interdisciplinaridade e quem sabe, até mesmo da transdisciplinaridade. Isso permite o repensar das práticas, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas que promovam impacto nos jovens e adolescentes. Assim, os fatores de risco associados a vulnerabilidade dos adolescentes apresenta-se como uma problemática complexa e multifatorial. A tríade família/escola/sociedade deve ser de fundamental importância e amparo para o jovem, pois é baseado nessas esferas que o adolescente vai procurar ajuda. Os serviços de saúde devem estar preparados para receber e dar assistência a essa demanda da sociedade, que necessita de apoio e atenção. Descritores: Adolescentes, Enfermagem, Fatores de risco, Vulnerabilidade. EIXO III: Cuidado à Saúde do Adolescente.

REFERENCIAS 1 O Direito de ser Adolescente: Oportunidade para Reduzir Vulnerabilidades e Superar Desigualdades. / Fundo das Nações Úmidas para a Infância. - Brasília, DF: UNICEF, 2011. 2 Ayres JRCM. (Coord.). Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional. São Paulo: USP, 2004. 3 KRUG, E.G. et al. (Eds.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. 4 Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2a. ed. Rio de Janeiro; 2001. 5 Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26 Supl 1: 14-7.

13666

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALISSÉIA GUIMARÃES LEMES

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE DROGAS EM ESCOLA DA REDE PRIVADA DE BARRA DO GARÇAS-MT: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Lemes, AG; Lacerda, CPSS; Nascimento, VF;

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE DROGAS EM ESCOLA DA REDE PRIVADA DE BARRA DO GARÇAS-MT: RELATO DE EXPERIÊNCIA. Lemes, Alisséia Guimarães1 ; Lacerda, Claudia Pereira Soares Sanchez2; Nascimento, Vagner Ferreira3 . Resumo O uso de drogas representa uma carga considerável para a saúde pública, em decorrência da morbidade e da mortalidade que provoca. Embora os meios de prevenção e controle do consumo tenham avançado, evidências apontam que a prevalência entre a população geral vem crescendo rapidamente e a iniciação do uso, acontecendo cada vez mais precocemente entre os jovens. Este trabalho objetivou relatar a experiência de estudantes no sexto semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) Campus Universitário do Araguaia (CUA) em Barra do Garças-MT durante um dia de estágio da disciplina de Práticas Enfermagem em Saúde Mental. Com essa atividade multidisciplinar de educação em saúde teve-se a intenção de alertar os alunos sobre a prevenção de drogas licita e ilícita, orientando-os que a melhor medida é a abstinência do uso de qualquer uma dessas drogas. Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência da análise das vivências dos acadêmicos com alunos do ensino fundamental período matutino de uma escola da rede privada de Barra do Garças-MT. No total, participaram desta experiência, 107 pessoas, sendo seis acadêmicos de enfermagem, um docente e 99 estudantes entre dez e 14 anos. Ao iniciar uma das atividades de estágio na escola os acadêmicos realizaram um planejamento operacional de atividades relacionadas à prevenção de drogas, devido à comemoração referente ao dia 26 de junho, estabelecido na agenda do Ministério da Saúde como Dia Internacional do combate as drogas. A atividade desenvolvida foi realizada por meio de palestra educativa no pátio da escola com alunos, professores, coordenadores e funcionários utilizando recurso audiovisual de multimídia. Os acadêmicos explicaram o motivo da ação de educação em saúde proposta, apresentaram em forma de aula informações sobre o abuso de drogas, consequências do seu consumo e medidas de prevenção. Após, foi apresentado um vídeo educativo sobre a prevenção as drogas e em seguida esclarecido as dúvidas que os participantes tinham referente à temática apresentada. O envolvimento da escola é prioritário ao desenvolvimento de programas de prevenção e educação em saúde1. Atualmente as drogas estão cada vez mais presentes na vida das crianças e adolescentes. Estes se deparam diariamente com diversos convites para participarem do mundo das drogas, por meio de estímulos da mídia e pela busca de inserção e aceitação em grupos2. A adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde como o período da vida compreendido entre os 10 a 19 anos, marcada pelas alterações hormonais, físicas e psicológicas, sendo mais vulneráveis ao uso das drogas, pela necessidade do experimento de novas sensações. As primeiras experiências com as drogas ocorrem frequentemente na adolescência. Especialmente entre os 10 anos a 14 anos de idade. Nessa fase, o indivíduo é particularmente vulnerável do ponto de vista psicológico e social3. O uso das drogas acarreta dificuldades na frequência e na continuidade escolar, nas condições de saúde e nas afinidades afetivas dos jovens com a sua família e o mundo exterior, resultando quase sempre na exposição do indivíduo a uma espiral marcada pela violência, pelo uso de drogas e pelos conflitos gerados com a justiça. É importante que os pais, educadores, profissionais de saúde e toda sociedade no geral, tenham a compreensão do mundo de significados que permeia a vida dos adolescentes e também possuam conhecimento a respeito das drogas e das implicações do seu uso2. Considera-se que as ações

desenvolvidas foram de extrema relevância para o cuidado desenvolvido na atenção primária, visto que as estratégias aplicadas atingiram efetivamente o público adolescente. As drogas estão presentes em todos os espaços da sociedade, inclusive no universo escolar. A experiência realizada pelos acadêmicos e pela docente da disciplina demonstrou a importância na relação da Universidade com a comunidade, podendo contribuir na formação, prevenção, capacitação de alunos e professores visando reduzir os danos a saúde. A liberdade que o acadêmico tem de atuar como mediador do ensino preventivo em escolas desenvolve nos universitários a autonomia e a percepção da profissão que no futuro deverão assumir. Podendo desde já se preparar, tirando suas dúvidas, quebrando seus medos, tendo uma visão de planejamento de todas as suas ações sempre com o objetivo de melhorar a saúde de sua comunidade. Foi possível com esta atividade que os acadêmicos construíssem uma relação mais afetiva e solidária entre os participantes, oportunizando assim a experiência do exercício de suas atividades enquanto futuros profissionais de enfermagem e no exercício da cidadania. Os profissionais de enfermagem devem respeitar os saberes e a cultura existente em cada adolescente. Enquanto profissão, a Enfermagem deve compreender que nesta fase de vida os adolescentes não são um simples receptor de informações, mas sim devem ser vistos como o próprio sujeito capaz de transformar e mudar sua realidade, uma vez que é apresentada uma gama de possibilidades para que este faça suas escolhas próprias. Diante o exposto, a enfermagem tem compromisso social de alertar a família para que se aproxime dos seus filhos destacando a importância da família e a manutenção de uma convivência familiar saudável em sua formação. Este profissional precisa promover atividades de educação em saúde propondo estratégias criativas e intervenções que causem impacto na realidade desses adolescentes para que os mesmos desde cedo aprendam a adotar comportamentos saudáveis para a vida adulta. Descritores: Adolescente. Enfermagem. Educação em saúde. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. Brusmarello, T.; Sureki, M.; Borrile, D.; Roechr, H.; Maftum, A. Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2008, Janeiro, Vol 4, nº 1, artigo 3. Disponivel em http://www.2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp. 2. Soldera M.; Dalgarrondo P; Corrêa, HRF; Silva CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. Rev. Saúde Pública, 2004, 38 (2):277-83. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19789.pdf. 3. Sanchez AMT. et al. Drogas e drogados: o individuo, a família, a sociedade. São Paulo: EPU, 1987. 261 p. ----------

1- Enfermeira Especialista em Saúde Pública. Docente auxiliar do Campus Universitário do Araguaia da Universidade Federal de Mato Grosso (CUA/UFMT). Barra do Garças-MT. E-mail: alisseia@hotmail.com 2- Enfermeira Especialista em Educação Multidisciplinar. Docente substituta do CUA/UFMT. Barra do Garças-MT. E-mail: claudiaclacerda@hotmail.com 3- Enfermeiro. Mestre em Terapia Intensiva. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Garças-MT. E-mail: vagnerschon@hotmail.com.

14323

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA CLÁUDIA MATEUS BARRETO

O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AS ADOLESCENTES VIOLENTADAS SEXUALMENTE: IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Barreto, ACM; Oliveira, ICS; Santos, RS;

O estudo tem objeto a atuação dos profissionais de saúde com adolescentes em situação de violência sexual. Objetivo: discutir os pressupostos teóricos adotados por profissionais de saúde ao atuar com adolescentes violentadas. Estudo qualitativo. Os sujeitos foram oito adolescentes violentadas sexualmente, que aceitaram participar após os devidos esclarecimentos e o consentimento de seu respectivo responsável. Os adolescentes do gênero masculino foram excluídos, uma vez que as próprias estatísticas apontam um maior número de casos perpetrados contra o gênero feminino desta população1. Cenário: duas maternidades do Município do Rio de Janeiro, referências no atendimento a adolescentes e mulheres violentadas sexualmente. O projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde. Para a análise de dados foi utilizada a análise temática. Resultados: O estudo evidenciou que este atendimento é realizado por equipe multidisciplinar. Não atende ao preconizado pelo Ministério da Saúde que deve ser interdisciplinar. Conclusão: Os profissionais de saúde necessitam de capacitação para realizar este tipo de abordagem, porque não estão sensibilizados e preparados para esta atuação e com as questões de gênero que envolve este tipo de violência, pois muitos ainda atendem esta clientela com um olhar voltado para a prevenção de doenças sem a preocupação com o empoderamento e autonomia das adolescentes. Há necessidade de ampliar a assistência à família. Igualmente destaca-se a existência de lacunas quanto ao preconizado pelas políticas públicas volta para a saúde da adolescente e o atendimento ofertado pelos profissionais de saúde a esta clientela. O Estudo oferecerá subsídios para que o profissional de Enfermagem repense o atendimento dispensado à clientela adolescente, no que tange a violência sexual, para que a práxis não continue a ser depreciada em favor de uma prática tecnicista ainda persistente no cotidiano de alguns profissionais. Em fase final de análise. Descritores: Violência, Adolescência, cuidado de enfermagem.

14534

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA GRACIELI DE FREITAS GOMES

ADOLESCENTE COM SÍNDROME DE DOWN: CUIDADO DE ENFERMAGEM E ASSISTÊNCIA PSICOLOGIA.

Gomes, AGFG; Nascimento, DSN; Ragagnin, MVR; Freitas, HMBF;

Introdução: A Síndrome de Down - SD é uma alteraçãoresultante da presença extra de um braço longo do cromossomo 21, caracterizando trissomiado 21, pelo excesso de material genético. Essa alteração desencadeia uma série de mudanças físicas e orgânicas, que se tornam características comuns a todos os portadores da síndrome. Os aspectos clínicos mais freqüentes na SD são: comprometimento intelectual; hipotonia muscular; fissura palpebral oblíqua; occipito achatado; hiperextensão articular; mãos largas e dedos curtos; baixa estatura; cardiopatias congênitas; orelhas de implantação baixa; prega palmar única transversa; base nasal achatada; hipoplasia da região mediana da face; língua protrusa e hipotônica; retardo no desenvolvimento das funções auditivas e visuais, como estrabismo e catarata, dentre outros sinais que nem sempre se manifestam ao mesmo tempo1-5. A SD não tem preferência por gênero ou raça, pode ocorrer tanto em homens como em mulheres. Todavia, hoje o futuro de crianças com SD não é tão preocupante como antigamente, uma vez que existem tratamentos médicos avançados para cada problema clínico que os bebês podem apresentar[1]. A família diante do diagnóstico permanece desencadeando diversos sentimentos, que vão desde a decepção ao receio de que a criança não se desenvolva. O fato de a criança apresentar diferenças físicas e orgânicas gera sentimentos de exclusão por parte de todos que se consideram dentro do padrão de beleza e normalidade que nossa cultura impõe para a sociedade. Uma equipe multidisciplinar destacando-se o enfermeiro e o psicólogo pode auxiliar a família a receber o diagnostico, onde o psicólogo realiza uma assistência emocional e contribui na aceitação desta síndrome. E o ENFERMEIRO na prática profissional participa do processo educativo desenvolvendo suas atividades por meio de consultas domiciliares e ambulatoriais. Essa equipe (Enfermeiro, Psicólogo) trabalhapara que os familiares e o paciente estabeleçam um vincula e possa sentir-se acolhidos pela sociedade. O adolescente vivencia muitas transformações nesta fase de seu desenvolvimento, tanto físicas como emocionais, e sociais, as quais precisam ser conduzidas por pessoas que sejam de sua referencia. Neste estudo destaca-se o adolescente com síndrome de down tendo acompanhamento clinico e psicológico e o apoio familiar, o mesmo terá uma boa aceitação na construção da sua identidade. O cuidado ao adolescente com down vai além da singularidade de cada caso, onde o enfermeiro e o psicólogo precisamestarem atentos as necessidades de cada situação, bem como seu ambiente familiar e sua inserção a sociedade. A construção de ambientes saudáveis parao adolescenteenvolve o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros. É importante que o Enfermeiro e o Psicólogo vivenciem a prática, para que possa subsidiar a assistência ao adolescente e seus familiares no contexto domiciliar. Os adolescentes portadores desíndrome de down fazem parte do contexto domiciliar de algumas famílias, dentre elas destacam-se as necessidades de cuidado, por meio de acompanhamento de um profissional de enfermagem e umpsicólogo que atendam as necessidades de cada caso, sociedade. Durante a academia são vivenciados diferentes ambientes de cuidado, aprimorando o conhecimento técnico e científico do acadêmico nos cenários de prática. Desta forma, os acadêmicos conseguem visualizar o adolescentecom síndrome de down, não apenas como uma pessoa com necessidades especiais de cuidado, mas que faz parte de um contexto sistêmico. Objetivo: Refletir sobre o cuidado de enfermagem e da assistênciapsicológica no atendimento à adolescentes com Síndrome de

Down.Metodologia:Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. "A busca foi realizada na base eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde, por meio das palavras-chave: SINDROME DE DOWN" [Palavras] and "ADOLESCENTE" [Palavras] and ("ENFERMAGEM") or "PSICOLOGIA" [Palavras]. Utilizaram-se como critérios de inclusão artigos na íntegra que abordassem o tema, dissertações de mestrado e pós-graduação em português. A busca aconteceu no mês de maio de 2013. Foram encontrados 16 artigos, sendo excluídos oito que estavam em espanhol e quatro resumos. A amostra final foi de Artigos que estavam de acordo com os critérios de inclusão e o objetivo do estudo. Resultados e Discussão: As pessoas com não devem ser vistas de modo diferente, mas como pessoas que têm necessidades adicionais. É importante o convívio dos adolescentes portadores da SD, com outros amigos, familiares e outros adolescentes downpara o crescimento de cada um. Espera-se que o cuidado integral tenha um resultado final da manutenção de sua saúde física e mentalTodo adolescente down deve ser encorajado desdecedo a tornar-se o mais independente possível para adquirir sua autonomia. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considera-se a relevância da realização do estudo para a busca do saber, visando uma melhoria na qualidade da assistência ao adolescente com Down. O adolescente com a síndrome de down sendo bem assistido por uma equipe multidisciplinar tem a expectativa de vida aumentada consideravelmente devido aos progressos na área da saúde. Faz-se necessário uma conscientização por parte dos profissionais da área da saúde, em especial a enfermagem, em se voltar para a produção de publicações científicas em torno deste assunto, uma preparação e capacitação, a fim de oferecer uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem. Salienta-se a importância dos acadêmicos de enfermagem, já na acadêmica serem preparados para cuidar e auxiliar tanto o adolescente como seus pais e demais familiares, dando ênfase no cuidado e participação dos pais para com seu filho. DESCRITORES:SINDROME DE DOWN; ADOLESCENTE; ENFERMAGEM; PSICOLOGIA.

REFERÊNCIAS: 1-Kozma C. O que é a síndrome de Down?In: Stray-Gundersen K, editor. Crianças com síndrome de Down: guia para pais e educadores. Tradução: Borges-Osório MRL. 2ª ed. Porto Alegre:Artmed;2007. p.16-7;28-32 2-Oliveira, Emília de Faria; Limongi, Suelly Cecilia Olivan. Qualidade de vida de pais/cuidadores de crianças e adolescentes com síndrome de Down / Qualityoflifeofparents/caregiversofchildrenandadolescentswith Down syndromeJ. Soc. Bras. Fonoaudiol, dez. 2011. Tab 3-Sousa, Janaína Iara Gomes de Sá; Ribeiro, Gracy Tadeu Ferreira; Melo, Andréia Pereira Cunha. Síndrome de Down: sentimentos vivenciados pelos pais frente ao diagnóstico / Down'ssyndrome: feelings livedbytheparentsuponthediagnosisPediatria (São Paulo), abr.-jun. 2009. 4-Rodrigues, Elaine Custódio; Alchieri, João Carlos. Avaliação das características de afetividade em crianças e jovens com síndrome de Down / Assessmentofcharacteristicsofaffectivittyamongindividualswith Down syndromePsico USF, abr. 2009. tab. 5-Aguiar MUB,Leão LL,Souza MMR,Eiras LCS,Aguilar FF,Ribeiro e Silva MÊS. Características físicas dos indivíduos com trissomia 21. Gene. Núcleo de Genética Médica e Tríade Tecnológica em Sistemas. Trabalho da Sociedade Brasileira Departamento da Genética Clinica da Sociedade Brasileira de Pediatria no ano de 2000. Disponível em: WWW.malhatlantica.pt/ecal_cm/DOWN.htm. Acesso em: 22/08/2007

14640

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDRESSA TAVARES PARENTE

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL GINECOLÓGICO-OBSTÉTRICO

Parente, AT; Gomes, FSR; Cardoso, ISC; Fayal, MV; Parente, AN; Costa, AR;

Introdução: a adolescência é o período compreendido entre 10 a 19 anos, marcado pelo início da vida reprodutiva e caracterizada por mudanças corporais, fisiológicas e psicológicas na adolescência. Objetivo: investigar o perfil ginecológico-obstétrico de adolescentes grávidas no município de Cametá-Pará. Metodologia: Realizou-se abordagem quantitativa, descritiva, do tipo relato de experiência, desenvolvida com adolescentes grávidas atendidas em um Centro de Referência de Saúde da mulher no município de Cametá-Pará, de abril a maio de 2012. As adolescentes compreenderam a faixa etária de 12 a 19 anos, totalizando 76 participantes. Resultados: a idade média das participantes compreendeu 16,3 anos. 68% das menarcas aconteceram na faixa etária de 12 a 14 anos de idade. 72% relataram coitarca entre 12 e 16 anos. A predominância da concepção na gravidez atual foi na faixa etária dos 16 a 19 anos (71%). 72% eram primigestas e 28% secundigestas. Conclusão: Considerando a gravidez na adolescência um evento não planejado, com diferentes desfechos, que repercute na formação acadêmica e profissional dos jovens, faz-se necessária a mobilização por meio do poder público ações de prevenção, orientação e acompanhamento, permitindo uma postura consciente e responsável no exercício da sua sexualidade.Contribuições para a enfermagem: O enfermeiro como profissional de saúde deve realizar assistência no âmbito da promoção e prevenção, através da educação em saúde incluindo a família desses adolescentes, sendo as informações geradas norteadoras da conduta do profissional. Descritores: Perfil de Saúde, Gravidez na Adolescência, Adolescente. Referências: Bezerra EP, Pinheiro PNC, Barroso MGT. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008 set.; 12(1): 522-28. Pantoja FC, Bucher JSNF, Queiroz CH. Adolescentes grávidas: vivências de uma nova realidade. Revista Psicologia ciência e profissão. 2007 set.; 27(3): 510-21.

13801

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDRIELA BACKES RUOFF

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE

Ruoff, AB; Silva, A;

Introdução: A adolescência é um período durante o qual acontecem notáveis mudanças nos deveres, nas responsabilidades, nos privilégios, nas funções sociais e econômicas, e no relacionamento com os demais. É um período intermediário entre o início da aquisição de maturação fisiológica e a obtenção da maturidade social[1]. Apesar das suas transformações biológicas, a adolescência é, essencialmente, um fenômeno social e por isto é profundamente influenciada pelas considerações e mitos que a sociedade faz de si. O adolescente apresenta necessidades de novas experiências, de segurança, de status social e de adequação física e psicobiológica. Essas necessidades são alcançadas à medida que o jovem adquire maturidade social e emocional, tolerância e sentimentos de adequação, autocontrole, sentimentos de aceitação e sociabilidade, expressões construtivas e criativas das emoções e desenvolvimento da autoestima[1]. A fim de compreender essas transformações, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem como uma ferramenta para auxiliar o enfermeiro a perceber as necessidades básicas de assistência de enfermagem que o adolescente necessita, tanto fisiológicas como psicológicas, através da realização de uma análise crítica e reflexiva sobre o seu processo de viver. A SAE é uma metodologia científica que favorece a melhora da prática assistencial com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica com o suporte de evidências científicas, obtidas a partir da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do individuo, da família e da comunidade. Oferece respaldo científico e direcionamento para as atividades realizadas, contribuindo para a credibilidade, competência e visibilidade da profissão[2]. Objetivo: desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem a um adolescente aparentemente saudável. Metodologia: Pesquisa de campo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizada em um município de grande porte catarinense, com um adolescente do sexo feminino, de 13 anos de idade, entre os meses de setembro a novembro de 2010. Enquanto aspectos éticos salienta-se a apresentação da proposta ao sujeito e seu representante legal em respeito às determinações constantes na Resolução CNS 196/96. A coleta de dados ocorreu por meio de uma visita domiciliar através da técnica de entrevista semi-estruturada, da observação sistemática, e da realização do exame físico. O desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem foi através do cumprimento das as cinco etapas: histórico de enfermagem; diagnósticos de enfermagem; resultados esperados; intervenções de enfermagem e evolução da assistência de enfermagem. A análise do conteúdo coletado proporcionou a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo os diagnósticos do trabalho elaborados a partir dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (2009-2011). Resultados: Na visita domiciliar, previamente agendada, foi feito primeiramente uma entrevista semi-estruturada com a mãe e a adolescente e posteriormente realizado o exame físico. As informações colhidas propiciaram a elaboração do histórico de enfermagem que por sua vez evidenciou alterações na autoestima, na imagem corporal e no desenvolvimento escolar devido a estar sofrendo Bulling na escola, dificil relacionamento com os pais, além de alterações fisiológicas como abdome distendido, dor nas pernas à noite, baixa estatura e peso para a idade e perturbações no sono. Essas informações subsidiaram a elaboração dos seguintes diagnósticos de enfermagem de acordo com NANDA (2009-2011): paternidade ou maternidade prejudicada, conhecimento deficiente, distúrbio na imagem corporal, baixa autoestima situacional, ansiedade, estilo de vida sedentário, nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais e constipação[3]. Após o levantamento dos diagnósticos, elaborou-se um plano de cuidados de enfermagem que atendessem as necessidades da

adolescente, entre eles se destacam: Encorajar a interação e facilitar a comunicação entre pais e filhos, envolver os membros da família no processo de aprendizado da adolescente; Estabelecer com a adolescente os objetivos o os resultados que devem ser alcançados em relação aos seus estudos; Desenvolver um plano diário com horários para repouso, refeições, brincadeiras e realização das atividades aprendidas na escola; Orientar os pais a participar da vida escolar, auxiliando nas dificuldades e elogiando quando a adolescente tiver um bom desempenho; Esclarecer as ideias equivocadas que a adolescente tem de si; Ajudá-la a desenvolver estratégias para enfrentar o Bulling, reduzindo a ansiedade e promovendo a autopercepção e a autoestima;Alertar os pais a estarem atentos às mudanças de comportamento da adolescente; Orientar os pais a estarem disponíveis para ouvir a adolescente e a conversar;Encaminhá-la ao psicólogo; Incentivar a participação em atividades de grupos, para que possa socializar com outros jovens e trocar experiências; Identificar elementos positivos e que possam ser valorizados na adolescente;Fazer palestras educativas sobre Bulling nas escolas; Estimulá-la a praticar exercícios físicos ou atividades capazes de reduzirem a ansiedade; Fornecer apoio emocional e incentivo para ajudar a melhorar a imagem corporal e a motivação da adolescente para a realização das atividades;Incentivar a promoção de um ambiente agradável, relaxante, incluindo toda a família na hora das refeições; Enfatizar a importância de uma ingestão alimentar bem equilibrada e nutritiva; Envolver toda a família no planejamento das refeições para incentivá-los a adotar uma dieta mais saudável; Instruir a adolescente e a família sobre a relação entre a dieta, o exercício físico e a ingestão de líquidos quanto à constipação. Considerações finais/implicações para a enfermagem: Através da realidade e das situações vivenciadas ao realizar esta pesquisa, foi possível perceber que a identidade comportamental, o estabelecimento de um conceito positivo de si, assim como uma autoestima adequada e sadia, são fundamentais para a inserção do adolescente na sociedade, sendo que a família exerce uma grande influencia no seu desenvolvimento e comportamento. O maior desafio da pesquisa foi convencer a adolescente a aderir ao plano de cuidados propostos a ela, pois esta se mostrou resiste às mudanças de hábitos alimentares e comportamentais. Dessa forma, integrar os pais nos cuidados foi imprescindível, pois estes estarão no dia-a-dia da adolescente, lhe incentivando ao estilo de vida mais saudável. Quanto ao Bulling, este deve ser trabalhado não só com a adolescente em casa, mas também na escola com os colegas. Diante disso, cabe aos enfermeiros estarem frequentemente atuando junto aos adolescentes nos hospitais, na rede básica de saúde ou nas instituições de ensino, pois o enfermeiro, como educador, tem uma importante contribuição na formação e orientação dos adolescentes, principalmente em nível de promoção à saúde. Descritores: Adolescência. Cuidado. Enfermagem. Referencias:1 Mosquera JJM. Adolescência e provação. 2 ed. Porto Alegre: Sulina, 1977. 180 p. 2 Tannure MC, Gonçalves AMP. SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: 2008. 168 p. 3 North American Nursing Diagnosis. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

14324

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANGELINE DO NASCIMENTO PARENTE

ADOLESCÊNCIA: PERFIL E MUDANÇAS FRENTE À GRAVIDEZ

Parente, AN; Parente, AT; Cardoso, ISC; Fayal, MV; Neves, MAO; Aguiar, SRV;

Introdução: A adolescência compreende a passagem da infância para vida adulta. A vivência da maternidade nesta fase é potencialmente turbulenta pelo reduzido caminho entre o ser mulher e mãe. Objetivo: investigar o perfil e mudanças ocorridas na vida de adolescentes grávidas no município de Cametá-Pará. Metodologia: Realizou-se abordagem quantitativa, descritiva, do tipo relato de experiência, desenvolvida com adolescentes grávidas atendidas em um Centro de Referência de Saúde da mulher no município de Cametá-Pará, de abril a maio de 2012. As adolescentes compreenderam a faixa etária de 12 a 19 anos, totalizando 76 participantes. Resultados: a idade média das participantes compreendeu 16,3 anos. 22% interromperam o estudo devido a gravidez, 62% dos adolescentes são católicos, 54% cursavam ensino médio, 63% eram estudantes e 91% tinham ocupação fora do lar. 80% moravam com os pais no período da concepção, reduziu-se a 58% após a concepção. Conclusão: Considerando a gravidez associada ao não planejamento, repercutindo na formação acadêmica e profissional dos jovens, faz-se necessária a mobilização por meio de programas de saúde, permitindo uma postura crítica, consciente e responsável no exercício da sua sexualidade.Contribuições para a enfermagem: O enfermeiro como profissional de saúde deve realizar assistência no âmbito da promoção e prevenção, através da educação em saúde incluindo a família desses adolescentes, sendo as informações geradas norteadoras da conduta do profissional. Descritores: Perfil de Saúde, Gravidez na Adolescência, Adolescente. Referências: Bezerra EP, Pinheiro PNC, Barroso MGT. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008 set.; 12(1): 522-28. Pantoja FC, Bucher JSNF, Queiroz CH. Adolescentes grávidas: vivências de uma nova realidade. Revista Psicologia ciência e profissão. 2007 set.; 27(3): 510-21.

14393

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANTÔNIA DA CONCEIÇÃO CYLINDRO MACHADO

ALIMENTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA E O RISCO PARA A OBESIDADE

Machado, ACC; ALVES, ACS;

A adolescência é a etapa da vida compreendida , marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Ao longo das últimas décadas vem aumentando o número de adolescentes com sobrepeso/obesidade na população brasileira, fato que vem contribuindo como fator de risco para doenças como a hipertensão e o diabetes. O estudo tem como objetivos: Identificar o perfil de crescimento dos adolescentes de uma escola privada do Município de Duque de Caxias e avaliar à partir do conhecimento dos hábitos alimentares e estilo de vida dos adolescentes o risco para o sobrepeso e obesidade. O estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa, foi realizado com os adolescentes de uma escola privada do Município de Duque de Caxias onde é desenvolvido um projeto de extensão do Curso de Enfermagem, no período de setembro de 2012 á agosto de 2013. Os resultados mostraram que a maioria dos adolescentes apresentou um padrão de crescimento adequado, fato este retratado através da avaliação do IMC. Os adolescentes apresentavam hábitos alimentares saudáveis, fato este relacionado à ingesta frequente de alimentos como frutas, legumes e verduras. Identificamos como risco para a obesidade fatores como irregularidade nos horários das refeições e estilo de vida sedentário, assim como familiares com índices ponderais acima do peso. Consideramos que a efetiva atuação do enfermeiro nas escolas e a adoção de práticas de promoção de uma alimentação saudável e a implantação do Programa de Saúde do Escolar poderão trazer importantes contribuições contribuindo para a diminuição dos riscos para o sobrepeso e a obesidade

13784

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRUNA DE OLIVEIRA BINICÁ

AUTOCUIDADO NO ADOLESCENTE COM ANEMIA FALCIFORME

Bruna, BOB; Luciana, LCNN;

Introdução: Autocuidado é um termo empregado para descrever a capacidade que um indivíduo tem de realizar atividades em seu próprio beneficio buscando o bem estar e saúde. Envolve não apenas o portador da doença, mas também a família, amigos, ou outras pessoas do seu meio. A prática do autocuidado é fundamental para o portador de anemia falciforme, em todo processo da doença, impedindo maiores danos e aliviando os sinais e sintomas já existentes. Portanto, quanto mais cedo as medidas forem empregadas, mais complicações podem ser evitadas. A assistência de enfermagem é crucial na longevidade e qualidade de vida de pessoas com doença falciforme. O serviço de enfermagem encontra-se em todo o processo da doença, desde a identificação caracter/doença, prevenção das crises de falcização, até o acompanhamento familiar e individual, etapa de grande valia considerando as possíveis complicações da doença na infância, adolescência e maturescência. Adolescência é uma fase de reorganização do comportamento, o que é de suma importância para a concepção da pratica do autocuidado, já que é nessa fase que a pessoa começa a entender melhor sobre a doença e sobre si mesmo. O adolescente com doença crônica tem sua rotina alterada, devido às necessidades frequentes de internação hospitalar, uso de medicamentos e procedimentos terapêuticos conforme a evolução da doença. Neste contexto, a atuação do profissional nos programas para detecção precoce do caracter / doença falciforme (DF), é determinante para o direcionamento do tratamento adequado ao portador da doença hereditária crônica. A enfermagem deve atuar na prevenção dos diversos fatores que podem propiciar as crises de falcização e na orientação sobre a importância do auto-cuidado, visando também a promoção da autoestima frequentemente comprometida pelas limitações geradas pela evolução da doença. A assistência de enfermagem é crucial na longevidade e qualidade de vida de pessoas com doença falciforme. O serviço de enfermagem encontra-se em todo o processo da doença, desde a identificação caracter /doença, prevenção das crises de falcização e acompanhamento familiar e individual, etapa de grande valia considerando as possíveis complicações da doença na infância, adolescência e maturescência. Portanto, os enfermeiros como agentes políticos de transformação social mantém um papel fundamental na prevenção de complicações / restabelecimento da saúde dos portadores desta enfermidade, uma das mais antigas da humanidade, e cuja morbidade e mortalidade são ainda bastante expressivas. Nesse sentido pretende-se, através desse estudo, propor melhorias na qualidade da assistência de adolescentes portadores de doença falciforme. Objetivos:. Conhecer o processo de autocuidado desenvolvido por adolescentes de 10 a 17 anos portadores de anemia falciforme, internados em um hospital geral de Vitória - Espírito Santo. Identificar as ações de autocuidado relatadas pelos adolescentes internados com anemia falciforme. Identificar as ações de autocuidado relatadas pelos pais e/ou responsáveis por adolescentes internados com anemia falciforme. Verificar o conhecimento dos adolescentes sobre a doença. Metodologia: Trata-se de um estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em um hospital geral de Vitória - ES. Os dados foram coletados durante o mês de Agosto/2012 utilizando um roteiro de entrevista semi-estruturado com questões abertas. Para análise dos dados coletados foi utilizado o referencial teórico de Bardin, submetendo-os à técnica de análise de conteúdo. Após a análise dos dados coletados, emergiram as seguintes categorias: categoria I - Conhecimento sobre a doença, com a subcategoria I.I - conhecimento insuficiente. Categoria II - O adolescente convivendo com a doença, Subcategoria II.I - A influencia da doença sobre o cotidiano. Resultados: Apesar de ser de fundamental importância o conhecimento do adolescente sobre a anemia

falciforme para a manutenção da sua saúde, verificou-se um déficit importante em relação aos conhecimentos adquiridos sobre o que é a doença. A falta do conhecimento expõe o portador de anemia falciforme a diversas complicações, e não raras vezes, as complicações estão presentes ao longo de toda a vida dos portadores de anemia falciforme. Em relação a complicações, os adolescentes consideraram principalmente a dor como uma complicação da doença. No que tange a influencia da doença no cotidiano dos portadores, ficou evidenciado que apesar de apenas um dos entrevistados referir dificuldades em realizar suas tarefas diárias, todos relataram internações frequentes, o que pode significar importante alteração do cotidiano. Estes sujeitos, ao relatarem várias internações, demonstram que de alguma forma a doença interfere nas suas atividades diárias, mas parece que isto naturalmente faz parte do cotidiano deles e não consideram que estes eventos interfiram em suas rotinas. Neste contexto, alguns aspectos devem ser levados em conta, como a maturidade para avaliar a interferência da doença no cotidiano. Conclusão: Considera-se que os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que, o conhecimento dos sujeitos em relação à anemia falciforme foi identificado. Os resultados deste estudo mostraram que há um deficit importante de conhecimento sobre anemia falciforme por parte dos entrevistados, o que influencia diretamente na realização do autocuidado. Evidenciaram também a necessidade da educação em saúde para melhoria da qualidade de vida dos portadores da doença. Contribuições para a enfermagem: Ao final deste estudo, fica evidenciada a importância da educação em saúde direcionada para os portadores de anemia falciforme nesta faixa etária, com o intuito de ensinar medidas básicas, tais como as relacionadas à ingestão hídrica, atividades físicas, vestimentas, identificação de complicações. Faz-se necessário salientar a importância da atuação de profissionais de saúde em conjunto com a família, para enfatizar medidas de promoção da saúde e prevenção das complicações da doença, visto que o adolescente precisa de apoio para enfrentar as dificuldades causadas pelas complicações da doença, pois estas podem causar prejuízo em seu desenvolvimento escolar e no relacionamento com os colegas, além da possibilidade de distúrbios da autoimagem. É preciso que ações sejam realizadas com intuito de conscientização da comunidade, da família e do próprio portador da doença, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Referencias Bibliográficas: 1. ANDRADE VALDEREZ RIBEIRO DE. O autocuidado de adolescentes com anemia falciforme baseado na teoria de Orem. 29 de Outubro 2012: p. 115; 2. KIKUCHI BERENICE A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. Ver. Brás. Hematol. Hemoter. 2007; 29 (3ª). 3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Autocuidado na Doença Falciforme. [Online]; 2008 [Citado em 29/01/2012] Disponivel em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_educacao_saude_volume1.pdf. 4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual da Anemia Falciforme para a população. [Online]; 2007 [Citado em 05/01/2012]. Disponivel em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0206_M.pdf. 5. PERIN CHRISTIANO et al. UFCS. [Online]; 2000 [Citado em 05/01/2012]. Disponível em: http://genetica.ufcspa.edu.br/seminarios%20textos/AnemiaFalciforme.pdf.

14131

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRUNA RAFAELA FANFA

CRIANÇAS, ADOLESCENTES E MEDICAMENTOS: PERFIL DO USO

Fanfa, BR; Rodrigues, LM; Moura, R;

Na medicina moderna o medicamento constitui um dos mais relevantes recursos terapêuticos sendo aceito e utilizado mundialmente. Este produto quando utilizado inadequadamente pode mascarar doenças e causar males como dependência, síndrome de abstinência e distúrbios de comportamento. Crianças e adolescentes constituem uma parcela da população que também se beneficia do avanço da indústria farmacêutica, tendo a possibilidade de usufruir de variadas classes de medicamentos para tratar os mais diversos sintomas. Medicamentos como moduladores do apetite, esteroides anabolizantes e especialmente psicofármacos, como o metilfenidato, tem sido utilizados e prescritos em tendência crescente e de forma abusiva, questão bastante discutida pelo Conselho Federal de Psicologia[1]. Em consultas de enfermagem a 308 adolescentes na clínica escola da Universidade de Santa Cruz do Sul, as autoras depararam-se com a magnitude do uso contínuo de medicamentos por este público. Diante disso, procurou-se conhecer a produção científica brasileira acerca deste perfil de consumo. Para atingir tal objetivo, buscou-se nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde textos completos disponíveis no período 2009-2013. Na primeira busca utilizou-se como descritores: "prescrição" "medicamentos" "crianças" e foram encontrados 40 artigos. Na segunda: "medicamentos" "estudantes" e 47 os artigos encontrados. A partir da leitura dos resumos foram selecionadas nove publicações que mais se aproximaram dos objetivos do estudo. Estas foram analisadas quanto à área de conhecimento, metodologia, público alvo, resultados e conclusões. Os artigos mostraram que as pesquisas enfocam basicamente a prática da automedicação como problemática nesta idade, seja ela realizada pelos responsáveis ou pelos próprios sujeitos. O estudo também evidenciou escassez na produção científica sobre este tema. Descritores: Medicamentos de uso contínuo; adolescente; criança. 1- TAVERNA, CSR. Medicalização de Crianças e Adolescentes. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 15, Número 1, Janeiro/Junho de 2011: 169-171.

14490

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CIRCÉA AMALIA RIEIRO

ENFRENTANDO UMA EXPERIÊNCIA DIFÍCIL MESMO COM APOIO: A ADOLESCENTE MENOR VIVENCIADO A MATERNAGEM

Andrade, PR; Ohara, CVS; Ribeiro, CA;

Introdução: Para a Organização Mundial de Saúde a adolescência menor é compreendida entre os 10 e 14 anos de idade. Conhecida como puberdade representa o período de transição entre a infância e a entrada para adolescência é marcada pelo desenvolvimento biológico, cognitivo e emocional. Segundo o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o número de gestantes na respectiva faixa etária aumentou consideravelmente nos últimos 10 anos no Brasil, dos quase 600.000 nascimentos de bebês filhos de mães adolescentes, aproximadamente 30 mil foram filhos de adolescentes menores1. Tal fato constitui-se como um sério problema de Saúde Pública e que leva a repercussões negativas no âmbito psicológico, biológico e social. Estudos sobre a gravidez e maternidade na adolescência menor descrevem-na sob uma perspectiva biologicista de riscos e complicações à mãe e ao bebê. Referente à maternagem, os estudos privilegiam a falta de competência para cuidarem e que seus filhos estão sujeitos a agravos psicológicos, desenvolvimentais e expostos a maus tratos. Em nossa vivência profissional temos nos deparado com mães entre 12 e 14 anos de idade, que começaram a procurar a Consulta de Enfermagem em Puericultura, pudemos identificar quantas dificuldades, ansiedades e sentimentos de medo permeiam este momento de suas vidas e observamos que sua experiência parecia diferir da de mães adolescentes de 16 a 19 anos de idade2. Objetivos: Compreender o significado de cuidar do filho para a adolescente menor, desvelar as demandas necessárias para que possa cuidar do filho e construir um modelo teórico representativo acerca dessa vivência. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIFESP (Parecer n° 2025/07). Foram adotados como referencial teórico o Interacionismo Simbólico que tem como foco a perspectiva da análise das interações humanas3 e a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico, que tem como objetivo descrever conceitos que emergem dos dados e interpretar a relação existente entre eles possibilitando a construção de modelos teóricos explicativos sobre o fenômeno estudado4. O estudo foi realizado no ambulatório do Centro Assistencial Cruz de Malta, instituição filantrópica situada na cidade de São Paulo. As participantes do estudo foram nove mães que estavam vivenciando ou já haviam vivenciado a maternidade na adolescência menor e que se constituíram três grupos amostrais. Os dados foram coletados de 2008 a 2011 e as estratégias utilizadas foram a observação participante e a entrevista semi-estruturada, iniciada com a pergunta norteadora: "Conte-me como está sendo (ou como foi) para você a experiência de cuidar de seu filho?" A análise dos dados deu-se simultaneamente à coleta seguindo as etapas preconizadas pela metodologia: codificação inicial, categorização, codificação teórica, identificação da categoria central e formulação do Modelo Teórico. Resultados: A experiência revelada envolveu dois fenômenos interativos, ou seja, que exercem efeitos mútuos entre si, são interdependentes, seguem uma trajetória mútua e apresentam interação de efeitos que foram: Convivendo com uma experiência difícil ao cuidar do filho e Tendo ajuda da rede de apoio para cuidar do filho. O fenômeno Convivendo com uma experiência difícil ao cuidar do filho revelou as dificuldades, sofrimentos, medos e o sentimento de solidão, com que a adolescente depara-se ao cuidar de seu filho, desde o seu nascimento, e que vai aumentando conforme as demandas do cuidar vai exigindo mais de si. O fenômeno Tendo ajuda da rede de apoio para cuidar do filho retratou as interações que a adolescente menor estabelece com a sua rede de apoio, para conseguir atender às demandas que o cuidar do filho exige. A interação entre estes dois fenômenos

permitiu construir um Modelo Teórico que propiciou evidenciar o processo pela qual a mãe adolescente menor vai interagindo consigo mesma e ressignificando sua infância, valores e conflitos familiares, passando a atribuir um novo significado à vivência do cuidar que até então desconhecia e, assim passa a estabelecer estratégias no sentido de superar as dificuldades que sente para cuidar do filho, mas também para aliviar toda a sobrecarga emocional que a vivência determina. Conclusão: Os referenciais teórico e metodológico adotados possibilitaram desenvolver uma teoria que desvela a experiência da adolescente menor frente a maternagem, e as interações que estabelece com a sua rede de apoio. Esta vivência foi, ainda, representada simbolicamente, por uma gangorra que ora se inclina para cima, ora para baixo. Quando a vivência de cuidar do filho apresenta-se muito difícil, ela torna-se um fardo pesado, maior do que pode suportar, assim a gangorra é impulsionada para baixo. Por outro lado, quando recebe apoio apropriado, sem que lhe seja usurpado o direito de exercer a maternagem, o peso desta experiência vai tornando-se mais leve, de modo que a gangorra volta a subir. No entanto, em função de sua tenra idade e imaturidade, essa vivência continua sendo difícil e assim, ENFRENTANDO UMA EXPERIÊNCIA DIFÍCIL MESMO COM APOIO representa a essência do que significa para ela vivenciar a maternagem. Implicações para a enfermagem: A experiência revelada traz aspectos importantes a serem refletidos na área da saúde e da educação, porém, destaco aqueles voltados aos enfermeiros no sentido de contribuir com a compreensão do que vem a ser mãe em idade tão precoce e as demandas de apoio que necessita não só para cuidar do filho, mas também de si, para que possa dar continuidade a sua trajetória de vida e construção de sua identidade. O profissional de saúde que atua ou depara-se com gestantes ou mães adolescentes tão jovens, seja no hospital ou posto de saúde deve repensar sobre suas atitudes perante as mesmas, acolhendo-as, demonstrando atenção, orientando e ensinando a cuidar do filho e também de si. Os dados apresentaram uma forte evidencia no que condiz a importância da rede de apoio para a adolescente menor, assim sendo o enfermeiro deve assegurar que esta mãe estabeleça uma relação estreita com alguém de sua rede de apoio e instrumentalizar-se para avaliar e reconhecer as relações estabelecidas entre eles, e identificar os fatores de proteção que, poderá influenciar em mudanças de efeitos negativos e adversos de suas vidas. Neste estudo, outro dado relevante, está relacionado ao resgate da importância do brincar. Dessa maneira, o enfermeiro junto a sua equipe deve refletir sobre a implantação de um espaço lúdico e recreativo de suporte para adolescentes grávidas e mães adolescentes menores, para que possam resgatar e praticar o lúdico, o qual foi abandonado tão precocemente e que, com certeza, favorecerá a descoberta de seu verdadeiro eu e assim ter condições de desenvolver atitudes reflexivas e críticas sobre o que vem a ser a gravidez em um momento tão precoce e as repercussões em suas vidas. Referências: 1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) [Internet]. Brasília: DATASUS; 2009 Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def 2. Andrade PR, Ribeiro CA, Silva CV. Mãe adolescente cuidando do filho: um modelo teórico. Rev Bras Enferm. 2006 59(1): 30-5. 3.Charon, J.M. Simbolic Interacionism. 9 ed. Upper Saddle River, New Jersey: Person Prentice Hall, 2007. 4. Strauss AL,Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008. Descritores: Puericultura, Relação Mãe-filho, Adolescente

14343

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CLAUDETE DEMÉTRIO MEURER

ESTADO NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES DE ADOLESCENTES QUE FREQUENTAM A CASA RODOLPHO BOSCO ? LAR FABIANO DE CRISTO

Meurer, CD; Alves, DC; Baum, L;

ESTADO NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES DE ADOLESCENTES QUE FREQUENTAM A CASA RODOLPHO BOSCO - LAR FABIANO DE CRISTO MEURER, Claudete Demétrio* ALVES, Daiana Cristina** BAUM, Luana** Introdução: o Brasil passa por processo de transição nutricional, caracterizado pela diminuição da desnutrição, aumento do sobrepeso e obesidade em adultos, crianças e adolescentes. A redução da desnutrição, o aumento da prevalência de obesidade e as mudanças no padrão de consumo alimentar são características deste processo que variam de acordo com o grau de desenvolvimento de cada país1. A transição nutricional caracteriza-se pela passagem da desnutrição para a obesidade e tem-se observado aumento da prevalência desse último agravo nos diversos subgrupos populacionais para quase todos os países da América Latina2. No Brasil, verifica-se a presença desta transição, não só na população adulta, mas também em crianças e adolescentes, sendo que, nas regiões Sul e Sudeste, sua ocorrência mostra-se o dobro do que na região Nordeste3. Está relacionada à mudança de qualidade e estilo de vida e hábitos alimentares errôneos, que na adolescência ocorrem por estímulos psicológicos e sociais. Objetivos: o presente estudo buscou caracterizar os adolescentes de 10 a 18 anos da Casa Rodolpho Bosco - Lar Fabiano de Cristo - Itajaí/SC, de acordo com seu estado nutricional e hábitos alimentares; caracterizar os adolescentes quanto aos dados sociodemográficos: sexo, idade, renda familiar, escolaridade, escolaridade dos pais, profissão/ocupação dos pais e constituição familiar; classificar os adolescentes de acordo com a avaliação antropométrica. Metodologia: trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter quantitativo. A amostra constituiu-se de 45 adolescentes que aceitaram participar do estudo, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado também por seus pais e/ou responsáveis. A proposta de estudo foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí sob o parecer 506/11a. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados, contendo questões relacionadas a dados sócio-demográficos. Para o levantamento de hábitos alimentares utilizou-se um instrumento adaptado, descrevendo alimentos e bebidas comumente consumidas durante as refeições (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e outra refeição)4. Para a análise dos hábitos alimentares, classificou-se os alimentos segundo a pirâmide alimentar, a partir de suas funções (carboidrato, proteína, lipídios e reguladores). As frutas e hortaliças foram agrupadas na função reguladores, os óleos, gorduras, açúcares e doces na função dos lipídios. A coleta dos dados antropométricos (peso e altura) foi realizada individualmente, em uma sala disponibilizada pela Instituição. Para a verificação do peso foi utilizada balança de plataforma, aferida pelo Inmetro, aprovada sob o número 30592. Os adolescentes utilizaram-se do mínimo de roupas possível (calça e camiseta) e sem sapatos. Para a verificação da estatura utilizou-se antropômetro acoplado à balança. A avaliação nutricional foi realizada a partir do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), e a classificação do estado nutricional com base em gráficos, de acordo com o sexo e idade, com pontos de corte de 3rd a 97th5. Os dados foram analisados através da estatística descritiva simples. Resultados: constatou-se que houve predomínio do sexo feminino e da faixa etária entre 10 e 12 anos, com o índice de escolaridade ensino fundamental incompleto. No que tange os dados dos pais, predominou o ensino fundamental incompleto para a mãe e em branco para o pai. Quanto à profissão/ocupação houve predomínio na opção em branco para o pai e serviço doméstico entre as mães. A constituição familiar manteve-se de 5 a 9 pessoas, com renda de até dois salários mínimos. Em relação ao

estado nutricional, 57,8% dos adolescentes encontravam-se eutróficos, enquanto 33,3% apresentavam sobrepeso e/ou obesidade e apenas 8,9% em risco nutricional. Em relação aos hábitos alimentares, evidenciou-se que a maioria dos adolescentes realiza as três refeições principais: café da manhã (88,9%), almoço (100%) e jantar (95,5%). Quanto aos lanches intermediários, 40% faziam lanche da manhã, 86,6% o lanche da tarde e 40% o lanche da noite. Sobre o tipo de alimentos consumidos de acordo com a função predominante observou-se que, tanto no café da manhã dos meninos como no das meninas a ingestão de carboidratos, proteínas e lipídios é elevada (acima de 80%), enquanto que dos reguladores entre os meninos é pequena (10%) e entre as meninas não há o consumo deste alimento (0%). No lanche da manhã os carboidratos, as proteínas, os lipídios e os reguladores são consumidos quase que igualmente (20%). Já no almoço, 100% dos meninos e das meninas consomem carboidratos, proteínas e lipídios e os reguladores também são consumidos pela maioria (75% entre os meninos e 84% entre as meninas). No lanche da tarde, os reguladores são consumidos em pequena quantidade, tanto pelos meninos, como pelas meninas, diferente dos demais que são consumidos em grande quantidade (acima de 75%). No jantar, também a ingestão de reguladores apresenta-se reduzida em relação ao carboidrato, proteína e lipídio. Entretanto, no lanche noturno os reguladores apresentam um consumo maior relacionado aos demais tipos de refeições em ambos os sexos. Conclusões: embora o estudo tenha demonstrado a maioria dos adolescentes com eutrofia, é preocupante o número de adolescentes com sobrepeso/obesidade (33%), superando a média brasileira que é de 20%. Evidencia-se também, que a maioria dos adolescentes ingere de 3 a 5 refeições por dia, predominando as três refeições básicas (café da manhã, almoço e jantar), o que demonstra acesso ao alimento, garantindo o aporto nutricional mínimo para o desenvolvimento e crescimento saudáveis. No entanto, são preocupantes os dados trazidos pelo levantamento de hábitos alimentares, os quais denotam grande consumo de carboidratos, lipídios e proteínas, em ambos os sexos. Os alimentos reguladores são ingeridos, quase que exclusivamente, no almoço, seguido do jantar e no lanche noturno entre os adolescentes que o realizam. Contribuições para a enfermagem: a realização deste estudo permitiu-nos identificar a importância da avaliação nutricional, visto que esta auxilia os profissionais da saúde e da enfermagem no diagnóstico de distúrbios nutricionais, bem como, nas ações de promoção à saúde e acompanhamento do estado de saúde e nutricional do adolescente. Espera-se também, a continuidade destas ações, abrangendo integralmente a saúde da criança e do adolescente. Para tal, torna-se necessário a conscientização dos profissionais e das esferas governamentais na busca de práticas efetivas para o acompanhamento do estado nutricional de crianças e adolescentes, bem como o favorecimento ao acesso à alimentação saudável, através da garantia das políticas para a promoção da saúde de adolescentes no que tange ao estado nutricional e hábitos alimentares. Referências: 1VIEIRA, de M. F. A., et. al. Estado nutricional de escolares de 1ª a 4ª séries do ensino fundamental das escolas urbanas da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro v.24 n.7, jul. 2008. 2 FELISBINO-MENDES, M. S. F.; CAMPOS, M. C.; LANA, F. C. F.. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010. 3 FAGUNDES, A. L. N. et al., Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da região de Parelheiros do município de São Paulo. Rev. Paul. Pediatr. São Paulo. v. 26 n.3. 2008. 4 FISBERG, R. M. et al. Inquéritos alimentares: métodos e bases cientificos. Manole: São Paulo, 2005. 5 WHO, Word Health Organization. BMI - for age. 2007. Descritores: transição nutricional; adolescentes; estado nutricional.

13958

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DEBORA DALEGRAVE

SER ADOLESCENTE COM CÂNCER E A SUA CORPOREIDADE

Dalegrave, D; Motta, MGC;

INTRODUÇÃO: Compreender a corporeidade do ser adolescente com câncer requer uma visão mais ampla do próprio conceito de sexualidade e da forma do adolescente vivenciar essa fase da vida. A corporeidade é a condição humana, ou seja, o modo de ser do homem. Assim, o processo de adolescer caracteriza-se por diversas transformações, sendo as relacionadas ao campo da sexualidade de maior repercussão. O exercício da sexualidade engloba aspectos afetivos, eróticos e amorosos, relacionados à construção da identidade, à história de vida e a valores culturais, morais, sociais e religiosos de cada um1. Nesse sentido os sujeitos não possuem uma identidade fixa sendo esta construída a partir de múltiplos fatores que vivenciam. O corpo é "a primeira maneira de sermos no mundo. Pensar corporeidade e corpo - sujeito [...] justifica-se pelo fato de não termos um corpo, mas sim, sermos o nosso corpo"2. Portanto, a expressão corporal está relacionada a toda uma significação da existência, na sua trajetória social a qual influencia no curso de sua vida. Nesta perspectiva é necessário analisar a adolescência sob o ponto de vista da corporeidade e sexualidade, pois poderá permitir a compreensão das ações dirigidas para essa parcela da população, não somente na área da saúde, mas em diferentes áreas como a assistência social, educação, cultura, justiça e outras tantas que necessitam de uma reestruturação e metodologia para que sejam eficazes. Compondo conjuntos de ações, as quais podem influenciar e motivar os adolescentes a expressarem suas experiências pessoais, bem como a sua sexualidade. OBJETIVO: Refletir sobre as atividades lúdicas realizadas com adolescentes com câncer à respeito da sua corporeidade e sexualidade, buscando identificar elementos favoráveis para a construção de políticas públicas de saúde. METODOLOGIA: Trata-se do relato dos resultados da dissertação Corporeidade do ser adolescente com câncer na perspectiva da sexualidade que teve como objetivo de Conhecer as percepções do ser adolescente com câncer sobre a corporeidade na perspectiva da sexualidade, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica, a qual permitiu abranger a realidade visível e compreender os fenômenos e processos que estão atualizados no cotidiano do adolescente com câncer, vivenciado em uma Unidade de Internação Oncológica, no período de julho de 2012. Ressalta-se que esta abordagem se fez fundamental na medida em que se buscou perceber a importância dada à questão e ao valor atribuído a ela dentro dos grupos sociais envolvidos no processo proposto. Optou-se pela realização de oficinas de criatividade e sensibilidade, com o propósito de promover discussões, reflexões, e um elo de ensino-aprendizagem, através de dinâmicas de criatividade e sensibilidade dos adolescentes sobre a importância de viver a sua corporeidade. Apartir disso elaborou-se quatro de oficinas de criatividade e sensibilidade, notando-se a importância desta metodologia, pois a mesma permite que os profissionais de saúde realizem, ao mesmo tempo, trabalho científico e enfoquem a subjetividade, aproximando-se mais dos informantes. Assim sendo, os adolescentes foram convidados a pensar, manifestar suas concepções e discuti-las. Os informantes foram seis adolescentes, os quais participaram ativamente deste processo, contribuindo para uma relação critica e transformadora. RESULTADOS: A concepção de corporeidade e do processo de adolescer possibilita que se mantenha o equilíbrio do conjunto, a noção ampliada do corpo, e as suas dimensões existentes, no que tange a sexualidade que, por sua vez, envolve gênero, identidade sexual, envolvimento emocional, amor e reprodução. A sexualidade é considerada como a energia da vida, experimentada ou expressa por meio de pensamentos, desejos, crenças, valores, atitudes, práticas, papéis e relacionamentos. Além disso, a

sexualidade refere-se não somente às capacidades reprodutivas do ser humano, mas envolve seu corpo, sua história, seus costumes, suas relações afetivas e sua cultura3. Assim, a sexualidade faz parte deste mundo de transformações e descobertas do adolescente, e quando acompanhada de uma doença oncológica, faz com que o adolescente vivencie outro mundo, permeado de ansiedade, medo e insegurança, podendo provocar desequilíbrios neste processo. Ao final da coleta das informações, ficaram visíveis esses conflitos, pois para os informantes a sexualidade, permanece adormecida durante o tratamento, manifestando-se apenas na sua imagem corporal, com a utilização de acessórios, exemplo perucas, para se sentirem mais "corpo", relação esta visualizado nas ideias de Merleau Ponty, que mostra que os seres humanos são tanto objetos quanto sujeitos, sendo essencialmente corporificados, incorporados e, em certo sentido, identificados ao nosso corpo. Ou seja, não poderíamos ser parte do mundo se não fossemos criaturas corpóreas e, desta forma, objetos como qualquer outro. E como quaisquer objetos reagiriam às influências que as coisas exercem ao redor4. Caracterizando a corporeidade a existência do homem, o que não significa que se reduza ao corpo individual. "Ao contrário, a ideia de corporeidade implica uma vinculação, não só com os outros corpos, mas também com o mundo" 5,p.124. Ficando evidente, que todo esse processo trata-se da soma, ou seja, da união de dois conceitos em prol de um objetivo em comum, que é conhecer a visão dos adolescentes sobre seu corpo e a sua sexualidade. CONCLUSÃO: Neste sentido, falar sobre a intencionalidade ou subjetividade é, portanto, falar sobre um modo de explicar o comportamento segundo características internas, que se direciona essencialmente para certos objetos, que apresentam significados4. Nessa perspectiva, recomendam-se, outros estudos com foco na adolescência, na sexualidade sob o olhar da corporeidade, considerando-se sua grande abrangência, além de se apresentarem como uma proposta de cuidado voltada para as necessidades peculiares do adolescente. Ao mesmo tempo, a força de vontade e as lições de vida são elementos presentes e essenciais no mundo da vida do ser adolescente com câncer, demonstrando que, mesmo necessitando de independência, os mesmos sentem-se capazes de se autovalorizarem, perfazendo com que se sintam com solicitude e força para ajudar os demais. Desafiam as adversidades impostas pela patologia, valorizando a sua corporeidade e a sua sexualidade, sentindo-se parte do mundo vivido da adolescência. Assim, pode se alcançar uma concepção sobre a corporeidade do ser adolescente com câncer, seguindo em frente na busca da sua recuperação, dando estímulos para que se sintam capazes de enfrentar e vencer esta patologia, revivendo as falas e expressões do seu corpo.

14109

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DIENIFER FORTES DA FONSECA

A ENFERMAGEM PROMOVENDO AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA RURAL

Fortes, DF; Pieszak, GM; Bacelar, JM; Ost, SR;

Uma das fases mais importantes da vida de uma pessoa é a adolescência, pois se trata de uma fase que envolve muitas mudanças que refletem no estado físico e psicossocial, trata-se de uma fase que o crescimento somático e o desenvolvimento de habilidades psicomotoras se intensificam e os hormônios atuam fortemente, levando a mudanças radicais de forma e expressão, surgindo muitas angústias e medos1. A sexualidade se desenvolve rapidamente assim como a vulnerabilidade de adquirirem as ISTS-infecções sexualmente transmissíveis e HIV. Por isso, é imprescindível que o ambiente escolar proporcione a inserção de educação em saúde para os mesmos, conseguindo sensibilizá-los para o auto cuidado e a promoção da autonomia. Estudos identificam que os adolescentes podem ter um maior grau de vulnerabilidade frente a questões como: relações de gênero, condições socioeconômicas, a sexualidade, o uso de drogas e a violência2. Desse modo, a disponibilização de um ambiente que favoreça o diálogo, pautado no acolhimento e esclarecimento de dúvidas por meio das ações de educação em saúde que buscam ofertar informações diretas e adequadas ao desenvolvimento e ao contexto do adolescente, é a melhor forma para se abordar a temática da sexualidade3. Para tanto, o presente resumo trata-se de um relato de experiência e tem por objetivo descrever os ensaios vivenciados pelas acadêmicas dos sexto e sétimo semestre do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI-Santiago durante atividades de educação em saúde em uma escola rural. As atividades foram desenvolvidas durante um dia, envolvendo dois períodos, pela manhã os acadêmicos dividiram-se em dois grupos para realização das oficinas com as turmas ¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬do ensino médio, no turno da tarde as mesmas foram realizadas para o ensino fundamental. Ao dar início as atividades, sugeriu-se que os alunos sentassem em círculos com a finalidade de efetivar uma aproximação entre os acadêmicos de enfermagem e os alunos, sem causar constrangimentos e para promover a troca de informações de forma interativa. Por seguinte, os alunos se apresentaram e socializaram as expectativas em relação ao encontro. Tal momento oportunizou que os acadêmicos de enfermagem pudessem identificar as necessidades daquele grupo e as suas características. Evidenciou-se que as necessidades elencadas pelos sujeitos envolvidos neste processo de educação em saúde foram às questões relacionadas à sexualidade na adolescência. Para a introdução iniciou-se com a proposta da "dinâmica da caixa", é uma metodologia que incentiva o aluno a escrever em forma de uma pergunta a dúvida sobre determinado assunto. Neste contexto de interação e esclarecimentos os acadêmicos de enfermagem tomaram a precaução de não expor os alunos e nem causar constrangimentos. Trata-se de uma habilidade requerida pelo profissional de enfermagem e que faz parte do cuidado integral e da estratégia em trabalhar com ações de educação em saúde. As perguntas foram compartilhadas com o grupo e discutidas, com o intuito de esclarecer as dúvidas e realizar as orientações. A partir de uma pergunta exposta, apresentavam-se mais dúvidas e assim, permitia uma maior abrangência de determinado assunto. Sabe-se que as ações de educação em saúde devem respeitar os saberes prévios dos sujeitos, a sua cultura e individualidade, trata-se de saberes socialmente construído com a sua vivência no seu cotidiano4 Os recursos utilizados para este encontro foram materiais de educação sexual pertencente ao laboratório de enfermagem da universidade, que permitiu ao adolescente visualização das figuras e melhor compreensão e entendimento sobre as genitais feminina e masculina e dos métodos contraceptivos existentes. Ao término desta oficina evidenciou-se que

às dúvidas mais frequentes estavam relacionadas ao senso comum, permeadas por mitos e pela cultura de cada sujeito. A possibilidade de compartilharem as suas duvidas permitia que os mesmos se sentissem valorizados e inseridos neste processo de educação em saúde. Com a experiência de identificar e interagir com os adolescentes a fim de sanar as suas dúvidas acerca da sexualidade, percebeu-se uma lacuna acerca do conhecimento dos principais métodos contraceptivos, maneira correta de usá-los, as principais causas que levam ao desenvolvimento de infecções sexualmente transmissíveis, à gravidez na adolescência e a repercussão na vida do adolescente. Cabe destacar a importância do profissional enfermeiro valorizar as ações de educação em saúde como forma de prevenção e proteção à saúde dos sujeitos. Dentro deste contexto ao desenvolver ações de educação em saúde junto aos adolescentes percebeu-se a fragilidade dos conhecimentos prévios, o despreparo e a necessidade da atuação do enfermeiro frente a estes sujeitos. Durante a atividade, os adolescentes relatam a dificuldade de expor as suas dúvidas com os professores e até mesmo com os profissionais da saúde, compartilharam que eles não se sentem seguros para conversar e pedir orientações, que têm receio da forma com que serão julgados e na maioria das vezes não têm um bom acolhimento e resolutividade para as suas dúvidas com as equipes de saúde daquela realidade. Ao final da dinâmica evidenciou-se dos adolescentes acerca da realização desta atividade, pois proporcionou aos mesmos a oportunidade de diálogo, de expor as suas dúvidas, inseguranças e a transformação na sua realidade. Além disso, oportunizou a troca de saberes entre acadêmicos de enfermagem e os adolescentes, valorizando assim, agregação do conhecimento acerca da sexualidade. Para que ocorra a sensibilização dos adolescentes acerca da necessidade do auto cuidado, e de adquirir conhecimentos sobre ações de educação em saúde, de promoção e prevenção devem ser efetivadas de forma integral, adotando práticas que atendam à saúde individual e coletiva dos sujeitos. Portanto é primordial que a enfermagem esteja cada vez mais engajada nas ações de educação em saúde para os adolescentes, com o intuito de não apenas minimizar os problemas de saúde pública, mas de promover o empoderamento e a aplicabilidade dos direitos dos cidadãos principalmente o de promover a saúde. Diante do exposto, conclui-se que as oficinas propiciam um ambiente de reflexão e discussão ampliando os campos dos saberes acerca da sexualidade, preenchendo assim a lacuna existente na vida dos adolescentes sobre o assunto. Além disso, a adoção das dinâmicas nas ações de educação sem saúde auxiliam a escola e a equipe de saúde a conhecer a realidade e necessidades da adoção destas estratégias de promoção e prevenção à saúde dos mesmos. As implicações para a enfermagem estão permeadas na necessidade de apropriação do seu papel como educador e transformador nas ações de educação em saúde. Portanto estas ações quando adotadas e realizadas com comprometimento e qualidade promovem a melhora na qualidade de vida dos adolescentes e o faz reconhecer a sua autonomia e valorização. O papel do enfermeiro se estende a necessidade de atentar para a promoção da saúde de forma integral, valorizando o contexto onde o adolescente está inserido para que a educação em saúde tenha efetividade e o profissional consiga criar ações para o adolescente ter um desenvolvimento saudável. Descritores: Adolescente, Educação em Saúde, Sexualidade. Referências: 1Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. Transinf [Internet]. 2007[acesso em: 2013 agos. 4]; 16(2): 217-224. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a02v16n2.pdf 2BRÊTAS J. Vulnerabilidade e Adolescência. Transinf[Internet].2010[acesso em: 2010 agos.4]; 10(2):89-96. Disponível em: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n2/v.10_n.2-art5.refl-vulnerabilidade-e-adolescencia.pdf 3Levandowski DC, Schmidt MM. Oficina sobre sexualidade e namoro para pré-adolescentes. Transinf [Internet].2010 [acesso em: 2013 agos.4];20(47): 431-436. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n47/a15v20n47.pdf 4Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.43a .ed. São Paulo :Paz e Terra;2011.

14103

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELISA GOMES NAZARIO

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E COMPORTAMENTAL DAS ADOLESCENTES QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Nazario, EG; Silva, CB; Tassinari, TT; Paula, CC; Padoin, SMM;

INTRODUÇÃO: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) vem modificando seu perfil epidemiológico ao longo dos anos no Brasil, destacando-se os movimentos de juvenização e feminização. A juvenização é caracterizada pelo aumento do número de adolescentes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). No período de 1980-2011, ocorreram 14.724 casos em adolescentes de 13 a 19 anos. Já a feminização se configura como o aumento da incidência de mulheres infectadas, processo este que vem sendo constante desde a década de 1990, sobretudo na população adolescente[1]. Esses fatores encontram-se interligados, uma vez que a feminização da AIDS vem repercutindo no aumento das notificações de infecção por transmissão vertical, e determinando o crescimento no número de crianças infectadas pelo HIV. Essa mudança implicou na formação de políticas públicas específicas para a temática e no avanço do tratamento antirretroviral (TARV), que possibilitou a redução nos índices de morbidade e de mortalidade, trazendo resultados de melhoria e bem estar a essa população[2]. Dessa forma, crianças que foram infectadas por transmissão vertical sobreviveram e atualmente compõem o grupo de adolescentes que vivem com HIV/AIDS. Nessa perspectiva, se faz necessário dar visibilidade à população feminina de adolescentes com HIV/AIDS, de modo que seja possível desenvolver estratégias de cuidado específicas que possam atender as demandas de crescimento, desenvolvimento e de adoecimento dessas adolescentes[3]. OBJETIVO: Descrever as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas das adolescentes que vivem com HIV/AIDS em acompanhamento ambulatorial. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal descritivo, com uma abordagem quantitativa, sendo um subprojeto do projeto matricial intitulado "Adolescentes HIV/AIDS: demandas da sua necessidade especial de saúde". O campo de coleta de dados foi o ambulatório de infectologia pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), sendo o serviço de referência da região centro-oeste do Rio Grande do Sul, Brasil. Os critérios de inclusão foram: adolescentes com HIV/AIDS na faixa etária de 13 a 19 anos, segundo critério etário estabelecido pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Brasil; que tiveram a revelação de seu diagnóstico; em TARV e em seguimento ambulatorial. Critérios de exclusão: limitação cognitiva e/ou mental que dificultasse a expressão verbal para responder a entrevista. A coleta de dados foi desenvolvida no período de setembro de 2011 a março de 2012, por meio de uma entrevista estruturada com questões que contemplavam dados demográficos, econômicos, sociais, comportamentais e clínicos. O banco de dados foi composto por digitação dupla independente no software Epi Info versão 7.0. Utilizou-se o software PASW Statistics® 18.0 for Windows para análise univariada (frequência e percentual). Os aspectos éticos do estudo foram assegurados obedecendo à Resolução 196/96. O protocolo de pesquisa obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFSM), sob o número CAAE 0063.0.243.000-09. Nesse estudo, optou-se por evidenciar a população feminina dos adolescentes que vivem com HIV/AIDS. RESULTADOS: A população do estudo compôs-se por 14 adolescentes do sexo feminino. Na caracterização sociodemográfica predominaram adolescentes procedentes da cidade de Santa Maria (78,6%); com idade entre 13 e 14 anos (71,4%); de cor/raça branca (35,7%); com ensino fundamental incompleto (92,9%); que não mantinham relação conjugal no momento (85,7%); e sem filhos (92,9%). Em relação à renda econômica, 28,6% recebia algum tipo de rendimento/auxílio. Quanto às características comportamentais, 92,9% das adolescentes não havia tido relações sexuais. Entre as que tiveram, foi relatado com três

parceiros e o preservativo não era utilizado em todas as relações sexuais. O consumo de bebidas alcoólicas foi negado por 78,6% das adolescentes. No que se refere às características clínicas, em 50% a infecção ocorreu por transmissão vertical e em 7,1% por transfusão sanguínea. Destaca-se que 42,9% das adolescentes não souberam responder como haviam se infectado. A necessidade de internação hospitalar em algum momento da vida foi relatada por 71,4% das adolescentes. É importante enfatizar que nenhuma das adolescentes sabia o que era CD4 e 64,3% também não tinha conhecimento sobre o que significava carga viral. Quanto aos antirretrovirais, 78,6% sabiam o motivo de usá-los; 85,7% haviam recebido orientações no serviço de como tomá-los; e 50% relataram sentir efeitos colaterais pela ingestão dos medicamentos. Além disso, 35,7% consideraram difícil manter o TARV, sendo que 28,6% precisaram de ajustes no esquema medicamentoso. Evidencia-se que 71,4% das adolescentes foram consideradas aderentes ao TARV e 57,1% foram avaliadas como assíduas no acompanhamento no serviço de saúde, porém, 42,9% consideravam este acompanhamento difícil de ser realizado. CONCLUSÕES: O destaque ao sexo feminino na adolescência vai ao encontro dos dados epidemiológicos de AIDS no Brasil com a inversão da razão por sexo nesta faixa etária. Diante dos resultados, são necessárias orientações direcionadas ao cotidiano de cuidado da população em questão, bem como ações pautadas na educação em saúde principalmente na fase inicial da adolescência. Estas ações educativas podem ser realizadas de acordo com as demandas apontadas na análise dos dados comportamentais, com vistas à redução de danos à saúde das adolescentes e a proporcionar subsídios para a vivência plena e segura do exercício da sexualidade. Quanto às características clínicas, observa-se que o vínculo com a equipe de saúde possibilita que a adolescente expresse suas demandas de adequação na prescrição do esquema medicamentoso. O desconhecimento acerca da doença sugere a fragilidade no processo de autonomia dessas adolescentes, fato este que pode comprometer sua adesão ao tratamento e os cuidados à saúde. O acompanhamento objetiva ajudá-las a melhor conduzirem à terapêutica e a aderirem ao TARV, visto que a adesão está interligada ao bem estar das adolescentes e sua qualidade de vida. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Diante do apresentado, o papel da enfermagem ganha importância nas consultas individuais e coletivas, as quais propiciam abordar numa perspectiva educativa os cuidados coerentes com a fase da adolescência. As orientações e esclarecimento de dúvidas singulares a condição da população destacada também se mostram essenciais para se efetivar a adesão ao TARV. DESCRITORES: Síndrome da imunodeficiência adquirida; Saúde do adolescente; Enfermagem. REFERÊNCIAS 1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2012. 2. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. Ciência e Saúde Coletiva. 2010;15(Supl 1):1201-8. 3. Paula CC, Padoin SMM. Cuidado de enfermagem ao adolescente com HIV/AIDS. PROENF. Programa de Atualização,2013;7(4):09-150.

13693

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELISANGELA ARGENTA ZANATTA

VIOLÊNCIA: COMPREENSÕES DE JOVENS

Zanatta, EA; Motta, MGC;

Introdução: a violência parece cada vez mais assolar a existência do ser humano, alcançando a cada dia proporções maiores em todo o mundo. Não escolhe cultura, religião, classes sociais, níveis de escolaridade, faixas de renda e origens étnicas, atinge a sociedade de maneira geral, assumindo um crescente papel nas estatísticas de morbimortalidade. A história revela que a violência acompanha a trajetória humana desde os tempos mais remotos, é um fenômeno construído socialmente e influenciado pelas transformações políticas, sociais, educacionais, econômicas e culturais, tem suas raízes na estrutura e no modo de viver de cada sociedade, ganhando novas formas e conotações em cada momento da história1. No contexto atual, os olhares voltam-se, principalmente, para crianças, adolescentes e jovens vítimas de violência, por ser este um dos fenômenos sociais mais complexos enfrentados pela sociedade. Essa situação tem despertado a atenção de estudiosos da temática, dos profissionais de saúde, com destaque para a enfermagem, que buscam desvelar esse fenômeno para traçar estratégias de ação e cuidado, com vistas à prevenção da violência e promoção de uma cultura de paz. Metodologia: Pesquisa qualitativa que utiliza-se da hermenêutica2 para interpretar as informações. Participaram da pesquisa 21 jovens, acadêmicos de enfermagem, na faixa etária entre 17 e 23 anos. Para a produção das informações foram utilizadas duas estratégias: construção do Genograma e Ecomapa, componentes do Modelo Calgary de Avaliação da Família3 de cada jovem e realização de Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade, preconizadas pelo Método Criativo e Sensível4 . A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul CAAE: 02870012.8.0000.5347. Objetivos: Entender como a violência é compreendida pelos jovens no seu vivido e as repercussões desse fenômeno na sua corporeidade, na perspectiva da Vulnerabilidade. Resultados: os jovens declaram que a violência acompanha o seu existir em todos os contextos e lugares que frequentam, faz parte do seu cotidiano, entretanto, cada um a compreende de maneira diferente a partir das suas vivências, da sua cultura, da sua história e do seu modo de ser e viver, contudo, a maioria relaciona a violência com a ausência de felicidade. Definem-na como qualquer ação que interfere no seu bem estar, despertando sentimento de raiva, frustração e infelicidade. A violência é considerada pelos jovens como um obstáculo para a conquista dos seus projetos de felicidade, pois fere a integridade física e mental, deixando-os tristes, deprimidos, frustrados, prejudicando seu bem-estar. Também compreendem que a violência está presente no descaso do poder público e na corrupção, violência coletiva que acontece nos âmbitos sociais, políticos e econômicos, caracterizando a dominação e opressão de grupos e do Estado5. O descaso do poder público em cumprir com os seus deveres para com a população e a corrupção vitimizam os jovens ao negar-lhes possibilidades de acesso a educação, moradia, emprego, lazer, saúde e cultura. Ao pensarem sobre o tema violência, os jovens destacam em seus discursos a negligência, observada na falta de cuidado e de limites assumidos por alguns pais, declaram que, em alguns momentos, a família pode configurar-se em um local de castigo, de tristeza, de sofrimento e de promoção de práticas violentas. Quando presente no âmbito familiar a associam com a morte, no sentido subjetivo, pois representa a falta de amor, de afeto, impede o convívio com as pessoas que se amam; é algo triste e doloroso que afeta a corporeidade do jovem. Conclusão: os jovens compreendem a violência como algo que prejudica seu processo de desenvolvimento, interferindo na sua corporeidade. Os pais e os profissionais da enfermagem possuem a tarefa de ajudar os jovens a construírem seus projetos de felicidade, por meio da abertura para o diálogo, da escuta ativa, sem

julgamentos, mas também sem perder os preceitos éticos. Para isso, é fundamental planejar e discutir com o jovem o caminho a ser percorrido e as escolhas que ele terá que fazer ao longo da sua caminhada, visando com isso reduzir as situações de vulnerabilidades à violência no âmbito individual, social e programático que pode estar exposto e consequentemente auxiliá-lo a ver-se como um cidadão de direitos, mas também de deveres. Torna-se fundamental a criação de ambientes saudáveis, no âmbito familiar e social, permeados de carinho, atenção, amor, proteção e cuidado que favoreçam ao jovem ter condições de interpretar cada situação que se e apresenta e tomar decisões apropriadas para superar e conviver com as facticidades da vida. Implicações para a Enfermagem: Partindo do entendimento da complexidade que envolve a violência é que o cuidado dos profissionais de enfermagem ganha destaque e aparece como um elemento essencial para estabelecer ambientes adequados ao diálogo, a escuta e a comunicação dialógica com os jovens. Nos momentos de cuidado é imprescindível considerar a integralidade do jovem, com ações que contemplem a questão preventiva, educativa, de promoção à saúde e não apenas voltada para aqueles que estão excluídos ou em risco. Cuidar é estar envolvido com o outro, exige respeito, competência, sensibilidade, requer estar presente, conhecer o jovem e com ele estabelecer vínculos. Para isso, os espaços de cuidado e convívio com o jovem precisam ter um caráter acolhedor, pois fazem parte de um conjunto de elementos essenciais ao seu desenvolvimento saudável, não devem ser locais onde seus direitos são cerceados em detrimento das expectativas dos adultos. Tarefa difícil que envolve dedicação, desprendimento de alguns preconceitos, mas que requer acima de tudo, pesquisas, interdisciplinares, multiprofissionais, transdisciplinares e intersetoriais, com vistas a entender como se originam, se produzem e se manifestam os diferentes tipos de violência e suas interferências na vida do jovem. Contudo, acredita-se que além de identificar a violência em suas múltiplas faces é importante compreender esse fenômeno pela concepção do jovem, pois isso pode ajudar na sua abordagem, auxiliando os profissionais de enfermagem e saúde no reconhecimento dos sinais de violência, sejam eles visíveis ou mascarados por comportamentos rebeldes ou de isolamento. Os profissionais da saúde também necessitam ter conhecimento sobre a tipologia e natureza da violência para compreendê-la como um fenômeno que está presente no cotidiano das profissões da área da saúde, sob diferentes formas e apresentações. Descritores: violência, jovem, enfermagem REFERÊNCIAS 1Souza MKB, Santana JSS. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; [acesso em 2012 Dez];14(2): 547-55. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a23v14n2.pdf 2 Ricouer P. O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica. Rio de Janeiro: Imago, 1978. 3 Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 5ª Ed. São Paulo: Roca, 2012. p. 45-129. 4 Cabral IE. O Método Criativo e Sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: Gauthier JHM et al organizadores. Pesquisa em enfermagem: novas metodologia aplicadas.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.177-203. 5 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde [Internet] 2010 [acesso em 2012 set]; 104 p. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf

14506

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ESTELA MARA NICOLAU

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: O ADOLESCENTE SENTINDO E [VIVENDO] ESTE FENÔMENO.

Nicolau, EM; Bezerra, EA; Carvalho, KS; Santos, TS;

Violência, fenômeno construído pela sociedade, como um problema que não escolhe gênero, raça, religião ou classe social. A violência é representada por ações humanas realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações ocasionadas danos físicos, emocionais, morais, e espirituais ao outro[1]. A violência familiar tem sido reconhecida como problema de saúde pública e atinge principalmente mulheres, crianças e adolescentes. Com o novo papel da mulher ¨independente¨ na sociedade a relação intrafamiliar (pai, mãe, filho), sofre mudanças, a mulher e mãe está ausente do lar, dos afazeres domésticos e dos cuidados dos filhos. Após as grandes guerras mundiais e a revolução industrial o papel das mulheres se modificou sensivelmente, aumentando a força da mão de obra feminina no mercado de trabalho1. Alguns autores caracterizam a violência pela preservação e organização social do gênero, fundada na hierarquia e desigualdade de ¨lugares sociais sexuados¨ que subalternizam o gênero feminino. Sendo este os fatores mais graves, facilitados pelo desemprego, alcoolismo e miséria. A violência contra a mulher causa danos físicos e psicológicos e também implica riscos à saúde de seus filhos, já que ao presenciar a violência contra a mãe poderão sofrer depressão, ansiedade e retardos no seu desenvolvimento psicológico e social, além de tornarem-se futuras vitimas ou agressores3. Considerando a família como o primeiro núcleo social dos indivíduos, como espaço onde são transmitidos valores, usos e costumes que irão forma as personalidades e os pensamentos das pessoas, concluímos que a violência pode ser uma herança familiar, pois, as crianças e adolescentes, filhos de famílias disfuncionais, aprendem observando os adultos que é por meio da violência que se resolve os conflitos[2]. Diante das discussões destes conflitos na família decidimos como objetivo: Conhecer o sentimento do adolescente relacionado à violência intrafamiliar. Para conhecermos como vive e quais os sentimentos que esta situação de conflito influencia a vida do adolescente, optamos pela abordagem qualitativa. Como referencial metodológico para realização da nossa pesquisa escolhemos a Teoria fundamentada em dados. A finalidade principal da abordagem da teoria fundamentada é gerar explicações abrangentes dos fenômenos fundamentados na realidade4. O estudo foi desenvolvido no primeiro trimestre do ano de 2007, na cidade de São Paulo, nos bairros do Jardim Ângela e Vargem Grande, situados na zona sul. O local escolhido para realizar as entrevistas com os adolescentes foi na residência de terceiros, no caso, vizinhos, visando principalmente não causar aos entrevistados um desgaste emocional maior, considerando que o ambiente familiar pudesse deixa-los apreensivo pela provável presença do agressor. Neste momento inicial, ocorrem às apresentações das pesquisadoras e o esclarecimento sobre o motivo da pesquisa, posteriormente, foi entregue o TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) e aceite de acordo CNS 196/96. Procuramos realizar cada entrevista como conversa, deixando o adolescente nos contar sobre qualquer situação que quisesse e no momento que comentasse sobre os episódios de conflito familiar, então retomaríamos o tema central. Esta estratégia possibilitou criar uma relação de empatia e confiança com cada adolescente. Foram escolhidos aleatoriamente seis adolescentes na faixa etária de 14 a 17 anos, sendo dois do gênero masculino e quatro do gênero feminino, onde três deles relatam a vivência com pais biológicos e outros três com padrastos. Os adolescentes foram informados que as entrevistas seriam gravadas garantindo máxima confidencialidade, substituindo seus nomes por pseudônimos de anjos. Os dados foram codificados, comparados com outros dados, agrupados por similaridade, de onde emergem as categorias. Após a codificação aberta e seletiva, descobre-se a categoria central que amarra a história a sua volta. Discutindo as categorias, na condição causal tivemos:

Não suportando o sofrimento da mãe: ¨Eu não aguento ver minha mãe assim apanhando... direto, e sofrendo, apanhando e sofrendo... porque ela gosta do marido dela. Entendeu? E ai eu não aguento, fico sofrendo também com ela¨. Nemamiah. Na categoria contexto tivemos: Revelando o sentimento pela mãe: Ah... muito amor!, Eu amo muito ela, tenho um carinho enorme por ela, admiro muito a coragem dela, a paciência que ela tem por ele, porque se fosse outra, minha filha... já tinha largado ele há muito tempo, denunciado, porque o que ele faz pra ela ,o que ele fala. Ninguém merece! Eu admiro muito ela¨ Cavakiah. Na categoria estratégia tivemos: Interferindo no conflito familiar: ¨Eu procuro chamar ajuda, eu vou à minha avó, chamo ela, falo pra ela vim , pra ela ir lá conversar com ele, para acalmar eles dois, porque eu mesmo não consigo¨ Imamiah. ¨ah! ... Quando ele está brigando, eu fico do lado da minha mãe... ai eu tento ajudar ela a bater nele também, porque ele fica fora dele... Ele fica bêbado... Ai levanta de manhã, de madrugada, coloca a chave de fenda na garganta dela...ele briga comigo, fala que vai matar ela¨. Rehael. Na categoria interveniência: Tentando compreender o motivo do conflito: ...¨Tudo começou porque a minha vó o abandonou... e ele foi criado longe da família e entrou em depressão e agora com a perda do emprego, começou tudo de novo... Ele começou a sair com aqueles homens que bebem bastante e começou a ficar dependente químico¨... Cavaquiah. ¨Tinha dias que ele estava bem, mas quando ele saia pra casa da irmã dele, ele tomava demais e chegava em casa bêbado¨ Mihael. Na categoria consequência: Manifestando seus sentimentos: ...Ah, eu tenho raiva, muita raiva, tenho vontade de matar ele, tenho vontade mesmo... meu pai não vai fazer falta pra mim, não vai fazer falta se morrer¨...Rehael. ¨O que mais eu tenho é medo!!... Medo de acontecer coisa pior... Muita preocupação... Eu fico muito estressado, assim tudo que vem é coisa pra brigar, e você começa a brigar com os outros também, tudo influência muita briga, muita violência¨ Cavakiah. Ainda na Consequência: Sentindo-se prejudicado: ¨...Eu era mais alegre, mais brincalhona, agora eu não sou ... Agora eu sou assim, mais quieta¨ Cavakiah. ¨Teve uma vez que eu estava indo para a escola, ai ele estava espancando a minha mãe, esse dia foi dia de prova, ai por causa disso eu não consegui fazer minha prova, comecei a chorar, conversei com a professora¨. Imamiah. Como fenômeno Central temos: Sentindo e [vivendo] o conflito intrafamiliar: Como consideração final observamos e refletimos sobre as necessidades de desenvolvimento adequado para as crianças e adolescente, imaginamos um lar que reporte segurança, um local ideal, estruturado, mas a violência está inserida no âmbito familiar de forma que suas marcas ficam escondidas, por trás dos olhares de cada membro da família e envolvida em sentimentos. Bibliografia. 1. Pereira SM, Santana JSS, Ferriani GC. Violência rima com adolescência? Associação Bras. De Enf., Ministério da Saúde. 2001. 2. Brasil, Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente; proposta preliminar de prevenção à assistência a violência doméstica. Brasília. 1993 3. Safiotti HIB. A mulher na sociedade de Classe: Mito e realidade. Petrópolis; Vozes. 1976. 4. Minayo MCS. O desfio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8ª Ed.. São Paulo. 2004.
Decs.: Adolescente. Violência Doméstica. Conflito Familiar.

13951

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

EVELYNE DE LOURDES NEVES DE OLIVEIRA

RISCOS DE UMA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS OBSTETRAS

Oliveira, ELN; Felix, ZC; Alves, AMPM; Guedes, ATA; Silva, JC; Oliveira, SM;

INTRODUÇÃO: A adolescência compreende um período de descobertas, onde o jovem irá construir sua própria identidade e traçar seus próprios caminhos e diretrizes. Os riscos de complicações na gravidez precoce são existentes, visto que as transformações anatômicas, fisiológicas e psicológicas não foram finalizadas causando mudanças bem maiores que as normais. A gravidez na adolescência está ligada à pobreza e ao rigor religioso, que na maioria das vezes, leva a falta de esclarecimento e a observância de tabus morais internos1. OBJETIVO: Identificar o conhecimento dos enfermeiros obstetras a cerca dos riscos da gravidez na adolescência. METODOLOGIA: Foi realizada uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa que ocorreu durante o mês de outubro de 2011 com as docentes de enfermagem que atuam em uma Faculdade de Enfermagem de rede privada, em João Pessoa - PB. RESULTADOS: Os fatores de maior incidência no cotidiano das entrevistadas perceberam-se vários riscos, mas a Doença Hipertensiva Especifica da Gravidez (DHEG) é a patologia de maior prevalência nas gestantes adolescentes. A DHEG é uma enfermidade exclusiva da mulher que se manifesta após a 20ª semana de gestação, mais comumente no último trimestre2. A assistência pré-natal adequada é fator essencial à proteção do binômio feto-mãe. O objetivo da assistência pré-natal é de garantir o bom andamento das gestações de baixo risco e, também, identificar adequada e precocemente quais as pacientes com mais chances de apresentar uma evolução desfavorável3. CONCLUSÃO: Portanto é oportuno enfatizar mais uma vez que a gravidez na adolescência merece uma atenção especial de todos os profissionais, pois além de apresentar maiores riscos de complicações, afeta toda a vida da adolescente. DESCRITORES: Adolescente. Gravidez na adolescência. Cuidado pré-natal.

13860

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FRANCISCA DE FATIMA LOBO PORTO

PERFIL DE ADOLESCENTES COM DIABETES ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE

Porto, FFL; Costa, MML; Cruz, DSM;

RESUMO INTRODUÇÃO: O Diabetes na adolescência é difícil de ser vivenciado, por ser esta uma fase de desenvolvimento psicossocial complexo, tornando-se um período de especial vulnerabilidade, possibilitando a manifestação de problemas psicológicos e comportamentais1. OBJETIVOS: caracterizar socioeconomicamente os adolescentes e suas famílias atendidos num serviço especializado e identificar se a condição socioeconômica interfere em suas vidas enquanto diabéticos. METODOLOGIA: Pesquisa tipo exploratória descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida com 20 adolescentes, no Serviço de Pediatria Ambulatorial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) no Campus Universitário I, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). RESULTADOS: A maioria dos adolescentes encontravam-se na faixa etária de 12 à 14 anos, eram do sexo masculino, com apenas o ensino fundamental, suas famílias possuiam 5 dependentes e perfaziam em média de 1 à 2 salários mínimos. DISCUSSÃO: O surgimento do Diabetes tipo 1 na puberdade, provavelmente ocorre, devido a elevação dos níveis de hormônio de crescimento (GH) que antagoniza a ação da insulina, o que piora o controle metabólico nesta fase.2 A continuidade dos estudos deve ser estimulada entre estes adolescentes, uma vez que, os níveis crescentes de escolaridade atuam como fatores protetores, pois permitem à assimilação de informações sobre as diferentes alternativas disponíveis para a assistência à saúde, reivindicação de suas necessidades, gerando maior grau de autonomia.3 Observou-se que a per capta da família não ultrapassava R$271,20, sendo portanto considerados pobres,4 com renda insuficiente para suprir as necessidades básicas do adolescente diabético por um mês. CONCLUSÃO: Sugere-se a criação de um programa governamental que venhar auxiliar as famílias dos adolescentes com complementação da renda, com vistas a suprir a carência de alimentos adequados (pobres em calorias e gorduras), ítem oneroso para eles, mas de grande importância para o controle metabólico. PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus tipo1. Adolescente. Enfermagem.

13870

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

INDIARA ZAMBARDA PINTO

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ABORDANDO A ESCOLA.

Pinto, IZ; Winter, GF; Steyer, MR; Lepper, L;

INTRODUÇÃO: Junto à estação do inverno vem o surgimento das doenças respiratórias e a reincidência das crises nas doenças respiratórias crônicas. Serão abordadas neste trabalho as doenças respiratórias crônicas não transmissíveis. Segundo o Ministério da Saúde são doenças respiratórias crônicas (DRC) tanto nas vias aéreas superiores como das inferiores. A asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as DRC com maior prevalência no mundo.1 Como estratégia para enfrentar esse problema de saúde à nível mundial, a OMS criou a Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD). Esta prevê, que as mortes por DPOC irão aumentar nos próximos 10 anos, tornando-se a terceira principal causa de morte no mundo, a não ser que se reduziram seus fatores de risco, a iniciar por reduzir o consumo de tabaco e a poluição do ar. Absorvidas com a repercussão dos casos das doenças respiratórias crônicas não transmissíveis á nível mundial e principalmente, local, as bolsistas PET Saúde - Redes de Atenção - Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), definiram que buscar o entendimento dos professores do ensino fundamental e médio da escola da aérea que estão inseridas, quanto às patologias que englobam as doenças respiratórias crônicas não transmissíveis, seria um ótimo pressuposto a se partir para desenvolver o nosso objetivo. O PET Saúde é um projeto que visa integrar ações de ensino, pesquisa e extensão que trazem uma nova formação em saúde ao acadêmico, mais atenta às necessidades da população e de forma concomitante com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É uma estratégia interministerial que envolve os Ministérios da Educação e Saúde juntamente com Prefeituras Municipais e Instituições de Ensino Superior. Dentro deste grande projeto há subprojetos as "Redes de Atenção" é um destes, que tem o objetivo de garantir a integralidade dos cuidados em saúde na atenção primária e dentro deste há a divisão em dois grupos Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e Rede Cegonha. Daí a existência do grupo das autoras, PET Saúde - Redes de Atenção - DCNT. OBJETIVO: Descreveremos então, o entendimento destes profissionais à cerca das Doenças Respiratórias Crônicas Não Transmissíveis com o intuito de aquilatar a qualidade de vida destes acometidos, a iniciar pela melhora da sua aceitação social quanto à do desempenho escolar. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa quantitativa onde, os participantes do estudo são professoras de uma escola municipal do interior do estado Rio Grande do Sul. Aplicou-se um questionário sobre Doenças Respiratórias Cônicas Não Transmissíveis, descrito as questões que continham abaixo. Juntamente ao questionário foi entregue o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário foi elaborado pelas bolsistas onde contém as seguintes questões: Escolaridade; Trabalha com que ano/série; Há quanto tempo leciona; Tem conhecimento sobre as doenças respiratórias crônicas; Quais conhece; Tem algum(s) aluno(s) com doenças respiratórias crônicas; Se sim, qual doença respiratória que este(s) tem; Se sim, este já apresentou alguma crise em período de aula, Você tem orientação para proceder em caso de crise; Qual; Tem interesse em saber mais sobre o assunto. RESULTADOS: De 30 professores (as) que lecionam na escola, participaram do estudo 17, com média de tempo de serviço de: 15,3 anos, sendo o mínimo de 2 anos e o máximo foi de 32 anos de trabalho como educador (a), ao final da aplicação do questionário proporcionamos uma roda de conversa ao grupo de professores. A grande maioria dos professores tem ou já teve alunos portadores de Doenças Respiratórias Cônicas Não Transmissíveis e demonstram interesse em saber mais sobre o assunto, uma vez que 13 dos entrevistados afirmam não ter nenhum tipo de orientação de como proceder em casos de crises respiratórias em sala de aula, entretanto, 9 dos entrevistados responderam que nunca presenciaram

tais crises em ambiente escolar. Quando questionado quais doenças respiratórias crônicas não transmissíveis que eles têm conhecimento envolveram bronquite, asma, rinite, faringite, laringite, sinusite, pneumonia e outros 2 não responderam. CONTRIBUIÇÕES/INPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Fica evidente a necessidade da equipe de saúde e principalmente da enfermagem, fazer mais intervenções de educação em saúde nas escolas, porém, a pesquisa nos mostra um passo muito importante para a continuidade, que devemos iniciar pelos maiores empoderadores: os professores. No momento em que estivermos mais vigilantes a este público na atenção primária, vamos obter melhores resultados, pois teremos um público mais atento á saúde e consequentemente uma melhor adesão aos tratamentos. Isto se justifica devido à existência dos afirmadores e multiplicadores do conhecimento em saúde. CONCLUSÃO: Neste grupo que se realizou com os professores foi possível que os mesmos expusessem os seus sentimentos, falando sobre alguns casos clínicos críticos de alunos com asma e/ou bronquite e sobre o absenteísmo que estes têm. Notou-se que isto acontece com frequência quando ocorrem mudanças bruscas da temperatura. Via de regra que acontece é que esses alunos são mandados para a casa e ganham liberação das aulas até que a crise se amenize. Além deste estudo mais aprofundado sobre as doenças respiratórias crônicas não transmissíveis e, uma escuta destes professores sobre os seus escolares que destas doenças sofrem, esse projeto possibilitou que se fortalecemos os vínculos entre a Estratégia de Saúde da Família - ESF com a escola, fazendo com que aos poucos vá se construindo um trabalho integrado, onde saúde e educação se reconheçam como parceiras. REFERÊNCIAS 1 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 160 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).- Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 2 Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde - Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 3 Duncan, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev. Saúde Pública [online]. vol.46, suppl.1, pp. 126-134, 2012. 4 Cabral, Marília Montenegro and Muller, Paulo de Tarso. Sono e doenças pulmonares crônicas: pneumopatias intersticiais difusas, asma brônquica e DPOC. J. bras. pneumol. [online] , vol.36, suppl.2, pp. 53-56, 2010. 5 OMS - Organização Mundial da Saúde [homepage na internet]. As doenças respiratórias crónicas. [Acesso em 10 de junho de 2013]. Disponível em: http://www.who.int/respiratory/es/index.html

13885

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JAQUELINE CARNEIRO AGUIAR CORTEZ

CONHECIMENTO DOS ALUNOS DE 10 A 14 ANOS DE IDADE SOBRE O BULLYING EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO PRIVADO

Cortez, JCA; Silva, JRL; Jesus, I; Souza, MCS; Silva, MB; Sabino, VR;

CONHECIMENTO DOS ALUNOS DE 10 A 14 ANOS DE IDADE SOBRE O BULLYING EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO PRIVADO 1 CORTEZ, JCA; 2SILVA, JRL;3 JESUS, I; 4SOUZA, MCS; 5 SILVA, MB 6 SABINO, VR O Bullying é um problema mundial em todas as escolas, e vem se expandindo nos últimos anos gerando um aumento significativo entre os alunos. A pesquisa tem como objetivo identificar o conhecimento e as formas de prática do Bullying em alunos de 10 a 14 anos de idade de uma instituição de ensino privado da cidade de São Paulo e propor estratégias que auxiliem identificar, prevenir e combater a violência no ambiente escolar. Estudo descritivo exploratório realizado em uma instituição de ensino em setembro de 2012. Aplicado um questionário com 94 alunos de 5ª á 8ª série. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo sob o nº 27832 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais/responsáveis. Dos 94 alunos de ambos os sexos, 91(96,81%) tem conhecimento sobre o Bullying e 03(3,19%) não tem conhecimento. Este foi adquirido através da televisão e internet. As formas de prática mais comuns são fofocas, colocar apelidos desagradáveis, fazer comentários racistas, espalhar boatos sobre alguém. O local onde mais ocorre a prática é no pátio. Estratégias propostas: proporcionar discussões sobre o Bullying em sala de aula, seminários, palestras ou fóruns envolvendo alunos, professores e família, reconhecer o problema e saber orientar adolescentes e famílias sobre seus riscos e consequências. O fenômeno Bullying está presente no ambiente escolar e é necessário estar atento aos sinais indicativos e estabelecer diretrizes para que todos saibam como agir diante do problema. Descritores: Bullying. Adolescente. Violência. 1 Mestre e Docente do Centro Universitário São Camilo-SP. racf@terra.com.br 2 3 4 5 6 Discentes do Centro Universitário São Camilo-SP

13886

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JAQUELINE CARNEIRO AGUIAR CORTEZ

A UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR ADOLESCENTES DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO PRIVADO DA CIDADE DE SÃO PAULO E A PROCURA DO SERVIÇO DE SAÚDE.

Cortez, JCA; Silva, FN; Silva, KL; Marcantonio, CS;

A UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR ADOLESCENTES DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO PRIVADO DA CIDADE DE SÃO PAULO E A PROCURA DO SERVIÇO DE SAÚDE. 1CORTEZ,JCA; 2SILVA, FN; 3SILVA, KL; 4MARCANTONIO, CS Cada vez mais vem ocorrendo à antecipação da primeira relação sexual, o que expõe os adolescentes a vulnerabilidade de doenças sexualmente transmissíveis e gestação não planejada. A pesquisa tem como objetivo identificar os métodos contraceptivos mais utilizados pelos adolescentes e os principais motivos que impedem a busca ao serviço de saúde. Pesquisa descritiva exploratória realizada em três instituições de ensino privado da cidade de São Paulo em setembro e outubro de 2012, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo sob o nº 27697 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais ou responsável legal. Como instrumento de coleta de dados foi aplicado um questionário com 111 alunos de 16 e 21 anos de idade de ambos os sexos cursando o ensino médio. Constatou-se que o preservativo masculino é método de maior adesão, com escolha de 40 (76,92%) adolescentes do sexo masculino e 17 (60,7%) do sexo feminino. A procura pelo serviço de saúde é baixa e s motivos foram o desinteresse, não considerar importante e a vergonha. Conclui-se que dentre os métodos contraceptivos de maior escolha a camisinha masculina ainda é a mais utilizada e os adolescentes tiveram maior adesão ao método em sua primeira relação o que é extremamente positivo, já que demonstra maior conscientização sobre a importância da utilização, porém não enxergam como referência o serviço de saúde na trajetória de sua vida sexual tanto antes como após o início da vida sexual. Descritores: Saúde do adolescente; Sexualidade; Educação em saúde. 1 Mestre Docente do Centro Universitário São Camilo-SP. racf@terra.com.br 2 3 4 Discentes do Centro Universitário São Camilo-SP.

14312

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JENNIFER NUNES RONDON

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS ADOLESCENTES GESTANTES COM ÊNFASE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Rondon, JN; Teixeira, NZF;

A adolescência é considerada cronologicamente o período compreendido entre dez e vinte anos, quando surgem caracteres sexuais secundárias1. A atividade sexual entre adolescentes tem se iniciado precocemente, concomitante à imaturidade física e psíquica, podendo resultar em gestação não planejada, tornando-se um problema de saúde pública2. Este trabalho objetiva analisar como a Educação em Saúde no pré-natal pode favorecer a assistência às gestantes adolescentes. Trata-se de revisão de literatura realizada nos últimos cinco anos, na base científica SciELO utilizando os descritores: gravidez na adolescência, cuidado pré-natal, educação em saúde. Alguns artigos apontam a importância do início precoce do pré-natal, atividades educativas grupais às adolescentes com abordagem integral e humanizada, possibilitando, assim, a autonomia dessas usuárias2,3. Para prevenir-se recorrência da gravidez indesejada, há necessidade de abordarem-se métodos contraceptivos principalmente às adolescentes de baixa escolaridade e de classe socioeconômica menos favorecida, clientela vunerável4. Frente ao exposto considera-se imprescindível para a efetiva assistência pré-natal às adolescentes, a realização de atividades de educação em saúde com a participação de equipe multiprofissional, envolvendo companheiros e familiares, além da captação precoce para o pré-natal nas instituições de saúde. Referencias 1-Brasil. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília; 2007. 57 p. 2- Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescente no pré natal e puerpério. Esc Anna Nery. 2012;16(2):312-319. 3- Santos MMAS, Sanders C, Baião MR. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. Ciência e Saúde Coletiva. 2012; 17(3):775-786. 4- Spindola T, Silva LFF. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(1):99-107. Palavras chave: Gravidez na adolescência, Cuidado Pré-Natal, Educação em Saúde

14414

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JHON MÜLLER NASCIMENTO MONTEIRO

PLANEJAMENTO FAMILIAR: UM PERFIL DAS ADOLESCENTES QUE REALIZAM NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO GUAMÁ EM BELÉM ? PARÁ

Monteiro, JHON; Maia, BRENDA; Silva, BRUNA; Sousa, ANDRESSA; Vale, ÉRIKA; Queiroz, ALINE;

Introdução: O Planejamento Familiar é um direito de todo o cidadão e deve ser garantido pelo governo através de um conjunto de ações que se destinam a informar e proporcionar meios para que se possa decidir conscientemente o momento ideal para ter filhos, respeitando a livre decisão da pessoa. Objetivo: Traçar o perfil das adolescentes atendidas no programa do planejamento familiar na UBS do Guamá. Método: Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa documental onde foram utilizados os prontuários de usuárias nascidas entre os anos de 1994 e 2000 cadastradas no PF. Foi feito o levantamento de dados dos exames realizados entre 2010 e 2012 registrados no Caderno da Unidade e analisados 48 prontuários selecionados. As informações coletadas para o estudo foram: idade, início da atividade sexual, número de gestações, número de partos, número de abortos, métodos contraceptivos utilizados, estado civil, ocupação e a realização do Exame Preventivo do Colo de Útero. Resultados: 1440 pessoas foram cadastradas. Destas, 48 pessoas estavam entre a faixa etária exigida pelo trabalho e classificada segundo o ECA como adolescentes confirmando as adolescentes não procuram as Unidades para realização do exame. Em relação ao início da atividade sexual 4 (8,3%) usuárias teriam iniciado aos 12 anos a maioria, 7 (14,58%) inicia aos 15 anos e 22 (45,83%) não constava no prontuário. Os contraceptivos hormonais são os mais usados e 21 (43,75%) delas nunca fizeram o PCCU. Conclusão: Os dados encontrados permitem reconhecer a vulnerabilidade dos adolescentes à gravidez não planejada, risco de contrair IST e não detecção precoce de câncer de colo de útero, já que a maioria delas nunca realizou o exame PCCU e nem foi orientada a fazê-lo. Implicações para enfermagem: O estudo favoreceu a avaliação da qualidade das anotações do prontuário e reflexão sobre o atendimento ao adolescente.

14083

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JOSIANE MARIANI

DIFICULDADES DOS JOVENS APÓS O DIAGNÓSTICO POSITIVO PARA O HIV

Mariani, JM; Dalegrave, DD; Mendonça, VGM; Costa, MCC; Resta, DR;

As definições de juventude fundamentam-se em dois critérios que, apresentam relação um com o outro, o critério etário e o critério sociocultural. Assim, a juventude compreende a faixa etária de 15 a 24 anos[1] [2] e está pautada nos elementos socioculturais que caracterizam diferentes comportamentos juvenis, entre eles a classe social, o grupo étnico, a nacionalidade, o gênero, os contextos nacionais e regionais [1]. O exercício da sexualidade na juventude permite a construção de uma identidade social relacionada ao estabelecimento de relações afetivo-sexuais. A sexualidade dos jovens define-se por diferentes condutas, atitudes, afetos, todos interligados com as relações socioculturais desse público. Percebe-se que a atividade sexual dos jovens está associada ao prazer, à intimidade e ao amor ou à procriação[3]. Na juventude a sexualidade é uma dimensão importante para o exercício da autonomia, permitindo a construção de uma identidade social relacionada ao estabelecimento de relações afetivo-sexuais[2]. Nesse sentido, compreender a sexualidade juvenil é analisar a cultura e o espaço social onde se inserem estes jovens4. Alguns autores apontam que a precocidade dos relacionamentos associada às diferentes condições de vida conduzem os jovens as mais diferentes situações de vulnerabilidade, entre elas o HIV/AIDS. O uso de drogas, a curiosidade pelo novo, o imediatismo do momento podem ser alguns dos exemplos de situações de risco. O HIV/AIDS é uma situação frequente entre os jovens e os estudos mostram que essa temática é relevante no contexto da pesquisa, pois estudos recentes mostram o aumento significativo dos casos de HIV entre os jovens e através de pesquisas é possível reduzir a vulnerabilidade dos jovens e proporcionar uma melhora na qualidade de vida. Este trabalho é parte do trabalho de conclusão do curso de enfermagem intitulado "Trajetória de vida de jovens HIV: situações de vulnerabilidade" que tem como objetivo Compreender a trajetória de vida de jovens portadores de HIV/AIDS após a confirmação do diagnóstico em um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul, sendo possível descrever as dificuldades enfrentadas pelos jovens após a confirmação do diagnóstico além de aproximar a vida desses jovens com estudos que melhorem a qualidade de vida e diminuam os índices de HIV. OBJETIVO: Descrever as principais dificuldades dos jovens após o diagnóstico positivo para o HIV. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Para a pesquisa foram entrevistados jovens do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de um município do Noroeste do Rio Grande do Sul, de ambos os sexos, da faixa etária de 18 à 24 anos, que contraíram a doença de algum tipo das formas, como relação sexual, transfusão sanguínea, transmissão vertical, compartilhamento de seringas. Para a coleta das informações utilizou-se uma entrevista semi-estruturada, em um local apropriado, a qual promoveu um diálogo aberto entre o entrevistando e o participante. A questão norteadora para o diálogo a qual surgiu o estudo foi "Qual é a principal dificuldade na sua trajetória de vida após o resultado do diagnostico?". As respostas foram analisadas de acordo com a Análise Temática de Minayo e compuseram os seguintes resultados. RESULTADOS: Participaram do diálogo seis jovens, na faixa etária entre 22 a 24 anos, cinco do sexo feminino e um do sexo masculino. A transmissão dominante do HIV ocorreu por transfusão sanguínea e relação sexual. As principais dificuldades relatadas no diálogo foi o preconceito, desprezo, sensação de isolamento pela sociedade. Os jovens com HIV acabam restringindo o resultado do diagnóstico apenas as pessoas da família, pois encontram nessas pessoas o apoio esperado e condições para seguir o tratamento. O HIV/AIDS como uma doença ainda associada ao preconceito e à discriminação. Embora tenham ocorrido mudanças ao longo de 25 anos de epidemia, ainda hoje o estigma e o preconceito estão

presentes na sociedade5. Entre as dificuldades foi apontada a sensação de morte, principalmente devido ao desconhecimento da doença, sejam dos sintomas ou do tratamento. Embora seja possível (com) viver com HIV, ela ainda é entendida por muitos como uma sentença de morte[2]. Mesmo com todos os avanços no diagnóstico e tratamento, ainda persiste a ideia de HIV como sinônimo de morte. Existe pouco conhecimento dos jovens quanto aos meios de transmissão do HIV4. Para muitos, os chamados grupos de risco caracterizam uma falsa sensação de perigo, contribuindo para que o HIV seja classificado como a doença do outro, assim, colocando os jovens em maior risco de vulnerabilidade[3]. Perante os exposto ainda é necessário maior informação quanto HIV/Aids para jovens entre 16 e 24 anos, pois é significativo o nível de conhecimento sobre a doença nessa população[3]. A presente ideia que o HIV representa risco eminente de morte proporciona um afastamento dos jovens do pleno usufruto da sua vida pessoal e social. Os jovens mencionaram a dificuldade de continuar a vida de maneira habitual, sem recaídas e esmorecimentos, ou seja, prosseguir normalmente o seu dia-a-dia. A descoberta do diagnóstico produz sofrimento físico e mental, além de trazer limitações sociais importantes[1]. As questões ligadas a paternidade como um projeto de vida futuro também está entre as dificuldades dos entrevistados. Existem explicações de muitos autores que é através da sexualidade conjugal, que se dá destaque para a importância da paternidade/maternidade com parceiros com sorologia igual ou diferente, correspondem a mais uma das dificuldades vivenciadas pelos jovens5. CONCLUSÃO: Com este estudo é possível perceber que o preconceito é a principal dificuldade encontrada pelos jovens portadores de HIV. Embora tenham uma qualidade de vida melhorada com o uso dos antirretrovirais, ainda precisam de acompanhamento dos profissionais de saúde, inclusive o profissional enfermeiro, sendo um dos profissionais que se encontra mais presente no cuidado a esse público. Outra preocupação constante dos jovens é o medo de morrer e a falta de conhecimento dos mesmos frente ao HIV, por isso vê-se a necessidade de mais informações para essa população, de forma clara e objetiva. Vale destacar a importância de reavaliarmos continuamente as práticas profissionais voltadas aos jovens portadores de HIV, em virtude da exigência de formas particulares para abordagem desses individuo, pois apresentam necessidades diferenciadas, além das especificidades próprias da fase. DESCRITORES: Enfermagem, HIV, Juventude. Referências: 1.Parizotto APAV; Tonelli MJF. Juventude: Desafiando a definição predominante através dos tempos. Psicologia Argumento, Curitiba, v. 23, n. 41 p. 91-92, abr./jun. 2005. 2. Villela WV; Doreto DT. Sobre A experiência sexual dos jovens. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2467-2472, nov, 2006. 3. Paiva V; Peres C; Blessa C. Jovens e adolescentes em tempos de aids reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. Psicol. USP vol.13 no.1 São Paulo 2002. 4. Ramos RDCE; Martins A; Machado A; Bordalo M; Polónia Z. Atitudes, Comunicação e Comportamentos Face à Sexualidade Numa População de Jovens em Matosinhos. Arquivos de Medicina, 2008. 22(1):3-15 5. Seidl EMF; Zannon CML; Tróccoli BT. Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, 18(2), pp.188-195

13994

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JOSIANE MARIANI

JUVENTUDE E SEXUALIDADE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Mariani, JM; Gallon, VGM; Suptitz, ASC; Dalegrave, DD; Nogueira, GMN; Resta, DGR;

RESUMO EXPANDIDO JUVENTUDE E SEXUALIDADE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA MARIANI, Josiane MENDONÇA, Viviane Gallon CARNEIRO, Alessandra Suptitz DALEGRAVE, Debora NOGUEIRA, Gabriela de Mattos RESTA, Darielli Gindri Introdução: A juventude, por ser considerada uma fase de transição, vem despertando o interesse dos profissionais da área da saúde, relacionando especialmente ao conhecimento de aspectos do seu desenvolvimento e aos inúmeros fatores que contribuem para as controvérsias discursivas sobre este momento da vida1. Este é um período marcado por inúmeras mudanças, como a maturação dos caracteres sexuais, independência socioeconômica e emocional, elaboração da identidade pessoal, exercício da sexualidade, mudanças nas relações pessoais e afetivas, fase de novas experimentações e construção social, em suma, a juventude torna-se algo plural e imprecisa ao mesmo tempo. As relações sociais, econômicas, de vulnerabilidade, geração e de gênero, especialmente, estão implicadas nas relações de sexualidade, inclusive na construção do seu modo de si. A sexualidade é um elemento significativo na formação da identidade do jovem, e apesar de ser considerada uma conduta simples e cotidiana, devem ser analisadas às características que permeiam esse evento. O desenvolvimento da linguagem corporal, facial e outros sistemas de sinais fazem parte da construção do jovem na sexualidade 2. Diante de inúmeras diferenças sexuais os jovens tornam-se cada vez mais vulneráveis, enquadrando-se nos três eixos estruturantes na vulnerabilidade: componentes individuais; componentes sociais e componentes programáticos3. Em que ambos, articulados entre si, priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. A iniciação sexual precoce, muitas vezes acompanhada da inutilização de métodos preventivos, configura maior vulnerabilidade à gravidez não planejada e as infecções por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)4. Com base no que vem sendo discutido, se faz necessário uma problematização sobre esta temática, deixando de analisá-la apenas sob a óptica da biologicista, adentrando conceitos subjetivos a fim de aproximar as experiências juvenis com o contexto de trabalho do profissional da saúde. Tem como objetivo analisar a temática e as características observadas nesta população, e as possibilidades de intervenções que os profissionais da área da saúde, em especial a enfermagem, tem a oferecer a este público. Metodologia: Trata-se de uma reflexão teórica sobre o tema da juventude e as suas descobertas a cerca da sexualidade. Em um primeiro momento buscou-se nas bases de dados algumas produções científicas utilizando como descritores: juventude e sexualidade. Após a busca procedeu-se a seleção dos materiais por meio da leitura e apreciação crítica dos resumos apresentados. Assim, foram analisados os seguintes artigos: MARINHO, AQUINO, ALMEIDA 2009; ROMERO, MEDEIROS, VITALLE, WEHBA 2007; KOERICH, BAGGIO, BACKES, BACKES, CARVALHO, MEIRELLES, ERDMANN 2010; Resultados: Os estudos apontam a carência de informações que os jovens possuem sobre os métodos conceptivos, prevenção de DSTs, o medo que principalmente as jovens possuem pela gravidez indesejada e a carência de uma atenção de saúde singular destinada a essa parcela da população. Segundo pesquisas realizadas em capitais brasileiras, com o passar dos anos existe uma precocidade nas relações sexuais, sendo que o sexo feminino inicia seus relacionamentos mais tarde, mas em contra partida mantêm parceiros fixos por mais tempo do que no sexo masculino, algo que sugere uma menor suscetibilidade a doenças, por existir menor rotatividade entre parceiros. Outra característica, apontada pelos estudos, é a sexualidade, a qual

envolve diversos fatores sociais, culturais, étnicos, econômicos, pois nota-se que a utilização de métodos de contracepção aumenta conforme a renda per capita da família e também entre a raça branca 4. Entre os jovens que residem na periferia, a vulnerabilidade se apresenta mais visível, uma vez que há maior convívio com injustiças sociais, violência física e psicológica, discriminação, exclusão e falta de oportunidades, além do déficit de informações. Para esses jovens que vivem na mesma situação, a hipótese de uma gravidez inesperada amedronta mais do que as DST/AIDS 1. Segundo alguns estudos realizados com jovens de zonas rurais e urbanas demonstram que um percentual significativo das jovens rurais procura informações sobre sexualidade, e em ambos os casos a maior fonte de informações citadas são a família e amigas. Sendo a camisinha o método contraceptivo mais utilizado e a AIDS a DST mais conhecida em ambas as parcelas analisadas 2. Conclusão: Com a realização das leituras e compreensão de determinados temas e características sobre o jovem e seu contexto, se faz indispensável à estruturação de novas políticas públicas que valorizem o jovem no contexto da sexualidade. Existe a necessidade da criação de novas políticas públicas voltadas a essa parcela da população, para que elas venham a encontro e possam somar juntamente com o anseio dos profissionais, não somente na área da saúde, mas sim também na escola, que é caracterizada como um dos principais alicerces e meio de aprendizado que os jovens possuem. Fica a cargo da enfermagem frente aos serviços de saúde, em articulação com as estratégias de saúde da família, aproximar esse público nas unidades e criar vínculos, para que dessa maneira consigam falar abertamente sobre sexualidade, tratando-a sem preconceito, esclarecendo dúvidas, orientando sobre métodos contraceptivos, proteção contra as DSTs e demais curiosidades que esses indivíduos possuam. Deve-se sempre ter em mente que os jovens não aceitam nada que seja imposto á eles, por isso a necessidade de desenvolver a educação permanente através de grupos de discussão, para realizar uma conversa de forma dinâmica, pois não basta apenas informar, é necessário conscientizar. Descritores: juventude, vulnerabilidade. Eixo temático III: Cuidado a saúde do adolescente.

Referências: 1. Koerich MS, Baggio MA, Backes MTS, Backes DS, Carvalho JC, Meirelles BHS, Erdmann AL. Magda Santos Koerich. Sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Contracepção: atuação da enfermagem com jovens de periferia. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):265-71. Disponível em: < http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a17.pdf >. Acesso em: 02 agosto 2013. 2. Romero KT, Medeiros EHGR, Vitalle MSS, Wehba J. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. Rev Assoc Med Bras 2007; 53(1): 14-9. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n1/12.pdf>. Acesso em: 02 agosto 2013. 3. VITALLE, M.S.S.; MEDEIROS, E.H.G.R. O adolescente. In: PUCCINI, R.F.; HILÁRIO, MOE. Semiologia da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 4. Marinho LFB, Aquino EML, Almeida MCC. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S227-S239, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/05.pdf >. Acesso em: 02 agosto 2013.

14254

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LARISSA JENNIFER ANTONIASSI

CONVERSANDO SOBRE SEXUALIDADE COM ADOLESCENTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Antoniassi, LJ; Aquino, JP; Tapia, CEV;

Introdução: A saúde plena é um direito de todos e esta intimamente relacionada com o desenvolvimento saudável também da sexualidade1. Não há integralidade do sujeito sem considerar os componentes da sexualidade2 e esta deve ser abordada com os adolescentes e seus familiares nos serviços de saúde como uma prioridade3. Precisa auxiliar o adolescente nos diferentes conflitos, ouvir, ponderar, negociar e oferecer condições para que suas primeiras escolhas e decisões sejam responsáveis e saudáveis2. Não existe uma maneira correta e o momento certo de abordar o tema, o interesse é trazido pelo próprio adolescente, família ou sociedade e é fundamental que o profissional esteja disponível para propiciar uma escuta e um espaço de dialogo. A utilização de técnicas lúdicas facilita a criação de um espaço de troca, no qual todos se sintam mais confortáveis para fazer seus questionamentos3. O lúdico refere-se a uma dimensão humana que evoca os sentimentos de liberdade e espontaneidade de ação. Abrange atividades despretensiosas, descontraídas e desobrigadas de toda e qualquer espécie de intencionalidade ou vontade alheia. É livre de pressões e avaliações4. É importante que o profissional isente-se de impor seus valores morais com atitudes preconceituosas, pois o individuo dá significados aos acontecimentos diretamente relacionados a ele ou ao seu redor e cabe ao profissional de saúde estar informado e discutindo com o adolescente as implicações de suas ações e colocando-se sempre a disposição para assisti-lo. O inicio da atividade sexual no Brasil é ao redor dos 15 e 16 anos, porém isso esta relacionado com uma série de estímulos e influências familiares e comunitárias, até aspectos sociais e culturais. Assim, muitas vezes, as questões ligadas à gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, são vistas como as únicas pertinentes a este momento da vida. Porém, a sexualidade inicia-se já na concepção, no entanto, na adolescencia a sexualidade tem relevância especial, pois é a etapa em que o individuo consolida sua identidade sexual e atinge a capacidade reprodutiva. Dessa forma, o indivíduo pode mudar de modo seguro, da fase de dependência total, representada pela infância, para a fase de independência relativa representada pela adolescência, até a independência total, expressão da vida adulta. A confiança permeada entre o profissional e o adolescente é fundamental para que ele possa usufruir das informações pertinentes a seu caso e dar continuidade no atendimento e na busca de informações corretas3. No estágio supervisionado da disciplina Saúde da Criança e Adolescente da Faculdade de Enfermagem - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, realizado em uma instituição não governamental, sem fins lucrativos, que é mantida através de doações e voluntariado e que tem como público-alvo crianças e adolescentes de ambos os sexos e na faixa etária entre 05 e 17 anos, propõe-se abordar o tema da sexualidade com os adolescentes a pedido da própria instituição. Objetivo: Demonstrar que através de explicações lúdicas e dinâmicas, podemos construir um diálogo sobre sexualidade com crianças e adolescentes em situações socioeconômicas precárias e assim atingi-las promovendo a promoção e prevenção da saúde. Metodologia: Em um primeiro momento foi explicado para os adolescentes que falaríamos com elas sobre sexualidade e que para isso precisávamos saber quais eram as suas dúvidas sobre a temática. Foi disponibilizado para os presentes folha e lápis para escreverem suas dúvidas sem a necessidade de identificação. Realizado a separação das perguntas por temas, levantaram-se três categorias: DST; Gravidez e Ciclo Menstrual. Após realizou-se cartazes com diversas fotos e quebra-cabeças elaborados com desenhos que possuíam os principais assuntos de cada categoria. Participaram das atividades apenas os maiores de 10 anos. Resultados: Entre as DST mais levantadas estavam: HIV/AIDS, HPV, Herpes e Hepatite. Em relação à

gravidez perguntavam sobre as mudanças fisiológicas ocorridas no corpo e já em relação ao ciclo menstrual, perguntavam a idade em que ocorria o primeiro episódio. Mostraram-se muito interessados com a temática, realizando questionamentos diversos. A utilização da explicação lúdica com fotos demostrou que apesar das fotos serem chocantes por se tratar principalmente de DST, deixou-os com mais critica, já que não estavam escutando apenas o teórico e sim vendo uma situação que poderia se tornar real na vida de cada um deles se não se protegessem. No final da apresentação, vimos que vários estavam pensativos e ao se expressarem falavam que iriam se preocupar mais com a sua vida sexual. Entenderam a importância de se prevenirem, de se cuidarem, que tudo deve acontecer à medida do seu desenvolvimento e que cada um tem o seu tempo. Porém é uma população extremamente carente e que pensar no seu crescimento e desenvolvimento integral antes de acontecer relações sexuais não faz parte de suas realidades. Já que constantemente estão vivenciando amigas e parentas adolescentes grávidas, com problemas de relacionamento. Portanto apesar de parecer que conseguimos conscientizar cada um desses adolescentes, a realidade deles possivelmente irá fazer com que esqueçam e não levem mais em consideração os aprendidos. Mas apesar desses obstáculos, a enfermagem se faz importante na educação e conscientização constantes dessa população, para que mesmo os adolescentes esquecessem, aja outra equipe que efetuem a ação educativa. E isso se faz presente nesta instituição. Pois essa conscientização é realizada todo semestre por grupo de estágios diferentes. Conclusão: A utilização de apresentação utilizando imagens e a realização de montagem de quebra-cabeça é algo válido quando se quer atingir a população infanto-juvenil. Já que um discurso teórico para tal população iria se tornar cansativo e desinteressante. Os presentes demostraram ter apreendido sobre o tema de maneira adequada. Contribuições/Implicações para a enfermagem: A prevenção e a promoção da saúde são atribuições quase que exclusiva da enfermagem. Isso demonstra o quanto é importante o papel do enfermeiro como educador nas ações educativas e de orientação. Descritores: Sexualidade, Adolescente, Enfermagem. Referências:

1. Yano KM, Ribeiro MO. O desenvolvimento da sexualidade de crianças em situação de risco. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2011 [citado 2013 ago. 28]; 45(6):1315-22. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a06.pdf 2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Material educativo produzido pela equipe do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente com o apoio do Ministério da Saúde e da Fundação W. K. Kellogg [Internet]. 2005. [citado 2013 ago. 28]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/principal.htm 3. NEGRINE, Airton. O lúdico no contexto da vida humana: da primeira infância à terceira idade. In: Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico. 1ª ed. Petrópolis-RS: Vozes, 2000. 4. Moraes SP, Vitalle MSS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2012 [citado 2013 ago. 28]; 58(1): 48-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-42302012000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

14130

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LETÍCIA MOLZ RODRIGUES

A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO POSSIBILIDADE DE EMPODERAMENTO PARA ADOLESCENTES E ACADÊMICOS

Rodrigues, LMR; Fanfa, BRF; Moura, RM;

A consulta de enfermagem é uma tecnologia bastante utilizada no cotidiano dos enfermeiros de saúde coletiva. No Brasil a atenção à saúde integral aos adolescentes tem sido negligenciada ao longo dos anos, especialmente por esta faixa etária apresentar baixa frequência de doenças e por isso, não acessar os serviços de saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde elaborou em 2009, a Caderneta de Saúde do Adolescente com o intuito de estimular o vínculo do adolescente com a atenção primária garantindo, desta forma, adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desta população[1]. Este trabalho objetiva descrever a experiência dos acadêmicos de enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul na disciplina prática de Saúde da Criança e do Adolescente. Desde 2011, na Clínica Escola da UNISC ou nas escolas, os adolescentes, individualmente, são atendidos em consultas de aproximadamente quarenta e cinco minutos por um acadêmico de enfermagem. Durante a consulta, além da anamnese e exame físico, o acadêmico apresenta e entrega a Caderneta de Saúde ao Adolescente. Neste momento, estabelece-se uma relação de cuidado, onde a dupla discute diversas questões referentes ao processo saúde/doença, empoderando tanto o futuro enfermeiro nas questões clínicas e de educação em saúde como o adolescente no seu autocuidado. Do ano de 2011 a 2013 foram atendidos 308 adolescentes matriculados na rede de ensino público e privado do município de Santa Cruz do Sul, 160 eram do sexo masculino e 148 do feminino com idades entre 10 e 18 anos. Esta prática curricular além de preparar o futuro enfermeiro para o atendimento de adolescentes sadios, também, fomenta nos adolescentes a apropriação de graus crescentes de conhecimentos e de autonomia em relação aos cuidados com sua saúde. Descritores: Adolescente; Saúde Escolar; Cuidados de Enfermagem. [1]Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde do Adolescente, 2009.

14208

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUANA MACHADO SEIXAS

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES JOVENS, PORTADORES DO TRANSTORNO OBSSESSIVO COMPULSIVO (TOC).

Seixas, LUANA; Kettermann, KAROLINE; Penteado, MARCELE; Barcelos, LOUISE; Bittencourt, MARIANA; Machado, KARINE;

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES JOVENS, PORTADORES DO TRANSTORNO OBSSESSIVO COMPULSIVO (TOC). SEIXAS, Luana KETTERMANN, Karoline Ottes PENTEADO, Marcele BITTENCOURT, Mariana BARCELOS, Louise MACHADO, Karine de Freitas Cáceres (karinecaceresmachado@gmail.com) Enfermagem-Centro Universitário Franciscano - UNIFRA PALAVRAS-CHAVES: ADOLESCENTE; COMPORTAMENTO OBSSESSIVO; DIAGNÓSTIVO; ENFERMAGEM; CUIDADO. INTRODUÇÃO: Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno que atinge cerca de 2,5% de indivíduos na população geral1. Este transtorno evidencia-se pelo aparecimento de ideias duradouras, como obsessões, acompanhadas de condutas ou atos mentais repetitivos, realizados com a intenção de diminuir o desconforto que se associa as obsessões. O TOC é uma doença crônica caracterizada por pensamentos intrusivos e os rituais realizados para aliviar a ansiedade ou desconforto, embora o resultado seja, provavelmente, um aumento de angústia ao longo do tempo. Por vários motivos, é considerado um transtorno mental grave, pois os sintomas iniciam geralmente ao final da adolescência, muitas vezes ainda na infância. O transtorno tem espectro ansioso, caracterizado por presença de obsessões e/ou compulsões recorrentes suficientemente severas para consumir tempo mais de uma hora por dia, causar sofrimento ou prejuízo acentuado e interferir significativamente nas atividades rotineiras, funcionais e ocupacionais do indivíduo2. Obsessões são respostas encobertas, ideias, pensamentos, imagens persistentes, vivenciadas como intrusivas e inadequadas pelo indivíduo, causando intensa ansiedade e sofrimento. As obsessões mais comuns são relacionadas à contaminação, dúvida sobre seus próprios atos, organização simétrica de objetos, impulsos agressivos e imagens sexuais2. Compulsões se referem a comportamentos como limpeza, contagem, verificação, repetições, colecionismo e ordenação de objetos. O padrão de fuga-esquiva afeta o desempenho em tarefas cognitivas que exigem concentração, assim como o desempenho geral do indivíduo2. Na prática, as apresentações clínicas, o início da doença, bem como a resposta aos tratamentos, variam muito de indivíduo para indivíduo, contudo quanto mais cedo diagnosticado a patologia, os resultados do tratamento podem ser bem satisfatórios. OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo conhecer o papel da enfermagem dispensado ao cuidado para pacientes jovens, portadores do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada no mês de julho de 2013, os dados foram buscados e encontrados nos banco de dados LILACS e BIREME, onde os achados foram selecionados minuciosamente em relação ao assunto estudado. O interesse em pesquisar sobre esta temática surgiu no decorrer da vida acadêmica quando se verificou a pouca abordagem por parte da enfermagem em relação aos portadores com TOC e frente a qualidade de vida destes. DISCUSÃO: O curso da doença geralmente é crônico e, se não tratado, mantém-se por toda a vida, raramente desaparecendo por completo3. Na vida cotidiana é comum aos indivíduos apresentarem medos e preocupações, mas aprende-se diariamente a conviver com essa realidade, por isto certos cuidados tais como: fechar as portas antes de deitar, lavar as mãos antes das refeições ou depois de usar o banheiro, desligar o celular antes da sessão de cinema ou verificar periodicamente o saldo bancário da conta, é comportamentos considerados normais que podem tornar-se preocupações excessivas se repetidos inúmeras vezes se acompanhados de aflição em um curto espaço

de tempo. O paciente, apesar de ter consciência da coerência de seus pensamentos e comportamento, não consegue controlar suas preocupações e fixações, que surgem de forma inesperada e incontrolável. O sujeito começa a ter uma série de comportamentos repetitivos, na tentativa de aliviar seus pensamentos de opressão. O medo de que algo de ruim possa acontecer impede-o de buscar uma saída e o resultado é uma vida que leva a perdas nas relações sociais, nos estudos e a dificuldades nas atividades diárias. O tratamento de escolha no TOC inclui farmacoterapia, representada principalmente pelos inibidores da recaptação da serotonina (IRS), assim como terapia comportamental. A freqüência de resposta positiva nestes tratamentos varia de 50% a 75% na farmacoterapia e cerca de 67% na terapia comportamental4. O tratamento citado a cima, geralmente é feito quando a doença já está em estágio avançado, já que os portadores do transtorno conseguem disfarçar os sintomas, escondendo-os sem procurar ajuda. Consequentemente as manifestações clínicas são agravadas, dificultando a intervenção dos profissionais. A família tanto pode colaborar positivamente, como pode tornar o tratamento mais difícil, já que o paciente necessita praticar exercícios em casa e, muitas vezes, deve contar com a participação dos familiares5. Muitas vezes os membros da família acabam se ajustando aos sintomas e às exigências do paciente e até mesmo apoiam a realização dos rituais e dos comportamentos compulsivos, envolvidos em um progressivo processo de acomodação familiar. Acredita-se que as atitudes da família em relação aos sintomas (hostilidade, criticismo, rejeição ou apoio e tolerância) interferem nos resultados do tratamento. Os familiares tanto podem encorajar na busca de ajuda como desestimulá-la em razão de desacreditarem em possíveis mudanças. CONCLUSÃO: Para amenizar os conflitos entre o paciente e as pessoas que convivem próximas, é considerável que haja bom entendimento sobre os transtornos e seus sintomas por todos que convivem com o portador. Portanto para que exista esta compreensão, é preciso melhorar a conscientização da população sobre o problema, para reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos portadores, familiares e ao conjunto envolvido. Frente a isto, a atribuição da enfermagem no tratamento do TOC é suficientemente extensa, cabendo ao enfermeiro realizar treinamentos para profissionais da saúde, mantendo-lhe atualizados para assim possibilitar o rápido acesso aos tratamentos adequados, também desenvolver uma interpretação integral e individual de cada um para conduzir um bom diagnóstico, prescrição, harmonizando para uma prática e um progresso gratificante no quadro clínico dos portadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. American Psychiatric Association. Diagnostical and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington: The Association, 1994. 2. Starling RR, Ireno EM. Acompanhamento terapêutico e transtorno obsessivo-compulsivo: estudo de caso. In: Zamignani DR, Kovac R, Vermes JS. A clínica de portas abertas. Santo André: ESETec; 2007. p. 329-43. 3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association; 1980. 4. Freeman JB, Garcia AM, Coyne L, Ale C, Przeworski A, Himle M, et al. Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008;47(5):593-602. 5. BusneloSAG,PicolottoSD,Nakamura EK.TOC:uma revisãode literatura.Rev Enf Uniandrade.[internet]2009[acesso07ago2009].Disponível em:http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo084.pdf.

14442

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUANA THOMAZETTE CECHIN SCREMIN

VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES: UM ESTUDO REALIZADO COM ESCOLARES

Scremin, LTC; Prevedello, BP; Silva, MLM; Castro, PM; Rangel, RF; Costenaro, RGS;

VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES: um estudo realizado com escolares SCREMIN, Luana Thomazette Cechin2; PREVEDELLO, Bruna Pivetta3; SILVA, Marlon Lenon Marinho3; CASTRO, Priscila Mattos de3; RANGEL, Rosiane Fillipin4; COSTENARO, Regina G. Santini5; INTRODUÇÃO: Sabe-se que o ambiente escolar e familiar vem passando por transformações no decorrer dos anos, bem como as relações, os valores de vida e os métodos de educar. Nesse cenário de mudanças, compreende-se a necessidade de construir e fortalecer as relações entre alunos, professores e comunidade para que o processo de educar aconteça de maneira igualitária, humanizada e solidária, visto que se tem observado um aumento significativo da violência, seja na família, na escola ou na sociedade. Pesquisas mostram que a violência nas escolas não é um fenômeno novo. Essa surgiu na década de 80 e se desenvolveu nas décadas seguintes, sendo que no século XIX ocorreu uma explosão violenta em algumas escolas de ensino médio que foram sancionadas com prisões1. Contudo, cabe ressaltar que a violência vem atingindo cada vez mais cedo os jovens e acontece de diversas formas verbal, física, sexual e psicológica. Neste sentido, é importante destacar o papel do enfermeiro como educador em saúde, visto que o convívio em paz entre estudantes, professores e sociedade contribui na qualidade da saúde dos adolescentes. Ao enfermeiro, compete identificar sinais de risco e os diferentes comportamentos que podem indicar que o escolar está vivenciando dificuldades, alertar as famílias para as consequências que a violência escolar tem na saúde e na qualidade de vida desses, assim como, incentivar e colaborar com as escolas na implementação de programas de prevenção e redução da violência2. Objetivos: Identificar situações de violência escolar e intervir junto aos escolares, famílias e comunidade, a fim de potencializar atitudes de paz nas relações. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados no mês de dezembro de 2013, por meio de uma entrevista semi-estruturada, as quais abordavam as relações familiares, vícios, violência doméstica e escolar. Participaram do estudo 32 meninas com idade entre 9 e 16 anos que frequentavam o ensino fundamental de uma escola municipal, no Bairro Alto da Boa Vista, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Após, os dados foram analisados e discutidos qualitativamente. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) com registro na CONEP nº 1246 e Registro CEP/UNIFRA nº 410.2011.2. Resultados e discussão - O estudo evidenciou que 100% das meninas sofrem violência, sendo que destas 87% sofreram ou ainda sofrem três ou mais tipos de violência. Dessas, agressão física, agressão verbal, violência sexual e humilhação são vivenciadas no cenário familiar ou doméstico. E, no cenário escolar surge a agressão verbal e a humilhação. As demais 13% sofreram ou sofrem dois tipos de violência que são agressão verbal e humilhação e ambas acontecem no cenário escolar e familiar. Sabe-se que o contexto familiar ou social pode influenciar positiva ou negativamente atos violentos. A violência sexual mencionada pelas adolescentes é 100% praticada por pessoas do convívio familiar ou da comunidade, sendo pai, primos, tios, padrinhos, vizinhos e ou amigos dos pais, e na, maioria das vezes, ocorre dentro da própria casa das adolescentes. O resultado de uma pesquisa feita em São Paulo que aponta os pais e conhecidos como os principais agressores e a residência sendo o local de ocorrência de 72,9% dos casos; violência de repetição foi referida em 51,4% das notificações3. Embora os dados evidenciem um alto índice de violência, 37% das escolares consideram a relação familiar muito boa e dizem amar a família; 42% boa e 21% ruim. As relações de comunicação interfamiliar são deficitárias uma vez que 2% referem não se comunicar com a

mãe, 32% se comunicam pouco e gostariam de se comunicar mais e 66% desempenham boa comunicação com a mãe. Destaca-se a figura materna, pois foi a mais citada pelas adolescentes. Evidenciou-se nas respostas que o diálogo entre mãe e filha são superficiais, pois são abordados temas relacionados a afazeres domésticos e muito pouco são citados assuntos pessoais. Salienta-se que o diálogo, além de ser uma importante ferramenta pedagógica, favorece as relações à medida que as pessoas se conhecem e fortalecem seus vínculos afetidos e de confiança. Assim, entende-se que a falta de diálogo é uma das principais causas de violência domiciliar, pois 52% sofrem agressões dentro de casa, sendo o pai e a mãe os agressores. Alguns autores afirmam que a violência física é a mais praticada entre os tipos de violência doméstica. Essa vem despertando a atenção dos diversos segmentos da sociedade, por ser uma prática usual entre pais e responsáveis com o objetivo de disciplinar seus filhos4. A violência verbal foi ou é vivenciada por 88% das participantes tendo origem nos colegas, amigos e familiares. Estas atitudes de violência podem ser potencializadas devido ao consumo de álcool e outras drogas, já que 60% relataram que pelo menos um membro da família é etilistas, 28% afirmaram que algum familiar faz uso de drogas, sendo que o crack, por elas chamado de "pedra", é o mais utilizado. 12% citaram o tabagismo como sendo o principal vicio na família. É evidente a interferência da droga como um potencializador da violência. Essa questão se confirma pelo fato de que dentre 87% das participantes que sofreram agressão física ou sofreram violência sexual, 13% tinham algum membro da família usuário de álccol ou crack. Sabe-se que estimulantes como cocaína, crack e anfetaminas estão freqüentemente envolvidos em episódios de violência doméstica, por reduzirem a capacidade de controle dos impulsos e por aumentar as sensações de persecutoriedade. O uso de álcool parece estar envolvido em até 50% dos casos de agressão sexual5. PALAVRAS-CHAVE: ENFERMAGEM, VIOLÊNCIA, ESCOLA, EDUCAÇÃO. KEYWORDS: NURSING, VIOLENCE, SCHOOL, EDUCATION. EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente; REFERÊNCIA: 1. Charlot, B. A violência na escola: como sociólogos franceses abordam essa questão. Sociologias. 2002 jul/dez, 4(8):432-443. 2. Mendes, CS. Prevenção da violência escolar: avaliação de um programa de intervenção. Rev. esc. enferm. USP. 2011; 45(3): 581-589 . 3. Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. Rev. Assoc. Med. Bras. 2009 Nov/Dez; 58(6): 659- 665. 4. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. Saude soc. 2011 Jan./Mar; 20(1):147-155. 5. Zilberman ML; Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(2):51-55.

13721

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCINEIA FERRAZ

A PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE AS MUDANÇAS CORPORAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ferraz, L; Brum, MLB; Silva, PRR; Locatelli, P; Fritsch, W; Nothaft, SCS;

Introdução: Promover discussões sobre as mudanças do corpo humano entre os adolescentes podem gerar inúmeras questionamentos e reflexões, que podem interferir diretamente no seu modo de pensar e viver. Nessa questão é oportuno centrar-se na troca de informações, tendo em vista que os adolescentes necessitam expor suas duvidas e estão ávidos por aprender de tudo um pouco, sobretudo sobre sexo e sexualidade que são componentes intrínsecos a sua idade. O corpo por sua vez, passa por inúmeras transformações marcando visivelmente a passagem da infância para a adolescência, onde se dá o crescimento dos seios, pelos pubianos, mudança da voz, contornos, entre outros, que conjuntamente contribuem para o manifesto da sua sexualidade, e desejo sexual. Esses componentes são inerentes à existência humana, e, portanto está presente na vida de adolescentes os quais ao atingirem essa faixa etária certamente se tornam aptos a usufruir da sua sexualidade firmando uma identidade sexual2. Com isso percebe-se a importância da educação em saúde que é uma ação básica que objetiva capacitar indivíduos e grupos para assumirem com consciência seus próprios cuidados com a saúde sexual. Lidar com essa população é um desafio, pois a adolescência é uma fase marcada por mudanças intensas e multidimensionais, sendo que o adolescente vivencia essas mudanças e enfrenta processos conflituosos que, muitas vezes, não ganham uma atenção especial, nem por parte da família, nem por parte dos profissionais1. Metodologia: Relato de experiência, com base em um projeto de extensão denominado Rede de Jovens Multiplicadores na Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis HIV/AIDS e da Gravidez Precoce, aplicado em escolares da 6ª e 7ª com idade entre 12 a 14 anos do ensino fundamental em uma escola municipal de um município situado no oeste de Santa Catarina. O projeto preconizava inúmeras oficinas para atender o objetivo principal. Entre elas foi realizada a dinâmica "Desenhando o Corpo" com 11 adolescentes, os quais primeiramente foram divididos em dois grupos com a proposta de que desenhassem o corpo humano em um cartaz na integra. Foi sugerido que um grupo deveria desenhar o corpo de uma menina e o outro grupo o corpo de um menino, destacando as mudanças desde o nosso nascimento ate a morte. O facilitador entregou duas folhas de papel pardo, para que um integrante de cada grupo deitasse sobre o papel e os demais deveriam desenhar os contornos do seu corpo no papel. Após essa etapa o adolescente deveria levantar-se e deixar que os integrantes de ambos os grupos continuassem o desenho com ênfase nas partes do corpo desenhado. O grupo que desenhou o corpo do menino mostrou-se perfeccionista, e demonstraram seriedade, desenharam com detalhes os pelos e os órgãos genitais. O grupo que desenhou a menina teve a participação maciça do grupo, porem o grupo fez inúmeras brincadeiras, o riso tomou conta em alguns momentos, por outro lado pareciam estar com vergonha de desenhar os órgãos genitais. No final todos compartilharam seus desenhos e refletiram sobre as mudanças do corpo na fase da adolescência, como o crescimento dos pelos, altura, mudança de voz (aguda, grave), menstruação, ovulação, mudanças hormonais, entre outros. O grupo todo participou ativamente e colaboraram com as discussões, os quais pareciam dominar o assunto devido terem recentemente recebido informações na disciplina de ciências biológicas. Resultados: Nos últimos anos, a saúde do adolescente vem merecendo atenção especial, o Ministério da Saúde em um convênio com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) desenvolveu o "Projeto Acolher" tendo como um dos objetivos incluir o aumento de pesquisa na área da saúde do adolescente, e propostas de metodologias participativas no atendimento à

saúde integral do mesmo. Falar sobre sexualidade com os adolescentes não é uma tarefa muito fácil, pois alem de sentirem vergonha de se expor, possuem muitas duvidas. Na questão de mudanças corporais eles demonstram domínio e facilidade a respeito do assunto. Desenhar os órgãos genitais foi um pouco constrangedor para o grupo que desenhou o corpo da menina, mas com o decorrer das atividades as explanações foram ricas e oportunizaram perceber que o adolescente traz conhecimentos advindos do convívio familiar, dos amigos, da escola, da mídia e do meio onde estão inseridos. Demonstram alguns tabus,assim como deixaram aflorar o imaginário,as inquietações, a vergonha, os desejos, as reações, sensações, a estranheza e a censura, perante algumas situações que experenciaram. As principais mudanças físicas citadas foi o crescimento dos pelos, mudança de voz, os hormônios que fazem os órgãos e o corpo se transformarem, crescimento de barba, menstruação, pelos pubianos, desenvolvimento dos seios. Foram citadas também as mudanças psicológicas, que alteram o emocional, como sentimentos afetivos, o despertar do amor, a paixão, entre outros. Nesse contexto de descobertas, formação de identidades, mudanças corporais, depara-se com sensações inerentes a essa etapa da vida do ser humano. O grupo mostrou ser participativos e interessados no assunto, respondendo aos questionamentos, e gerando novos. Observou-se que aos poucos foram se desinibindo,e criando afinidades e confiança com o grupo trabalhado. Considerações finais: Na elaboração desse trabalho ressaltamos a importância da inserção do profissional na educação escolar durante a adolescência, pois a escola é um momento rico que possibilita a articulação entre várias linguagens tradicionais e modernas, de diferentes culturas, valores, crenças, conhecimentos e linguagens. Durante os encontros pôde-se perceber que o processo da qualidade de ensino e aprendizagem sobre sexualidade, tem muito para evoluir e ser aperfeiçoado, os conhecimentos populares apresentados é contradito pelo cientifico, dessa forma os adolescentes não estão preparados para iniciar a vida sexual, inclusive citado por eles que são muito novos e não tem conhecimento necessário. Destacamos a importância de realizar projetos com esse público, sobretudo no que se refere a contribuir para formar multiplicadores na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/ HIV/ AIDS e da gravidez precoce, com debates e reflexões sobre os inúmeros elementos que envolvem a sexualidade dos seres humanos, com destaque para o corpo. Implicações para a Enfermagem: O desenvolver dessa prática possibilitou às acadêmicas de enfermagem a prática do cuidado aos adolescentes. Cuidado esse prestado através da educação em saúde, que é um instrumento da enfermagem que propicia a promoção da saúde pela reflexão constante das atitudes e das decisões a serem tomadas por esses jovens. A enfermagem como promotora de saúde, tem no ambiente escolar, um excelente local para desenvolver seu cuidado de forma mais próxima e de acordo com a realidade dos estudantes. Descritores: Adolescência, corpo humano, gênero, sexualidade. Referências: 1 Ferreira MA. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. Rev. Texto contexto - enferm [Internet]. 2006. [acesso em 2012 Jun 9];15(2):205-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a02v15n2.pdf 2 Freitas KR, Dias SMZ. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. Rev. Texto contexto - enferm [Internet]. 2010. [acesso em 2012 Jun 9];19(2): 351-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/17.pdf

14580

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUIZA WEEGE BEHLING

ADOLESCENDO COM CÂNCER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Larroque, CG; Rodriguez, GC; Behling, LW; Milbrath, VM;

Introdução: Este é um relato de experiência dos cuidados de enfermagem prestados por Acadêmicas de Enfermagem a uma paciente adolescente portadora de Linfoma não-Hodgkin de células B, que estava internada na clínica médica de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. A adolescência é considerada uma fase de desenvolvimento humano marcado por transformações biológicas da puberdade e relacionada à maturidade biopsicossocial. Tais transformações que são tidas como elementares na vida, levam a identificar essa fase como crítica, envolvendo momentos de definição da identidade sexual, profissional, de valores e sujeita a crises1. Com o agravante do câncer, o adolescente além de lidar com os aspectos mencionados, vivencia ainda o sofrimento físico, afetivo e emocional causado pela doença. Para prestar os cuidados e elaborar o estudo utilizou-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como base, visto que, este processo de trabalho auxilia a promover um cuidado interativo, complementar e multiprofissional2. Compreende-se Linfoma não-Hodgkin como uma neoplasia de origem linfática, que se desenvolve a partir do crescimento anormal das células linfáticas3. Objetivos: Apresentar a SAE nos cuidados a uma paciente com Linfoma não-Hodgkin, discutindo a importância de prestar-se um cuidado integral e refletindo quanto à importância do cuidado específico ao paciente adolescente. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir de da vivência das Acadêmicas do 5º semestre de graduação do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas no desenvolver do componente curricular "Unidade do Cuidado de Enfermagem V: Adulto e Família". Foi desenvolvido num Hospital Universitário do interior do Rio Grande do Sul. Durante o estudo, acompanhou-se uma paciente adolescente portadora de Linfoma não-Hodgkin, onde foram realizados todos os processos que abrangem a aplicação da SAE, iniciando com o Histórico de Enfermagem (entrevista e exame físico), seguido de Fundamentação Teórica acerca da patologia, medicações e exames, resultando na elaboração de Diagnósticos de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Plano de Alta. Também foram feitas discussões acerca das informações recebidas, da experiência durante prestação da assistência e com base em artigos que abordassem a temática. Para desenvolvimento do trabalho, foi disponibilizado a paciente um Termo de Consentimento Livre e foram esclarecidas quaisquer dúvidas que surgissem quanto à divulgação do estudo. Resultados: Paciente do sexo feminino, 16 anos e 11 meses, com diagnóstico de Linfoma não-Hodgkin há 6 meses. Para realizar os cuidados a esta paciente elaborou-se dez Diagnósticos de Enfermagem com base na NANDA4, construídos a partir de lista de problemas de enfermagem baseados no levantamento das informações colhidas durante Processo de Enfermagem, sendo eles: Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional relacionada a agentes farmacêuticos; Risco de baixa estima situacional relacionada à doença física; Risco de solidão relacionada a isolamento físico e social; Distúrbios da identidade pessoal relacionada à mudança no papel social evidenciado por incerteza quanto a valores ideológicos e culturais; Interação social prejudicada relacionada a isolamento terapêutico evidenciado por relato familiar de mudança na interação; Religiosidade prejudicada relacionada à crise espiritual evidenciada por questionar costumes religiosos; Risco de infecção relacionada a defesas primárias inadequadas e a procedimentos invasivos; Integridade Tissular prejudicada relacionada a irritantes químicos, evidenciada por tecido lesado (pele e mucosas); Náusea relacionada à irritação gástrica e a medicamentos, evidenciado por aversão à comida e relato de náusea; Dor aguda relacionada a agentes lesivos, evidenciado por expressão facial e relato verbal de dor. Para a Prescrição de Enfermagem, elaboraram-se cuidados baseados nos

Diagnósticos, que tiveram como foco proporcionar bem-estar a paciente e também preservar sua autonomia e autoimagem, como reforçar os cuidados com possíveis focos de infecções, realizar curativos de forma asséptica e também incentivar hábitos de higiene e vaidade, proporcionar ambiente favorável para realização de conversa terapêutica e exposição de seus sentimentos. Para a construção do Plano de Alta, buscou-se incentivar que fossem mantidos muitos dos cuidados orientados durante a internação, sendo elaborados e reforçados alguns cuidados importantes a serem prestados pelos familiares e cuidadores no domicílio, como monitorar a presença de sinais flogísticos, promover alívio de náuseas utilizando compressas frias em testas e pulsos, estimular a ingesta de água gelada e comer gelo, além de não consumir verduras e legumes crus, e também foi acrescentado a referência a UBS de origem. Frente ao trabalho realizado, discutiu-se quanto à assistência prestada a esta paciente durante sua internação e quanto as suas peculiaridades, refletindo que o paciente adolescente encontra-se em uma situação diferenciada dos demais, pois este está enfrentando a construção de sua personalidade, descoberta da liberdade5 e ao mesmo tempo, tem de vivenciar a vulnerabilidade que concerne existir como um ser humano, deparando-se com a fragilidade da doença lidando com sua condição de ser finito, necessitando, portanto de cuidados que vão além das especificidades da pediatria e internação adulta, pois segundo Davim1, encontrar-se numa fase de transição entre a infância e a vida adulta, que é a adolescência, deve-se ter paciência e compreensão diferenciada, principalmente por não ser tão novo ao ponto de receber o cuidado específico dado na pediatria, mas também não possui a maturidade que um paciente de internação adulta exige. Conclusão: Prestar um cuidado integral é um dever de todo profissional de saúde e um direito de todo paciente de recebê-lo, porém acredita-se que as peculiaridades envolvidas em cada fase da vida não devam ser desprezadas durante as internações, chamando a atenção para a discussão quanto ao atendimento prestado ao jovem adolescente. Propõe-se que sejam criadas unidades hospitalares específicas para o atendimento aos adolescentes, preservando assim seu desenvolvimento mesmo que durante adoecimento. Desenvolver este estudo fez com que refletíssemos sobre o enfrentamento da paciente diante as mudanças importantes que a afetam diretamente e interferem no seu cotidiano, fazendo-a lidar com situações incomuns para adolescentes desta idade como: dor, ambiente hospitalar, separação dos amigos e familiares, ou seja, uma ruptura na sua rotina sendo-lhe imposta outra totalmente diferente. Também foi possível perceber a importância que tem uma equipe multidisciplinar atuante, que resulta no beneficio ao paciente, pois quando os profissionais interagem dentro de suas potencialidades, o cuidado torna-se mais humanizado. Contribuições para enfermagem: As instituições de saúde devem estar abertas a discussões e reflexões acerca dos pacientes adolescentes e quanto à necessidade da criação de unidades exclusivas para abrigar este tipo de paciente, frente a todas estas mudanças e assim sendo possível realizar um cuidado mais humanizado, permitindo que o paciente jovem mantenha sua construção como ser. Referências: 1. Davim RMB, Germano RM, Menezes RMV, Djailson JDC. Adolescente/Adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. Rev. Rene. Fortaleza. 2009 abr-jun [citado 01 ago 2013]; 10(2):131-140. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/500/pdf. 2. Nascimento KC, Dirce SB, Koerich MS, Alacoque LE. Sistematização da Assistência de Enfermagem: vislumbrando um Cuidado Interativo, complementar e multiprofissional. Rev. esc. enferm. USP [serial na internet]. 2008 dez [citado 01 ago 2013]; 42 (4):643-648. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000400005&script=sci_abstract&tlng=pt. 3. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. 4. NANDA, Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013. 5. Iamin SRS, Zagonel IPS. Estratégias de enfrentamento (coping) do adolescente com câncer. Psicol. Argum. [internet] 2011 out-dez [citado 01 ago 2013]; 29(67):427-435. Disponível em: http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd1=5788&dd99=view. Descritores: Adolescente; Cuidado; Câncer

14165

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCELA ASTOLPHI DE SOUZA

A SAÚDE DO ADOLESCENTE NO BRASIL: SUBSÍDIOS PARA REFLEXÃO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Souza, MA; Melo, LL;

A conjuntura histórica-política-social foi responsável pelas diversas mudanças ocorridas na condição social do jovem e, portanto, pano de fundo para refletir sobre a saúde do adolescente no Brasil. A importância de apreender sobre o adolescente e o contexto de saúde que o cerca, está pautada nas necessidades dos profissionais de enfermagem em considerá-lo como um potencial cliente, que necessita de cuidados de enfermagem específicos e individualizados, fundamentados nas políticas de saúde com vistas ao desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde. O objetivo deste estudo é refletir sobre a saúde do adolescente no Brasil como subsídio para o desenvolvimento do cuidado em enfermagem hebiátrica. Trata-se de um estudo teórico-crítico-reflexivo sobre a saúde do adolescente no Brasil. O material bibliográfico - artigos e livros - foi acessado virtual e presencialmente, sem delimitação temporal. As bases de dados utilizadas foram CINAHL, COCHRANE, BDENF, MEDLINE, SCIELO, SCOPUS, ADOLEC e BVS. Foram encontrados apenas 11 artigos nas bases de dados ADOLEC e BVS. A partir da segunda década do século XX, houve uma integração mundial e nacional da juventude como uma nova categoria social, ativa e culturalmente inovadora, concebendo os jovens como atores sociopolíticos e relevantes no cenário social, influenciando as modalidades de políticas públicas. No Brasil, a partir da década de 1970, acontecia a ditatura militar e os movimentos sociais a ela relacionados e, dessa forma, as políticas públicas eram centradas no controle social dos setores juvenis e de ações repressivas por parte do Estado. Em 1989, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil em 1990, e assegurada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, certificando todos os preceitos dos documentos internacionais, o que representou uma mudança nas ideias, doutrinas, práxis e atitudes para com as crianças e os adolescentes brasileiros. Apesar desse avanço fundamental no plano legislativo há, ainda, contradições entre o previsto e o praticado, entre as disposições legais e o cotidiano vivido. As propostas pioneiras voltadas especificamente para a medicina de adolescentes no Brasil nasceram em São Paulo e no Rio de Janeiro, na década de 1970, vinculadas às faculdades de medicina e hospitais universitários. Juntamente com o Ministério da Saúde, a Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, estabeleceram diretrizes e normas dos programas de atendimento aos adolescentes, e em 1987 tiveram início as primeiras atividades do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. O Ministério da Saúde criou, em 1989, o Programa Saúde do Adolescente, cujo objetivo era proporcionar o acesso do adolescente ao sistema de saúde por meio da atenção primária, com enfoque na promoção de saúde e prevenção de agravos, inserido na proposta hierarquizada do Sistema Único de Saúde e pautado na atenção integral por meio de abordagem multiprofissional. Além deste, recentemente tivemos outras conquistas importantes para os adolescentes no âmbito da saúde, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, a Caderneta de Saúde do(a) Adolescente, o Programa Saúde na Escola (PSE), dentre outras, sendo estes considerados marcos legais para uma visão integrada do adolescer, na perspectiva da redução de vulnerabilidades e desigualdades. As políticas públicas buscaram preparar o Sistema Único de Saúde para acolher os adolescentes, em suas mais diferentes dinâmicas sociais. Atualmente, percebemos que em muitos municípios faltam serviços de saúde, especialmente para os adolescentes, tanto na atenção primária, como na secundária e terciária, sendo que as propostas atuais e os serviços desenvolvidos estão

aquém da demanda do país. O atendimento ao adolescente deve ser garantido respeitando-se as particularidades, contemplando a política de atenção à saúde para esses jovens, promovendo ações que facilitem o acesso, a garantia de confidencialidade, o caráter despreconceituoso, o menor tempo de espera possível e o envolvimento ativo do adolescente em seu cuidado nas dimensões preventivas e de promoção à saúde. Embora haja proposta de atenção integral da saúde da população adolescente de forma articulada, observamos que isto, de fato, não acontece. A existência de politicas públicas não constitui uma condição suficiente para garantir uma atenção adequada. Percebe-se um distanciamento dos Serviços e dos Programas para este público alvo, sem que haja estratégias para a implementação destas políticas e sem considerar as características básicas dos usuários. Este estudo tem o intuito de oferecer subsídios para que as ações sejam desenvolvidas considerando a realidade local, com a necessidade de (re)planejar políticas e programas de saúde ao adolescente, desenvolvendo ações integradas que permitam ao enfermeiro refletir sobre o cuidado direcionado a esse grupo populacional. A literatura aponta que em virtude das exigências de serviços burocráticos, do grande número de programas que devem ser colocados em prática, somados à falta de estrutura e de recursos materiais e humanos, o atendimento integral aos adolescentes tornou-se um desafio, sendo que a linha do cuidado deve priorizar o adolescente como parte das ações, pois se trata de uma faixa etária peculiar e que necessita, também, de cuidados de saúde específicos. As dificuldades englobam: necessidade de investimentos em capacitação dos profissionais para atuar junto aos adolescentes, adesão dos jovens nas atividades propostas, falta de recursos em geral, falta de planejamento específico, entre outras. Vivemos em um momento em que as práticas em saúde encontram-se em transição e almejam cumprir os princípios da integralidade, priorizando a universalização da assistência nos níveis da promoção, proteção, recuperação e reabilitação, o que determina que a saúde dos adolescentes seja repensada considerando a transição demográfica-epidemiológica na saúde da criança e do adolescente no Brasil. Caracterizada pela redução da incidência das doenças infectocontagiosas ou transmissíveis, seguida pelo aumento da incidência de doenças crônicas e/ou não transmissíveis, este novo paradigma tem instituído novas reflexões nos campos da assistência, da pesquisa e da administração dos recursos referentes à saúde desse grupo etário. Este novo cenário traz a necessidade da elaboração de novos modelos assistenciais, pois há especificidades no cuidado à saúde destes sujeitos, pois, muitas vezes, serão prestados por longos períodos e/ou durante todo ciclo vital do indivíduo. A lacuna ainda existente no que concerne às ações voltadas ao adolescente na atual prática assistencial desvela-se um novo desafio, sendo que enfermeiro e equipe devam estar preparados para atuar junto aos adolescentes nas mais diversas situações atualmente encontradas.

14284

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCELA VESTENA RAGAGNIN

O CUIDADO LÚDICO NO ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES INTERNADOS PARA DESINTOXICAÇÃO DEVIDO AO USO DO CRACK

Ragagnin, MVR; Gomes, AGFG; Dellagiustina, MVDG; Bassan, LB; Gahlen, MHG; Ferreira, LBF;

INTRODUÇÃO: A importância da temática em relação ao uso do crack na cidade de Santa Maria/RS mostram um aumento vertiginoso do número de consumidores de crack. Devido a situação de vulnerabilidade social de aproximadamente 25 mil habitantes, este índice só tende a aumentar cada vez mais.(1) A adolescência pode ser considerada como um período de mudanças no desenvolvimento neuropiscomotor em que os jovens vivenciam um universo de experimentações e identificações, geralmente com associações aos grupos de pares, sendo que muitos buscam o consumo exacerbado de drogas dentre elas o crack. Tal uso tem ocorrido cada vez mais precocemente e, assim, suas consequências ou prejuízos também podem ser antecipados.(2) Neste sentido, o adolescente em situação de drogadição necessita de internação para a desintoxicação química e atendimentos das suas necessidades neurológicas, emocionais, educativas, cognitivas e biológicas. O lúdico é a subjetividade do cuidado humano que se expressa no toque terapêutico, no sorriso e modo de ser, sentir e viver. Considera-se à essência e o potencial do ser humano, transformando o ambiente, estimulando o cuidado de si, e o amor à vida. Acredita-se que o cuidado lúdico realizado pelo profissional enfermeiro no período de desintoxicação química ao usuário de crack, poderá estimular o viver saudável após o tratamento. É neste ponto que as estratégias de comunicação usadas no inicio do tratamento, como por exemplo, a criação do vinculo com o paciente, o manejo sobre as singularidades de cada indivíduo, e sem duvida o oferecimento de recursos não repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida são fundamentais. OBJETIVO: Descrever o impacto do cuidado lúdico na promoção da educação sobre a saúde aos adolescentes internados na unidade de desintoxicação química devido ao uso do crack. METODOLOGIA: Este estudo vincula-se ao projeto de extensão do curso de enfermagem e do GEPESES/CNPq intitulado ao "Acolhimento: uma estratégia para humanização a pessoas em situação de hospitalização" e ao projeto de ensino pesquisa e extensão intitulado" Cuidado lúdico: estratégia educativa inovadora na promoção da saúde integral aprovado no comitê de ética sob o número 72/2010. Foi realizado através de visitas esporádicas em uma unidade de desintoxicação química localizada em um hospital de médio porte na cidade de Santa Maria/RS, que destina aproximadamente 24 leitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para os usuários de crack, e por meio das bases de dados LILACS e BIREME. RESULTADOS: Durante a operacionalização do estudo, foi possível considerar que o cuidado lúdico foi uma metodologia que promoveu a educação sobre a saúde do indivíduo usuário de crack em processo de desintoxicação química. Esse cuidado impactou sob a forma de estimulo na aceitação dos adolescentes para a condição de desintoxicar e elegerem após a desintoxicação química a condição de viver saudável seguindo o tratamento em unidades de reabilitação e reinserção social. O trabalho da Reinserção Social é uma das formas de realização e do reconhecimento do homem como sujeito, sendo fundamental para garantir a cidadania e o sentimento de potencialização de qualquer pessoa. O cuidado lúdico estimulou a melhora do humor, amenizou sofrimentos, auxiliou no tratamento do paciente, resgatando a sua disposição para o enfrentamento da situação, assim promovendo a educação sobre a saúde dos adolescentes ao considerar o mundo imaginário, a compreensão e a sua reinserção social. Sabe-se que o indivíduo percebe e interpreta o mundo em função de sua constituição biopsíquica e seu aprendizado. Ou seja, o tipo de personalidade e comportamentos resilientes são fatores de proteção de cada um. A maneira como o indivíduo se percebe e se valoriza está diretamente relacionada ao nível de

estima pessoal. DISCUSSÕES: Ao transformar uma unidade de desintoxicação química, em um ambiente lúdico, é estar transformando o meio em que o adolescente necessita para o viver saudável, sentindo assim a autoestima de um paciente até então deprimido, pois ao estarem num ambiente mais aconchegante e acolhedor, torna-se mais prazeroso ali sua reabilitação. Situações essas que podem estar sendo colocadas em prática, em qualquer Hospital, UBS, Clinicas de reabilitação, locais que pacientes encontram-se internados. A desintoxicação é o primeiro passo para reabilitação do adolescente dependente químico devido ao uso do crack e deve ser relacionada com seu viver saudável durante a internação, acompanhamento as unidades de reabilitação.(3) As orientações em educação para a saúde devem deixar de seguir os programas clássicos metódicos, passando a buscar momentos prazerosos por meio do cuidado lúdico nos quais a capacidade de imaginação e criatividade, potencialmente desenvolvidas na criança e no adolescente, estimulem a sua aprendizagem, concretizando as informações recebidas.(4) CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considera-se que o cuidado lúdico direcionado a adolescentes em situação de desintoxicação química impacta de forma positiva para o viver saudável dos adolescentes atuando também como promotor da educação sobre a saúde. Tendo em vista estes fatores, cabe ao enfermeiro e sua equipe, criar estratégias para elevar a autoestima de seu paciente, fazendo com que o indivíduo tenha satisfação, sinta-se feliz e assim busque sua melhora e consequentemente valorize a sua existência, pois muitas vezes vivenciamos a deficiência de materiais para a realização dos procedimentos, fazendo com que o enfermeiro se torne hábil e criativo para que possa usufruir o que tem no momento. Outro ponto crucial que merece ser repensado ao propor um cuidado mais humano, diz respeito à formação profissional na área da saúde, que apesar de toda crise da ciência racionalista e das propostas de mudanças do modelo de atenção da saúde, que pregam a integralidade e a humanização da assistência, ainda hoje está centrada, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, muitas vezes sem o exercício da crítica, criatividade e sensibilidade. REFERENCIAS: (1) BACKES, Dirce. Ações empreendedoras voltadas para o acompanhamento de crianças e adolescentes internados e egressos de Unidade de Tratamento de Desintoxicação de substâncias psicoativas. Projeto aprovado pelo Programa PROBIC. FAPERGS, 2010. (2) VASTERS, GP; PILLON, SC.O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. Rev. Latino-Am. de Enfermagem, vol 19, nº 2, mar-abr 2011. (3) WILLIANS, Anna Virgínia. Desenvolvimento e avaliação da eficácia de um jogo terapêutico para jovens usuários de drogas. Disssertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. (4) BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Projeto Promoção da Saúde: Declaração de AlmaAta. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília (DF, 2001).

14462

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCELA VESTENA RAGAGNIN

O ACOLHIMENTO NO CUIDADO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Ragagnin, MVR; Gomes, AGFG; Dellagiustina, MDGV; Bassan, LB; Gehlen, MHG;

Palavra Chave: Acolhimento; Adolescentes; Desintoxicação Química. INTRODUÇÃO: O acolhimento assume a condição de tornar uma prática educativa transformadora, ainda que interaja com que tem mais degradante, doloroso e triste na natureza humana (1). Como é o caso da drogadição de adolescentes devido ao uso do crack. Os jovens usuários de crack alegam que experimentam a droga devido à crença de conquistarem a liberdade. Na adolescência a personalidade em formação dos adolescentes em uso de crack sofre distorções levando-os a condutas e comportamentos de violência, roubos, estupros dentre outros. Considera-se, também que neste período marcado por mudanças e curiosidades sobre um mundo que existe além da família, representa um momento especial no qual a droga exerce forte atrativo. O consumo de drogas entre adolescentes vem ganhando maior amplitude na sociedade contemporânea tal uso tem ocorrido de modo precoce de modo que suas consequências ou prejuízos também podem ser antecipados (2). Dentre os motivos que levam os adolescentes a fazerem uso de drogas, Canavez et al (3) destacam fatores de risco como biológico, individual, familiar, ambiente, cultural, identificação com o grupo, e influências familiares. OBJETIVO: Descrever a experiência acadêmica na promoção da educação sobre saúde do ensino ao serviço de enfermagem aos adolescentes internados em uma unidade de desintoxicação química devido ao uso do crack. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa ação vinculada ao projeto de extensão do curso de Enfermagem e do GEPESES/CNPq intitulado "Acolhimento: uma estratégia para a humanização a pessoas em situação de hospitalização" e ao projeto de ensino, pesquisa e extensão intitulado "Cuidado lúdico: Estratégia educativa inovadora na promoção da saúde integral" aprovado no comitê de ética sob o número 72/2010. Foi realizado através de visitas esporádicas em uma unidade de desintoxicação química localizada em um hospital de médio porte na cidade de Santa Maria/RS, que destina aproximadamente 24 leitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para os usuários de crack, e por meio das bases de dados LILACS e BIREME. RESULTADOS: Foi realizado um momento de acolhimento, por meio da ludicidade, toque terapêutico e escuta atentiva, e o levantamento das necessidades educativas cognitivas e emocionais dos adolescentes em situação de desintoxicação química devido ao uso do crack. Após a formação do vínculo com os adolescentes observou-se a deficiência de um espaço lúdico para todos os adolescentes, enquanto um estímulo para o seu desenvolvimento saudável sendo então oportunizados alimentos, considerando seus aspectos nutricionais, análise fílmica, distribuição de produtos de higiene e organização da rotina diária. DISCUSSÕES: A adolescência é um período de transição entre a infância e a condição de ser adulto, no qual o adolescente se mostra mais resistente às orientações, mas é o momento que começa a conhecer as novidades, pois acreditam que nessa fase tem mais liberdade para conhecer o novo, pois vislumbra a possibilidade de poder controlar a si mesmo, é nessa fase em que o jovem vivencia descobertas significativas para a sua formação da personalidade e também do caráter. O conceito de integração grupal é perceptível, o adolescente busca a pertencer ao um grupo o qual se identifica e interage mais, o grupo de amigos atinge a importância social e principal na vida do adolescente, os conflitos familiares começam a surgir fazendo com que os pais percam o poder de controle sobre os filhos. É principalmente nessa fase no período de crise familiar que as drogas entram em suas vidas e muitas vezes a família demora a perceber. O papel do enfermeiro é fundamental para acolher essa família aproximando e orientando seus filhos nessa fase tão conturbada de suas vidas, destacando sempre

a importância da família e da manutenção do convívio familiar. Neste sentido a experiência pré profissional permitiu promover a saúde, conhecendo a historicidade dos adolescentes por meio de orientações, e estímulos para que o jovem tenha melhor aceitação e possa saber reconhecer a importância de desintoxicar. Na adolescência há um período marcado por descobertas, conflitos, questionamentos e instabilidades que caracterizam uma intensa busca pela própria identidade. Nesta fase da vida, os padrões estabelecidos são questionados e há uma crítica constante às escolhas de vida dos pais no intuito da busca pela liberdade e autoafirmação (4). A educação, em Paulo Freire, fundamenta-se na reflexão da realidade do educando, retornando posteriormente a esta mesma realidade, para transforma-la (5). Nesta perspectiva, a família tem uma grande importância para a formação de um código de valores próprio do adolescente, pois no seu núcleo são transmitidas as primeiras regras de valores, que vão guiar no seu convívio social. CONCLUSÃO: O acolhimento na unidade de desintoxicação química merece ser repensado já que possibilita a humanização do cuidado de enfermagem por meio da criatividade do cuidado e da sensibilidade. O acolhimento é um diferencial transformador da educação sobre a saúde, não apenas nas necessidades físicas, mas também cognitivas, educativas, emocionais e espirituais da pessoa em situação de desintoxicação química. O enfermeiro desempenha o papel primordial, pois é ele que cuida, orienta, encaminha e acolhe esse adolescente e sua família, promovendo a saúde dos mesmos. O vínculo e o acolhimento aos adolescentes em situação de desintoxicação química devido ao uso do crack devem ser enfocados na reinserção deles na sociedade, através da aceitação ao tratamento e da reabilitação, construindo assim a autoestima de como viver saudável para a reinserção a sociedade. Pois através desse apoio dado pela enfermagem, com o cuidado humanizado, com o acolhimento e o lúdico todos podem ter uma nova chance perante a sociedade, pois acreditamos que esses adolescentes podem viver sem o uso do crack. REFERÊNCIAS: (1) FREIRE P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários á prática educativa. 36 th. São Paulo: paz e terra; 2008. (2) VASTERS, GP; PILLON, SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. Rev. Latino-Am. de Enfermagem, vol 19, nº 2, mar-abr 2011. (3) CANAVEZ, MF; ALVES, AR; CANAVEZ, LS. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. Cadernos UniFOA..Volta Redonda, Ano V, n. 14, p. 53-67, dezembro 2010. (4) MELO M.A.S. concepções de adolescência em Jean Piaget. Psicologado artigos. 2009. Disponível em: http://artigos.psicologado.com/psicologia/desenvolvimento-humano/concepçoes-de-adolescencia-em-jean-piaget. (5) BOEHS, A.E. ; MONTICELLI M.; WOSNY, A.M.; HEIDEMANN I.B. S.; GRISOTTI, M.G. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto contexto enfem, Florianópolis 16 (2):307-14, Abr-Jun 2007.

13718

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA LUIZA BEVILAQUA BRUM

ENTENDIMENTOS DE PROFESSORES SOBRE ADOLESCÊNCIA, SEXUALIDADE E ABORDAGENS DE ENSINO: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO AO ADOLESCENTE

Brumm, ML; Zanatta, EA; Nothaft, SCS; Scaratti, M; Alberton, JA;

Introdução: A adolescência é uma etapa de transição que envolve o aspecto biológico, social e comportamental, vivenciada por cada ser humano de maneira distinta [1]. Dentre esses aspectos destaca-se a sexualidade como sendo um componente essencial para o ser adolescente, transcendendo aspectos meramente biológicos e configurando-se em um fenômeno psicológico e social, ligados fortemente pelas crenças e valores pessoais, familiares, leis morais e tabus da sociedade. Observa-se que as diversas áreas do conhecimento evoluíram no sentido de informação e atendimento integral a este grupo etário, entretanto no que diz respeito à sexualidade nota-se que ainda existem muitos tabus, dúvidas e desconfortos ao tratar do assunto. Sendo assim, percebe-se que a escola, por ser um meio em que os adolescentes convivem por um longo período de tempo, trocam experiências e buscam respostas para suas dúvidas, muitas vezes, assume a responsabilidade de discutir o tema que no contexto familiar não é abordado de maneira esperada. Entretanto, a discussão do tema Sexualidade nas escolas é algo bastante complexo, pois envolve conhecimentos técnicos, habilidades didáticas além de disponibilidade pessoal do professor em abordar o assunto, situação que gera algumas demandas dentre as quais se destaca a necessidade de formação continuada para os educadores, visando esclarecer dúvidas, desmistificar tabus e torná-los mais seguros para abordar o tema sexualidade com os adolescentes de forma interdisciplinar e satisfatória[2]. Objetivos: Conhecer a concepção dos professores sobre sexualidade. Identificar qual o entendimento dos professores sobre a sexualidade do adolescente que frequenta a escola. Conhecer as estratégias utilizadas pelos professores da rede básica de ensino quando discutem o tema sexualidade. Metodologia: Pesquisa qualitativa realizada com 50 professores participantes do subprojeto de extensão Adolescência e Sexualidade: uma abordagem voltada para a integração social, vinculado ao projeto de extensão Interação Universidade e Escola Pública: capacitação de alunos e professores da Educação Básica, contemplado pelo Programa Capes Novos Talentos 2010, edital 33/2010, realizado no Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) no segundo semestre de 2012. Os critérios de inclusão foram: ser professor participante do projeto de extensão, ser atuante em escolas públicas vinculadas à 2ª Secretaria do Desenvolvimento Regional (SDR) de Santa Catarina. A coleta de informações ocorreu por meio de entrevista semi estruturada, com perguntas abertas. A interpretação das informações seguiu a análise temática3, discutidas em duas categorias: concepção dos professores sobre adolescência e sexualidade e estratégias para discussão do tema sexualidade na escola. Resultados: Concepção dos professores sobre adolescência e sexualidade - no decorrer da interpretação dos resultados foi identificado que os educadores possuem dificuldades para conceituar adolescência e sexualidade. Em relação à adolescência suas concepções refletem que essa etapa da vida é marcada por conflitos, indecisões, alterações corporais e hormonais, transformações físicas e psíquicas. No que diz respeito à sexualidade entendem-na como parte integrante e fundamental do ser humano, presente em todos os ciclos da vida, gênero, prazer e emoções. Também relacionam a sexualidade ao corpo referindo-se assim á mudança e desenvolvimento corporal vividos nessa fase, como o desenvolvimento dos órgãos sexuais e características secundárias do processo do adolescer. Outras concepções vincularam a sexualidade aos valores, comportamentos, questões psicológicas e inerentes ao ser humano. Estratégias para discussão do tema sexualidade na escola - quando indagados sobre as estratégias utilizadas em sala para discussão do tema

sexualidade os educadores declaram possuir dificuldades para conduzir o tema. Apontam a ausência de material didático e com isso conduzem os adolescentes a esclarecerem suas dúvidas com os professores da área de ciências e biologia. Mesmo assim, declaram que utilizam algumas estratégias quando situações de dúvidas e questionamentos se apresentam, nesses momentos lançam mão das seguintes técnicas: diálogo com os adolescentes, filmes, figuras, leituras e dinâmicas (maquetes do corpo humano, jogos, caixinha de perguntas, desenhos). Desse modo salientam que a escolha dessas metodologias envolve atitudes democráticas e participativas, sincronizadas com o interesse dos adolescentes, permitindo que manifestem suas dúvidas e sintam-se parte do processo ensino-aprendizagem. Conclusão: Os resultados da pesquisa revelam que há necessidade de efetivar parcerias entre as áreas da educação e saúde para efetivar o cuidado ao adolescente na sua integralidade, visando gerar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Destaca-se que quando o objetivo é cuidar da saúde dos adolescentes, é oportuno pensar em estratégias, que efetivamente envolvam os diferentes atores responsáveis pela construção e troca de informações. Nesse contexto, a universidade pode contribuir com a elaboração de projetos que oportunizam a construção de novos conhecimentos pautados na troca, na inovação e na aproximação com a comunidade escolar, fortalecendo as redes de apoio nos diferentes contextos, sobretudo quando se trata de construir um conhecimento específico como é o caso da sexualidade. Implicações para a Enfermagem: No campo da saúde observam-se fragilidades no cuidado à saúde do adolescente, especialmente no que diz respeito à inexistência de políticas e programas que o considerem na sua integralidade, condição que reflete na atuação dos profissionais de saúde, em específico dos profissionais de enfermagem, que por vezes, encontram dificuldade de planejar ações que vão ao encontro das necessidades do adolescente. Nesse contexto, torna-se necessário empreender um debate contínuo nos diferentes campos do saber, reforçando a necessidade da escuta ativa, do vínculo, da interação e integração entre saúde e a educação congregando ações de cuidado a saúde do adolescente. O trabalho de educação sexual precisa ser assumido efetivamente pela escola, mas não para repreender a sexualidade, mas sim para mudar visões distorcidas ou negadas[1]. A escola é um espaço de atuação privilegiado para o cuidado em enfermagem, pois é um dos locais em que o adolescente expõe suas duvidas e busca respostas para seus questionamentos. Sendo assim a sexualidade pode ser abordada nesse espaço de forma mais ampla e em parceria com os professores aliando os saberes das duas áreas em prol da construção de conhecimentos. Descritores: Adolescente; Educação em Saúde; Sexualidade. REFERÊNCIAS 1 Moizes JS, Bueno SMV. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2010 [citado em 2012 dez 18]; 44(1):205-212. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a29v44n1.pdf 2 Meyer D, Klein C, Andrade SS. Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. Rev. Educação em Revista [Internet]. 2007 [citado em 2012 dez 18];46:219-239. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/edur/n46/a09n46.pdf 3 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2008; 11(1):407p.

13719

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA LUIZA BEVILAQUA BRUM

A NOTÍCIA DA GRAVIDEZ PARA A ADOLESCENTE E FAMILIARES: ASPECTOS CULTURAIS E REDES SOCIAIS DE APOIO

Brunn, ML; Moretti, CA; Zanatta, EA; Nothaft, SCS; Guimarães, AN; Ferraz, L;

Introdução: Identidade, amigos, família, corpo, papel social, tudo muda na adolescência. É uma fase do desenvolvimento humano que se caracteriza pelas transformações biopsicossociais. Nessa época, o adolescente vive um momento em que ele tenta deixar para traz situações que remetem a infância para ingressar no mundo dos adultos. A gravidez trás para a adolescente, que de menina se torna mulher, uma série de mudanças fisiológicas características da gestação, além de modificações corporais e emocionais próprias da adolescência1. É sabido que existem muitas publicações sobre esse fenômeno, contudo, pelas múltiplas facetas que envolvem a gravidez na adolescência, torna-se fundamental conhecer os aspectos culturais e as redes sociais de apoio que envolvem a gestação na adolescência. Objetivos: Descrever a sucessão de eventos vivenciados por adolescentes ao receberem a notícia da gravidez e identificar as redes sociais de apoio e os fatores culturais que envolvem as adolescentes diante da notícia da gravidez. Metodologia: Pesquisa qualitativa realizada com nove adolescentes gestantes na idade de 13 a 19 anos, que realizavam consultas pré-natais em uma Clínica da Mulher localizada no oeste de Santa Catarina. Os instrumentos de coleta de informações foram: entrevista semiestruturada apoiada no Jogo das Sentenças Incompletas1 e ecomapa2. A entrevista foi composta por treze sentenças que objetivaram contemplar como a adolescente recebe a notícia da gravidez, a reação da família e do parceiro, o significado que a gravidez teve para a adolescente e os cuidados dispensados na gravidez. Através do ecomapa, elaborado pela adolescente, buscou-se identificar as principais redes sociais de apoio que cercam a gestante e a influenciam no processo de gestar. A interpretação das informações foi realizada a partir da Análise de Conteúdo Temática3 e as categorias emergidas foram discutidas a luz da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger4. Foram obtidas três categorias: eventos vivenciados pelas adolescentes ao receberem a notícia da gravidez, redes sociais de apoio à adolescente gestante, e o cuidado com a gravidez. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Comunitária Regional de Chapecó, sob número 251/12. Resultados e Discussão: Eventos Vivenciados por Adolescentes ao Receberem a Notícia da Gravidez: verificou-se que a notícia gera na adolescente gestante diversos sentimentos que se mesclam entre tristeza e felicidade, com interfaces de pavor, choque e a vontade de ser mãe. O desejo de ser mãe se sobressai entre os demais sentimentos, entendido como algo instintivo, associado aos atributos do ser feminino e estar grávida é uma oportunidade de realizar mudanças na vida das adolescentes, pois irão constituir uma família de fato. Culturalmente, gerar um filho para essas adolescentes significa mudança no seu status social, elas passam a ser vistas de forma diferente pela família e pela sociedade, por ter um companheiro fixo que supostamente irá sustentá-la, terão suas próprias casas e assumirão novas responsabilidades com o lar, reproduzindo assim o modelo dos pais que também foi reproduzido nas gerações anteriores. Nesse contexto sociocultural, a gestação é supervalorizada porque é atribuído a elas oportunidades disponíveis em seu meio, uma vez que ser provedora do lar torna-se uma alternativa por elas vislumbrada5. Redes Sociais de Apoio à Adolescente Gestante: identificou-se as seguintes redes sociais de apoio: mãe, pai, marido/namorado, irmã, avó, parentes, sogros, madrasta, vizinha, amigos, espaços de lazer, trabalho, escola, igreja e serviços de saúde. Essas redes oferecem apoio social, que as auxilia no enfrentamento de problemas e repercute em uma gestação tranquila. As relações com o marido/namorado e a mãe foram consideradas fortes e importantes, visto que influenciam o cuidado com a gestação da

adolescente. A escola apareceu como relação moderada, pois seis das nove adolescentes ressaltaram que tiveram que deixar de estudar em virtude de terem engravidado, e dessas, três demonstraram interesse de retomar os estudos após o nascimento do filho, as quais contam com o apoio da mãe e a possibilidade de ter alguém para deixar o filho para efetivamente ocorrer esse retorno. A relação com os serviços de saúde apresentou-se fraca, pois se percebeu que o sistema profissional de saúde não foi visto como fonte supridora de apoio, se restringindo apenas as consultas de pré-natal. O Cuidado com a Gravidez: identificou-se que há referência ao cuidado materno, ou seja, a adolescente pretende se espelhar no modelo da mãe para cuidar de si e do seu filho. Desse modo, notou-se que é um cuidado compartilhado e perpetuado no meio em que vivem. As mães são para as adolescentes a fonte inspiradora e apoiadora quando se trata de cuidados com recém-nascido, considerado período de dependência de alguém mais experiente, as quais dão suporte emocional e prático5. Conclusão: a utilização da Teoria Transcultural de Leininger e o ecomapa possibilitou visualizar as redes sociais de apoio que envolvem a adolescente no processo de gestar, além de fatores cultuados no meio familiar e social que influenciam o modo como as adolescentes recebem a notícia da gravidez e conduzem os demais eventos que se sucedem na gestação. Percebeu-se que a gravidez apesar de causar um impacto no primeiro momento, passa a ser desejada e aceita pelas adolescentes e seus familiares. Aflora o desejo de ser mãe e de constituir uma família, de satisfazer o anseio do companheiro em ser pai, e a mudança de status. A gravidez é vivenciada como algo que faz parte de seus cotidianos, não havendo surpresa para os atores envolvidos. É de certa forma esperada no ambiente onde vivem e aceita por todos, a partir do momento que os relacionamentos com o parceiro tornam-se estáveis. Implicações para a enfermagem: esses resultados apontam que a gravidez na adolescência é um evento influenciado pelo contexto social e cultural, e os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem atentar-se para essa questões ao assistir a adolescente no seu ciclo gravídico, sobretudo valorizando os valores e hábitos familiares para desenvolver um cuidado congruente com a cultura de cada um4. Descritores: Adolescência; Gravidez; Rede Social. Referências: 1 Mazzini MLH, et al. Mãe adolescente: a construção de sua identidade materna. Rev.Ciência, Cuidado e Saúde [Internet]. 2008 [acesso 2011 set 25];7(4):493-502. Disponível em: http://repositorio.furg.br:8080/xmlui/bitstream/handle/1/1506/M%C3%A3es%20adolescentes%20a%20constru%C3%A7%C3%A3o%20de%20sua%20identidade%20materna.pdf?sequence=1 2 Agostinho M. Ecomapa. Rev. Port. Clin. Geral [Internet]. 2007 [acesso 2011 nov 14];23:327-30. Disponível em: http://dc397.4shared.com/doc/D8AWH1Es/preview.html 3 Minayo MCS (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis - RJ: Vozes; 2010 4 Leininger MM, McFarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2. Ed. Canada - USA: Jones and Bartlett Publishers; 2006 5 Danieli GL. Adolescentes grávidas: percepções e educação em saúde [Dissertação]. Santa Maria - RS: Universidade Federal de Santa Maria; 2010

14274

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIANA ORIQUES BITTENCOURT

RELAÇÕES FAMILIARES E VIOLENCIA: PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DA REGIÃO OESTE DE SANTA MARIA

Bittencourt, MOB; Kettermann, KOK; Oliveira, MPO; Barcelos, LMB; Costenaro, RGSC;

INTRODUÇÃO: A família é o primeiro núcleo de socialização que a criança/adolescente convive e aprende ao longo dos seus primeiros anos de vida. Sendo esta um espelho para sua formação e seu caráter. "Ela realiza então, na sua esfera, a socialização primária, processo através do qual padrões, valores, normas de conduta são transmitidos à geração mais nova e assimilados por ela, ou seja, nele se defrontam e se compõem as forças da subjetividade e do social, construindo um indivíduo inserido no grupo, participando de sua cultura, afinado com o momento em que vive"1. A adolescência, na atualidade, é reconhecida por um período vivencial de conflitos, definições, insegurança, vulnerabilidade, contradições e ambiguidades, cujas subjetividades e histórias de vida auxiliam na construção das relações societárias, uma vez que irão repercutir nas relações afetivas. "Por fim, vale retomar a concepção de adolescência e juventude como potencial de transformação da sociedade, pelas condutas desafiadoras, pela inconformidade com a ordem vigente e pelas manifestações culturais que propicia"2. É importante ressaltar que na infância/adolescência, qualquer situação traumática pode somatizar graves consequencias ao longo da vida do sujeito, tanto no âmbito físico, psicológico, moral e social. E neste sentido, a violência contra o adolescente bem como uma sexualidade agressiva, precoce ou imposta pode vir a acarretar danos irreversíveis e que vão afetar o modo de viver quando adulto. METODOLOGIA: Abordagem qualitativa, embasada na metodologia de pesquisa: cuidado em grupo (MPCG)3. OBJETIVO:Identificar a percepção dos escolares adolescentes, com idade entre 9 e 14 anos a cerca das relações familiares e violência; Promover reflexões e discussões sobre os temas socializados e mencionados nos encontros. RESULTADOS: "Desde 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a violência como um problema de saúde pública e dá destaque à importância do seu reconhecimento precoce e do atendimento eficaz para a prevenção de dificuldades na vida adulta. A OMS a define violência como: O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação"4. Tendo em vista este conceito, percebe-se que se o adolescente que sofreu qualquer tipo de violência, após o episódio não recorrer a nenhum tipo de atendimento, tanto para tratar do físico quanto do psicológico que também ficará doente, irá sofrer com isso ao longo da vida podendo afetar a forma de relacionar-se e encarar a vida. "Além disso, a família exerce um papel importante na vida dos indivíduos, sendo um modelo ou um padrão cultural que se apresenta de formas diferenciadas nas várias sociedades existentes e que sofre transformações no decorrer do processo histórico-social. Assim, a estruturação da família está intimamente vinculada com o momento histórico que atravessa a sociedade da qual ela faz parte, uma vez que os diferentes tipos de composições familiares são determinados por um conjunto significativo de variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas, religiosas e históricas. Nesse sentido, para se abordar a família hoje é preciso considerar que a estrutura familiar, bem como o desempenho dos papéis parentais, modificaram-se consideravelmente nas últimas décadas"5. Participaram da pesquisa 15 adolescentes com idade entre nove e 15 anos. A ocupação dos pais é bastante diversificada: serviços gerais, catadores de recicláveis, caminhoneiro, contabilista e presidiários. A ocupação das mães também variou entre: domésticas, do lar, catadoras de recicláveis e aposentadas por invalidez. As questões abordadas com as adolescentes foram: Qual o significado de familia para você? Para dez adolescentes a

família significa tudo na vida e relacionam esse tudo com o amor e união; cinco colocam que família significa carinho, companheirismo e vida. Dentre os aspectos positivos vivenciados na família surgiram: união, amor, respeito, diversão e confiança. Todas as adolescentes participantes da pesquisa possuem um membro da família com o qual se identificam e confiam mais. Ficando evidente que este familiar é visto por elas como um pilar onde podem se apoiar e um exemplo a seguir. Os aspectos negativos vivenciados pelas adolescentes incluem: brigas, violência (verbal e física), distância entre os membros da família, falta de limites, falsidade e mentiras. Ficando evidente que as brigas estão presentes em 100% das famílias destas adolescentes pesquisadas, assim como a violência física e verbal. CONCLUSÃO: por meio destes dados, pode-se compreender melhor sobre a realidade e percepção das adolescentes no âmbito familiar. Evidenciou-se que, mesmo com as dificuldades diárias enfrentadas pelas mesmas como, fatores econômicos, sociais, psicológicos e nas relações intra-familiares, as adolescentes sabem lidar com facilidade a esses impasses. Ainda que inseridas em um ambiente com tantas problemáticas, torna-se é visível a valorização de pelo menos um ente na família, que é visto como exemplo a ser seguido pelas adolescentes, o que é de extrema relevância, já que assim as mesmas terão uma base mais forte e sólida para um bom desenvolvimento pessoal. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Portanto, conclui-se, que é de suma importância a discussão dessa temática tendo a enfermagem como uma ponte, para que possamos explorar uma nova realidade, diferente da que estamos inseridos, dialogando e discutindo assuntos que sirvam de subsídios para a vida dessas adolescentes sobre determinados assuntos, beneficiando-as e até sanando dúvidas sobre a saúde e bem estar das mesmas e salientando sobre a importância das relações familiares. DESCRITORES: Escolares, Violência, Enfermagem REFERÊNCIAS: 1. Biasoli-Alves ZMM. Família - socialização - desenvolvimento. Tese de livre docência, faculdade de filosofia, ciências e letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995. 2. Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP, Malaquias J, Santos NC, Oliveira RVCA. Representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva. v. 8, n. 3, p. 669-680, 2003. 3 Costenaro RGS.; Rangel RF.; Lacerda MR. Metodologia de pesquisa: cuidado em grupo. In COSTENARO, LACERDA, Maria R. Cuidado ao Cuidador: teias de possibilidades de quem cuida. Porto Alegre, Editora Mória, 2012. 4. Carvalho LS. A violência sexual na adolescência: significados e articulações. Rio de Janeiro, março de 2012. Tese defendida e aprovada em 28 de março de 2012. 5. Osório LC. Família hoje. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996

13874

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIANE JAQUELINE VOLKWEIS

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Volkweis, MJV; Vaccari, AV; Maldaner, LCM; Pavani, KKGP; Schutz, RS; Lemos, SPL;

A Sexualidade tem grande influência em nossa vida, é uma fonte de prazer que nos acompanha do nascimento até a morte. Está ligada a valores, culturas, ciência e sentimentos1. Na adolescência, ocorrem as principais mudanças físicas e hormonais, ocorrendo descobertas e experimentações. Neste período, é que se faz necessária a educação em saúde incluindo adolescente, comunidade escolar, pais abordando assuntos como DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis e gravidez. Objetivo: Verificar a importância do trabalho do Enfermeiro na educação sexual durante a adolescência. Metodologia: Revisão bibliográfica, com seleção um Manual de Diretrizes, um Guia, três artigos científicos nacionais com os seguintes descritores: Educação Sexual; Sexualidade; Adolescente e um livro da área3. Os artigos utilizados compreendem os seguintes critérios: publicação nos anos de 2010 a 2012, contendo ao menos um dos descritores pré-estabelecidos e livre acesso em meio eletrônico ou publicação. Período da coleta dos dados: julho e agosto de 2013. Resultados: A necessidade de abordar o assunto é de suma importância para que a vida sexual se torne mais saudável, pois o apelo erótico está presente no dia-a-dia. A necessidade de formação e informação se faz necessária tanto para educadores, profissionais da saúde e sociedade, pois todos são responsáveis pela formação de conceitos. A família envolvida no processo fará com que o adolescente exerça melhor o reconhecimento de sua sexualidade. Questões como homossexualidade, são pouco abordados. Conclusão: É grande a importância da educação sexual aos adolescentes no âmbito da escola, família, serviços de saúde, necessitando uma formação específica de profissionais atuantes com o público alvo habilitando-os para a educação, esclarecimento de tabus, crenças melhorando assim o conhecimento e a conscientização dos adolescentes. Outro fator importante é a criação de espaços onde os adolescentes se sintam acolhidos utilizando-os como ferramenta para sua própria orientação e cuidado com o corpo.

14676

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARILENE NEVES DA SILVA

O CONHECIMENTO E O ENSINO SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ENTRE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO

Silva, MN; Velho, PENF;

Introdução: As doenças sexualmente transmitidas (DST) vêm aumentando entre os jovens. Elas são subdiagnosticadas e constituem importante causa de morbimortalidade, representando elevado custo socioeconômico. A presença de outras infecções aumenta enormemente o risco de contrair o vírus da imunodeficiência humana, o HIV. As DST são mais prevalentes entre jovens de 14 a 29 anos e os estudantes do ensino médio constituem população altamente exposta a contrair essas doenças, muitas vezes sendo portadores assintomáticos. Além do impacto individual, estudantes que recebem informação sobre o tema podem atuar como agentes de informação para outros indivíduos da faixa etária de maior risco e para toda a sociedade.Segundo a Organização Mundial da Saúde, as DST são a principal causa global de doença aguda, infertilidade e, a longo prazo, de invalidez e morte, com graves conseqüências médicas e psicológicas para milhões de homens, mulheres e crianças. Objetivo: Este estudo objetiva revisar a literatura sobre o tema a fim de analisar o do conhecimento/desconhecimento sobre as DST dos estudantes de ensino médio sobre essas doenças. Método: Revisão crítica sobre o tema analisando as bases de dados da Bireme, Medline e Pubmed. Resultados: Os dados encontrados permitiram definir estratégias de prevenção, aplicáveis em instituições de ensino. A pesquisa permitiu também identificar sub-populações de maior risco a serem priorizadas em futuras campanhas de prevenção. Conclusões: O ensino no Brasil deve ser bastante abrangente e deve capacitar futuros profissionais como cidadãos aptos a participar do desenvolvimento da sociedade e estimular o conhecimento dos problemas do mundo.Espera-se que o cidadão-estudante seja educado socialmente, independente de área de conhecimento de sua formação.

14665

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARTA MONTEIRO GONÇALVES

PALESTRA SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE BELÉM: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Gonçalves, MM; Almeida, RM;

INTRODUÇÃO: De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira, 2006(1) uma alimentação saudável tem como enfoque prioritário o resgate de hábitos alimentares regionais, culturalmente referenciados e de alto valor nutritivo, e de padrões alimentares variados. Promover a alimentação saudável por todo o curso da vida contribui para a redução de prevalência de todos os tipos de doenças relacionadas à alimentação, tais como obesidade, diabetes, doenças cardíacas e câncer e também deficiências nutricionais e doenças infecciosas(2).OBJETIVO: Este trabalho objetivou alertar para a importância de uma boa alimentação. METODOLOGIA: Relato referente à experiência dos acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Pará - UFPA do 2º ano de Enfermagem, durante o Estágio-Prático da Atividade Curricular: Processo Educativo em Enfermagem II, foi realizada uma palestra sobre Alimentação Saudável para 30 alunos da 6ª serie de uma escola pública em Belém, PA, em 2013. Na palestra foram abordados alguns assuntos como: alimentação saudável, pirâmide alimentar, Índice de Massa Corporal (IMC), prevenção de doenças, importância da atividade física. Logo após a apresentação, realizamos uma dinâmica com perguntas e respostas sobre os assuntos abordados. Todos os alunos estavam em círculo, passando um balão que tinha uma pergunta, uma música estava tocando e ao parar de tocar o aluno estourava o balão e respondia a pergunta. No final entregamos uma fruta com um informativo nutricional do alimento para cada aluno. RESULTADOS: Percebeu-se que o profissional de saúde deve incentivar às pessoas a adquirirem hábitos saudáveis para fazer escolhas saudáveis sobre sua vida, o que contribui para mudanças que favorecem a melhoria na qualidade de vida.CONCLUSÃO: Conclui-se que a educação em saúde visa melhorar a sua qualidade de vida, sendo assim está muito além daquilo que a pessoa pode fazer por si própria. Envolve o controle, a liberdade e responsabilidade desse sujeito.

14076

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MOARA ÁVILA DE JESUS

MOTIVOS QUE DESENCADEIAM VIOLÊNCIA ENTRE MOÇAS E RAPAZES DE UMA ESCOLA DA PERIFERIA DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS

Jesus, MAJ; Cazeiro, CCC; Mattos, MBM; Gomes, VLOG; Fonseca, ADF;

INTRODUÇÃO: Adolescentes constituem um grupo vulnerável a diversos tipos de violência, visto que passam por um período de crescimento envolvendo transformações biológicas, psicológicas e sociológicas que lhes confere características peculiares1. Sentem a necessidade de confrontar, de ultrapassar limites, ficando suscetíveis a diversos comportamentos de risco, como o uso de álcool e drogas, a exposição a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e violência. O atual panorama epidêmico da violência entre adolescentes é especialmente grave, estima-se que de 31 a 50% dos adolescentes participam de brigas com agressão física2. Os adolescentes masculinos são os principais autores e as maiores vítimas de agressões, o que está intimamente relacionado com o seu papel do gênero. Na sociedade ocidental o conceito de gênero surgiu da necessidade de diferenciar as características biológicas das sociais e está ligado à construção social do masculino e do feminino. Portanto, pelo papel atribuído ao gênero masculino, os rapazes são impulsionados à agressividade e à competição, sua socialização se faz, geralmente, no caminho da autossuficiência, na ocultação das emoções e na ausência de busca por ajuda em momentos de sofrimento. De maneira inversa, é esperado do papel feminino, submissão e conformidade3-4, não demonstram, na maioria das vezes, agressividade, porém, podem usar outras estratégias para o enfrentamento de conflitos. OBJETIVO: Conhecer os motivos que levam moças e rapazes a se envolverem com violência. METODOLOGIA: Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma Escola Estadual da área urbana da cidade do Rio Grande/RS. Colheram-se os dados em abril de 2013, por meio de entrevistas semi-estruturada, individuais, realizadas junto a 20 adolescentes, com idades entre 18 e 19 anos, estudantes do ensino médio do turno da noite. As entrevistas foram, gravadas e transcritas. Adotou-se para análise a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que consiste em redigir com as ideias centrais dos relatos dos diferentes sujeitos, à semelhança de um quebra cabeças, um discurso síntese, na primeira pessoa do singular, concentrando a ideia do coletivo em único discurso5. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) sob parecer número 46/2013. RESULTADOS: Os resultados revelam os motivos que dão origem a comportamentos violentos de moças e rapazes, bem como as consequências destas situações para ambos. Ideia central: As moças se envolvem em comportamentos violentos por implicância e intrigas. DSC: Ela mentiu numa coisa que eu sei que ela fez, mas disse que não fez e também porque ela mexia comigo por nada, eu não tinha feito nada pra ela. Ela não gostava de mim. Simplesmente isso. Eu fui tirar satisfação e a gente começou a brigar. Eu olhava pra cara dela e ria, por que eu não sabia o que fazer, eu não sei brigar. Evidencia-se no discurso que as moças agridem de forma mais indireta, porém não menos destrutiva. Preferem armar situações em que a vítima se sinta incomodada, ou tenha sua imagem deturpada por intrigas e/ou perseguição. Ideia Central: Alguns comportamentos das moças podem também desencadear agressão física. DSC: Aí ela pegou, olhou pra mim e disse que ia me "cagar a pau". Só que ela é bem mais forte do que eu, aí veio me bater, queria bater a minha cabeça no cordão da calçada e se não fosse o meu ex-namorado, acho que eu não estaria mais aqui hoje. Ideia Central: Os rapazes brigam para defender a namorada, os amigos e a sua honra. DSC: Foi por ele ter falado de mim e porque tava enchendo meu saco. Brigo também por roubo e para defender meu irmão e amigos. A gente começou a brigar e entrei só na defesa, aí o professor chegou e resolveu a situação. Já briguei dentro de uma festa

também, começou tudo na brincadeira, aí comecei a "xingar" porque o cara queria tocar na minha namorada. Normalmente brigo por mulher, alcoolismo, coisas desse tipo. Ideia central: As consequências do envolvimento em atos violentos por moças geralmente é denunciado às autoridades. DSC: Fiquei toda machucada e desde aí fiquei meio... sei lá. Minha mãe ficou muito brava. Processei ela, a mãe, a irmã e o pai dela. Aí ela parou de mexer comigo. Ideia central: Os rapazes se mostram arrependidos após a agressão. DSC: Envolveu os pais. O guri saiu muito mal, acabei machucando muito ele e me arrependi. Perdi a cabeça, saí de mim. Apertei tanto que ele saiu roxo. Nunca fui de agredir, mas ele me "tirou", veio me dar socos. CONCLUSÃO: Observa-se que os motivos que levam moças e rapazes a se envolverem em situações violentas são diferentes e repercutem de maneira distinta na sociedade, reafirmando que questões de gênero estão imbricadas em seus comportamentos. Enquanto as moças se envolvem por intrigas e implicâncias, os rapazes brigam para defender sua honra, a namorada e os amigos. Tanto nas moças quanto nos rapazes, os motivos podem desencadear a agressão física, porém nos rapazes costuma ser mais frequente e mais grave. Geralmente está associada à impulsividade e a necessidade de mostrar sua força e poder. CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A atuação do enfermeiro é de extrema importância dentro do ambiente escolar, local privilegiado para a realização de atividades de educação em saúde com adolescentes e jovens. No entanto é preciso capacitar os profissionais, pois esses necessitam estar cientes de que esta fase tem inúmeras peculiaridades, entre elas a vulnerabilidade. É imprescindível que situações desencadeadoras de estresse e de instabilidade emocional, sejam problematizadas e auxiliem na tomada de decisão quando se depararem com situações violentas. Assim, um elo de ligação entre a escola e a Unidade Básica de Saúde é fundamental para o desenvolvimento conjunto de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Tais atuações podem reduzir a violência evitando sequelas, muitas vezes, irreversíveis. Além disso, tais ações podem servir de suporte para vivenciarem a adolescência de forma segura e saudável. DESCRITORES: Adolescente. Violência. Enfermagem. REFERÊNCIAS 1- Melo EM, Melo EAM, Pimenta SMO, Lemos SMA, Chaves AB, Pinto LMN. A Violência rompendo interações. As interações superando a Violência. Revista Brasileira de Saúde materno Infantil. vol.7 no.1 Recife Jan./Mar. 2007. 2- Silva RA et al. Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(12):2737-2745, dez, 2009. 3- Fonseca AD, Gomes VLO. Manifestações de gênero no processo de adolescer. Acta Scientiarum (UEM), Maringá, v. 26, n.1, p. 231-237, 2004. 4- Toquette SR, Vilhena MM. Adolescência, gênero e saúde. Adolesc Saúde. 2006; 3(2): 6-9. 5- Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS): Educs; 2005.

14197

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NATALYA GARCEZ LEAL BRILL

SEXUALIDADE E VIOLÊNCIA: PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES ESCOLARES

Brill, NGLB; Constenaro, RSC; Conrado, AC; Aita, BAA; Salla, IDSS; Seixas, LMS;

INTRODUÇÃO- Na contemporaneidade, pode-se afirmar que a adolescência, é reconhecida por um período vivencial de conflitos, definições, insegurança , vulnerabilidade,contradições e ambiguidades, cujas subjetividades e histórias de vida auxiliam na construção das relações societárias, uma vez que podem repercutir nas relações afetivas. Portanto, é importante repensar a concepção de adolescência e juventude como importante potencial de transformação da sociedade, devido ás condutas desafiadoras, pela inconformidade com a ordem vigente, pelas inumeráveis possibilidade que instigam os adolescentes a criação e operacionalização de condutas inovadoras e pelas manifestações culturais que estas situações propiciam 1. Embora a violência esteja presente em todas as camadas sociais, é relevante ressaltar que a pobreza, de uma forma geral, aumenta a incidência de doença mental bem como a possibilidade de condutas violentas contra as crianças. A pobreza aumenta em 22 vezes o risco de maus-tratos, 56 vezes, o de negligência educacional e 60 vezes, o risco de morte por abuso e/ou negligência 2. O aprendizado constitui-se na familiarização de representações, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual 3. Por esta razão a sexualidade é também um dos assuntos vistos como pertinente para esta pesquisa, visto que o grupo com o qual será realizada a pesquisa é formado por adolescentes. OBJETIVO identificar a percepção dos escolares adolescentes, com idade entre nove e 14 anos a cerca de sexualidade e violência; Promover reflexões e discussões sobre os temas socializados e mencionados nos encontros. METODOLOGIA Esta pesquisa de abordagem qualitativa, foi embasada na metodologia de pesquisa: cuidado em grupo 4 (MPCG) é um método de cuidado associado à pesquisa, e vice-versa, pois se cuida pesquisando e se pesquisa cuidando. Considerando que para realizar o cuidado utilizou-se um método científico de abordagem, bem como este princípio rege a pesquisa. Salienta-se que a metodologia de pesquisa: cuidado em grupo emergiu a partir das vivências das pesquisadoras em um grupo de adolescentes de uma escola pública. Ressalta-se que o referido grupo era realizado pelo projeto de extensão que tinha como objetivo promover a Saúde na Escola. Os dados foram coletados no mês de março de 2013, por meio de uma entrevista semi-estruturada, a qual abordou as relações familiares, Participaram da amostra 15 adolescentes escolares que frequentavam o ensino fundamental de uma escola municipal, no Bairro Alto da Boa Vista, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Após, a entrevista, os dados foram, analisados e discutidos entre o grupo, os quais foram, posteriormente, argumentados com estudiosos da área. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) com registro na CONEP nº 1246 e Registro CEP/UNIFRA nº 410.2011.2. RESULTADOS A pesquisa foi realizada com 15 meninas de classe médio-baixa da região oeste de Santa Maria. A adolescência, período compreendido entre as idades de 10 a 19 anos 5. O grupo de adolescentes, chamado grupo Beija Flor, de uma escola Municipal de Santa Maria-RS, tem sido foco para realização de atividades que priorizam por minimizar o número de adolescentes grávidas.A questão da sexualidade mudou tão rapidamente que deixou muitos pais perdidos, sabendo que provavelmente estes pais também foram criados em periferias e que há tempos atrás esse assunto não era de amplo espectro concluímos que suas experiências não tenham sido boas e que não saibam passar conselhos para os filhos, é nesta hora que apontamos a importância do grupo Beija Flor no desenvolvimento dessas crianças.A partir de então entramos nas questões de sexualidade e violência, quando questionamos as meninas sobre o que era a sexualidade para elas, obtemos respostas diretas e notamos a necessidade de

abordá-lo de forma tranquila para obtermos vinculo e assim realizarmos nossa pesquisa com sucesso.O sexo tornou-se um assunto muito discutido nos tempos atuais, para muitos jovens o sexo é um meio de se tornar independente, porém esta fase de ampla importância está chegando muito cedo às vidas de crianças vulneráveis e de uma forma grotesca.Sendo assim notamos a importância do trabalho realizado com o grupo de adolescentes,pois tal identificação é realizada através de encontros periódicos criando-se um vinculo com as participantes e transmitindo confiança,tornando possível o diálogo aberto. Em relação à violência notamos que o maior índice é de brigas no contexto familiar, esse resultado mostra que ainda se tem a agressão como principal forma de punição tanto para os filhos quanto para a mulher. O fato de a violência doméstica ter um alto resultado aponta-se as varias consequências como à quebra de vínculo afetivo entre os adolescentes e seus responsáveis. Na nossa sociedade atual a violência é um fato visto e sentido em qualquer lugar e por qualquer um de nós, principalmente em periferias onde o trafico de drogas e roubos é a fonte de renda da grande maioria. Como, por exemplo, ficou claro para nós a proximidade que o grupo de adolescentes possui com a criminalidade e a violência,sendo que algumas delas nos descreveu os motivos de execuções realizadas devido á dívidas que usuários de drogas adquirem ou por disputas entre traficantes,além de as entrevistadas já presenciaram ou conhecem alguém que tenha sofrido algum tipo de violência seja estupro,espancamento ou semelha. CONCLUSÃO Através dos encontros realizados interagiu-se com as adolescentes, e foi possível aprender com elas, pois é uma realidade diferente da que estamos acostumadas, conseguimos criar o vínculo com elas a partir do diálogo, sem julgá-las, sempre aprendendo a entender as escolhas e condições de vida de cada indivíduo que não é único que se faz numa coletividade. Assim, conseguiu-se o vínculo com as adolescentes no momento em que estas se sentiram acolhidas, sem indiferença, nem preconceito, fazendo-se ouvintes de seus anseios, preocupações e necessidades, compartilhando nossos conhecimentos, assim sanando as duvidas de cada uma.Através do diálogo pode-se adquirir e transmitir confiança, conhecimento, sentimentos, isto é, um desafio de aprendizagem, de abertura, mas apenas dessa forma é possível aprender e realizar compartilhar de conhecimento independente do indivíduo com quem se está dialogando.CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM Dessa forma percebemos o quanto é importante para a enfermagem a criação do vínculo enfermeiro-cliente com as adolescentes da comunidade Alto da Boa Vista na participação para o esclarecimento de suas dúvidas em relação a sexualidade e a família.DESCRITORES:Enfermagem,Adolescência e Violência.REFERENCIAS:1.Assis s g,Avanci j q, Silva cmfp,Malaquias j,Santos n c,Oliveira r v c a representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva. v. 8, n. 3, p. 669-680, 2003.2. Day V P, Telles l e b., Zoratto p h, Azambuja m r f, Machado d a Silveira m b, Debiaggi m, Reis m g, Cardoso r g & Blank p. (2003). Violência Doméstica e suas Diferentes Manifestações. Revista de Psiquiatria,v.25, n.1, 9-21.3. Heilborn m l, Aquino e m l, Bozon m, Knauth d r.O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.4 COSTENARO, R.G.S.; RANGEL, R.F.; LACERDA, M.R. Metodologia de pesquisa: cuidado em grupo. In COSTENARO, LACERDA, Maria R. Cuidado ao Cuidador: teias de possibilidades de quem cuida. Porto Alegre, Editora Mória, 2012.5. World Health Organization (WHO). Health topics: adolescent health. Geneva: WHO; 2010. [acessado 2010 jan 30].

14317

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PAOLA SOUZA CASTRO WEIS

EDUCAÇÃO SEXUAL PARA JOVENS E ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM PARTICIPATIVA

Weis, PSC; Neves, ET; Zamberlan, KC; Neves, AT;

Introdução: A prática da educação em saúde deve ser desenvolvida de modo a ser um comprometimento com a transformação da realidade e da busca do desenvolvimento da autonomia dos sujeitos1. A educação deve partir de todos, visto que cada um tem uma história de vida e uma concepção diferente das coisas, devemos partilhar o conhecimento para que haja crescimento, não apenas intelectual, mas também cultural.Destaca-se, ainda que o enfermeiro possui uma prática intimamente ligada às intervenções educativas, levando em consideração a recuperação, prevenção e as necessidades de ensino do paciente2. Existem diversas técnicas de ensino, que estimulam a aprendizagem, quando adequadas às necessidades dos aprendizes. Neste projeto desejamos buscar na educação em saúde uma forma de mobilizar o adolescente para a importância do cuidado com a sua saúde sexual. Segundo o Ministério da Saúde (2013)3, a adolescência é vista como uma fase de vulnerabilidades e potencialidades, estando susceptíveis a doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez precoce. A enfermagem tem papel fundamental na educação em saúde, pois tem acesso facilitado aos adolescentes que muitas vezes se sentem envergonhados de conversar sobre o assunto com os pais e professores. Educadores da área da saúde obtêm o conhecimento necessário para intervir nesta realidade, e devem manter um elo de aprendizagem entre escola e unidade de saúde, buscando sempre o aprimoramento do cuidado com esse público tão vulnerável. As doenças sexualmente transmissíveis são cada vez mais frequentes pela vulnerabilidade das relações que se estabelecem entre os adolescentes. A educação sexual trata-se do ensino sobre a anatomia e a psicologia da reprodução humana, bem como do comportamento relacionados ao sexo, neste projeto desejamos ouvir os adolescentes e esclarecer as suas dúvidas aplicando uma educação libertadora e não mais a tradicional, falando abertamente sobre a temática escolhida por eles. A enfermagem está intimamente ligada ao ser humano e preocupada com o seu bem estar e sua qualidade de vida, buscando na educação em saúde alternativas que permitam incentivar os jovens à reflexão crítica de sua realidade, bem como discutir habilidades, trabalhando com inúmeras estratégias de educação em saúde, voltando-se para atividades que propiciem a conscientização de adolescentes para a prevenção das DST.4 Objetivo: refletir sobre a importância da atuação da equipe de enfermagem na educação em saúde com adolescentes nas escolas pública minimizando a sua vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis. Metodologia: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada online, por meio da base de dados LILACS utilizando os seguintes descritores: "Educação em saúde", "Adolescente e "Doenças sexualmente transmissíveis". Foram adotados os seguintes critério de inclusão: texto disponível na íntegra, no idioma português, de forma gratuita e que respondesse a pergunta de pesquisa. Como Marco temporal foi utilizado o ano de 2009 devido ao início da vigência da Lei de nº 60/2009 que estabelece a inclusão da educação sexual nas escolas publicas e privadas de todo o território Nacional. Após a seleção dos artigos de acordo com sua relevância, foi realizado o fichamento das obras com a construção de um quadro sinóptico para melhor organização e análise dos dados. Resultados e Discussão: A partir da análise dos artigos encontrados, foi possível visualizar e demonstrar a importância das ações educativas da enfermagem na escola com o fim de promover a saúde e prevenir as doenças sexualmente transmissíveis.O conhecimento acerca dos métodos contraceptivos entre os adolescentes é limitado, ficando evidente que os jovens só estão familiarizados com as pílulas anticoncepcionais, camisinha masculina e pílula de emergência, e ainda, nestes casos não sabem como utilizar corretamente, exigindo assim uma intervenção na pratica da

educação sexual, buscando a mudança de hábitos. Ainda, pode-se notar que os adolescentes são resistentes e mostram-se totalmente alheios a qualquer ordem imposta, ou seja, os ensinamentos quando repassados arbitrariamente acabam não beneficiando os alunos, apenas mostrando mais uma "regra a quebrar", o que vem ao encontro da pedagogia Freiriana4, a qual a educação não deve ser uma via única, devendo possibilitar condições para a construção mútua do conhecimento, junto com o sujeito, onde ambos aprendem. A utilização da educação como uma forma de cuidar na enfermagem transcende os preceitos básicos do cuidado, pois por meio do educar o enfermeiro potencializa a capacidade de cuidar, e a utilização desta os capacita a intervir de forma construtiva nas relações desenvolvidas entre os sujeitos, onde um aprende com o outro5.O ambiente escolar ainda é o mais indicado para buscar um diálogo com os adolescentes, por estarem em um local de educação onde buscam sanar todas as suas inquietações, por se tratar de um assunto sério que deve ser trabalhado de forma lúdica para não intimidar os alunos, e estimular a sua participação, esta é ainda uma meta do Ministério da Saúde,de tornar as escolas hábeis a promover a educação sexual e em saúde, conforme a Legislação de nº 60/2009 em vigor.6 Conclusão: Com a metodologia de Paulo Freire é possível trabalhar com o adolescente de maneira lúdica, colaborando com a forma reflexiva deste no comportamento sexual saudável. Priorizando a autonomia dos sujeitos, sua participação, tornando-os independentes na maneira de agir, buscando sua identidade. O profissional enfermeiro, por estar em uma profissão que busca o cuidar, acolher, escutar, demonstra-se apto a atuar no campo da educação, visto que esta educação abrange áreas peculiares, voltada à promoção da saúde e a prevenção de doenças, sendo esta uma implicação para a prática. Descritores: Adolescente; Enfermagem; Educação em saúde. Referências: 1. Neves, E. T.; cabral, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.17, n.3, p.552-60, Jul./Set. 2008. 2. Vila, A.C.D; Vila, V.S.C. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.15, n.6, Nov.-Dec. 2007. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids /Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. - Brasília:Ministério da Saúde, 2013. 4. Freire, Paulo. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 36ª Ed . Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1996. 144p. 5. Beserra, EP, Araújo MFM, Barroso MGT. Promoção da saúde em doenças transmissíveis - uma investigação em adolescentes. Acta Paul de Enferm 2006; 19(4): 402-7

14315

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PAOLA SOUZA CASTRO WEIS

A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES NA ESCOLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Weis, PSC; Neves, ET; Zamberlan, KC; Neves, AT;

Introdução: Segundo o Ministério da Saúde1, a adolescência é vista como uma fase de vulnerabilidades e potencialidades, estando os adolescentes susceptíveis a doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez precoce. Até junho de 2009 haviam registrado 66.114 casos de Síndrome da ImunoDeficiência Adquirida (AIDS)entre jovens de 13 a 24 anos,representando 11% dos casos notificados no país, desde o início da epidemia nos anos 80. Na mesma faixa etária, a transmissão sexual representa 68% dos casos de AIDS notificados e a via sanguínea responde por 23%2. A busca pela educação em saúde partiu após a grande repercussão de dados referente à incidência de doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes3. A situação é agravada devido à precoce iniciação sexual e a vergonha em solicitar a utilização de métodos de barreira, principalmente pelas meninas, sendo então as maiores afetadas, muitas vezes se infectando já na primeira experimentação sexual.3 A Enfermagem está intimamente ligada ao ser humano e preocupada com o seu bem estar e sua qualidade de vida, buscando na educação em saúde alternativas que permitam incentivar os jovens à reflexão crítica de sua realidade, trabalhando com inúmeras estratégias de educação em saúde, voltando-se para atividades que propiciem a o entendimento dos adolescentes para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST).Objetivo: relatar e discutir a experiência de acadêmicos de enfermagem em prática de educação em saúde com adolescentes sobre educação sexual. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento de atividades educação em saúde em uma escola da zona norte da cidade de Santa Maria com adolescentes, na faixa etária entre 11 e 16 anos de idade Os debates foram realizados por acadêmicas do 7º semestre do curso de Enfermagem no período de abril a junho de 2013. Após reunião e autorização prévia da diretora e coordenação da escola, foram selecionadas as turmas a serem trabalhadas. Realizou-se uma palestra com debate por turma, totalizando cinco momentos. Foram sujeitos da prática todos os adolescentes estudantes da escola, pertencentes a faixa etária estabelecida, das classes escolhidas pela direção, totalizando115 adolescentes. Para a operacionalização das visitas utilizou-se materiais de divulgação, folders e métodos contraceptivos fornecidos pela unidade básica de saúde (UBS) do município. Resultados e Discussão: Após a conversa com os responsáveis da escola, selecionou-se os seguintes assuntos: diferença de gêneros, sexualidade, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis e prevenção. Como objetivos gerais das palestras realizadas, destaca-se: a) a importância do conhecimento do corpo; b) demonstrar métodos contraceptivos; c) estimular o empoderamento dos adolescentes. As palestras foram ministradas em formato de debates com os adolescentes. Para a realização do trabalho, foi previamente aplicado um questionário aos alunos, em que estes responderam questões referentes à sexualidade e às doenças sexualmente transmissíveis, com o intuito de verificar o conhecimento dos adolescentes em relação ao tema. Após a leitura dos questionários elaborou-se as palestras em material de audiovisual para melhor apresentação, respeitando a necessidade de esclarecimento do tema e a expectativa demonstrada por cada turma, sempre respondendo a todas as questões pertinentes. As turmas eram compostas de aproximadamente 23 alunos, totalizando cinco encontros, com duração de duas horas, onde os adolescentes puderam dialogar e tirar suas dúvidas. Inicialmente foi realizada uma apresentação à turma do objetivo das palestras e da importância do conhecimento a cerca da temática, trabalhou-se a diferença de gênero, sexo e sexualidade e anatomia, demonstrando aos jovens as suas diferenças, e os riscos que

implicam as práticas sexuais, por meio de figuras, desenhos e recursos visuais. Posteriormente, foram demonstrados os métodos contraceptivos, e os adolescentes puderam manusear e visualizar os métodos, aprendendo como é feita a utilização e qual o método indicado de acordo com a necessidade, neste momento foram utilizados recursos fornecidos pela UBS da região, tais como preservativos, pílulas anticoncepcional e de emergência, diafragma. Após o conhecimento dos métodos iniciou-se o diálogo referente às DSTs, surgiram às maiores dúvidas, e apesar de muitos alunos demonstrarem conhecimento com os métodos de prevenção, a maioria não sabia em que momento utilizar, as meninas foram as que demonstraram mais conhecimento a cerca dos métodos contraceptivos, enquanto os meninos demonstraram um maior conhecimento em relação às DST, principalmente em se tratando da AIDS; durante os encontros foi apresentada a carteirinha do adolescente, documento fornecida pela UBS aos adolescentes, servindo como registro para todos os acompanhamentos de saúde, e guia no qual o adolescente pode tirar diversas dúvidas. Durante todos os encontros, foi demonstrada a necessidade de conhecimento, e a busca por informações dos jovens, que após as palestras demonstravam uma mentalidade mais amadurecida, e preparada para a prevenção. O conceito de educação em saúde soma-se ao conceito de promoção da saúde, utilizando a educação como uma forma de cuidar, transcendendo os preceitos básicos do cuidado. 4 Assim, ao educar, potencializamos nossa capacidade de cuidar, e capacitamos intervenções de forma construtivo-reflexiva, singular-plural, dinâmico-flexível, num sistema cíclico de relações interpessoais, dentro de uma realidade histórica cultural, em que um aprende com o outro, e este aprender possibilita a transformação de ambos, de quem os rodeiam e do meio no qual estão inseridos4. Na perspectiva de Paulo Freire o profissional deve despir-se de toda sua carga de poder, sua "armadura do saber", e estar aberto aos ensinamentos dos demais, aprendendo com quem ensina, e ensinando com quem está aprendendo 5. Cabe ao profissional, atentar para todas essas questões e atuar com vista à integralidade de suas ações. Assim, as palestras podem possibilitar a autonomia do sujeito, pois a dignidade e a identidade do educando tem de ser respeitada, caso contrário, o ensino tornar-se-á "inautêntico, palavreado vazio e inoperante" (p.69)5. E isto só é possível, considerando o saber da experiência feita dos educandos.Conclusões: Conclui-se que a educação em saúde na escola como inerente à prática profissional do enfermeiro deve ser realizada e priorizada com vistas a integralidade de suas ações, à promoção de saúde e à autonomia dos sujeitos. A metodologia de Paulo Freire demonstrou-se efetiva na maneira de trabalhar com o adolescente, colaborando de forma reflexiva no comportamento sexual saudável. Buscando na autonomia dos sujeitos, uma maneira de refletir, e se tornarem críticos independentes dos grupos ao qual está inserido. Demonstrou-se a necessidade de interação do profissional da saúde nas salas de aula, trabalhando a prevenção com jovens, diminuindo assim o número de infecções por doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência, em longo prazo. Destacando-se a importância dessa experiência, pois a mesma oportunizou um aprendizado em grupo rico em possibilitando o crescimento pessoal e profissional dos acadêmicos. Descritores: Adolescente; Enfermagem; Educação em saúde. Referências: 1.Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids /Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.- Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Ministério da Saúde - DATASUS - [internet] disponível em:http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/rs.def. [Acesso em: 2013 julho 08] 3. Beserra, EP, Araújo MFM, Barroso MGT. Promoção da saúde em doenças transmissíveis - uma investigação em adolescentes. Acta Paul de Enferm2006; 19(4): 402-7. 4.Ferraz F, Silva LWS, Silva LAA, Reibnitz KS, Backes VMS. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde.Rev Bras Enferm. 2005 Set-Out; 58(5):607-10. 5. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 36ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1996. 144p.

14358

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PRISCILA MATTOS DE CASTRO

CONTRIBUIÇÕES DA FAMÍLIA, ESCOLA E SOCIEDADE NA PROMOÇÃO DA HIGIENE PESSOAL DE ESCOLARES

Castro, PRISCILA; COSTENARO, REGINA; RANGEL, ROSIANE; PREVEDELO, BRUNA; SCREMIN, LUANA;

CONTRIBUIÇÕES DA FAMÍLIA, ESCOLA E SOCIEDADE NA PROMOÇÃO DA HIGIENE PESSOAL DE ESCOLARES CASTRO, Priscila Mattos de ; COSTENARO, Regina G. Santini2; RANGEL, Rosiane Filipin3; PREVEDELO, Bruna4; SCREMIN, Luana Thomazette Cechin4; Introdução: A Política Nacional de Educação Infantil aponta a necessidade de formação regular dos educadores infantis, esses devem estar aptos, para conduzirem os alunos no aprendizado1. Sabe-se que cada vez mais as escolas vêm influenciando de maneira significativa na formação de valores dos escolares. A adoção do conceito de promoção da saúde como elemento de orientação das políticas do Ministério da Saúde, propõe a necessidade de sistematizar, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), estas propostas2. Ao trabalhar com a promoção da saúde no ambiente escolar, os professores, estão incentivando a prevenção. Quando implantadas com uma dinâmica bem dirigida a educação em saúde torna-se uma ótima maneira de estimular a higiene pessoal dos escolares, refletindo em uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, compreende-se que tanto a escola, a sociedade e a família tem grande influência na educação para a higiene pessoal das pessoas que dela pertencem. Na contemporaneidade a enfermagem tem contribuído significativamente nesta tarefa, visto que, também é educadora em saúde. Com a finalidade de conhecer qual a opinião dos escolares quanto às influências na sua educação para higiene pessoal o projeto chamado "Saúde na Escola" buscou identificar as necessidades educacionais relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças. Objetivo: Conhecer qual a importância da família, da escola e da sociedade na educação para a higiene pessoal de escolares. Método: Esta pesquisa faz parte do projeto chamado "Saúde na Escola", idealizado pelo Centro Universitário Franciscano, que busca fomentar a relação interdisciplinar entre os conhecimentos pedagógicos, as noções e práticas de educação em saúde, no interior das escolas Responderam o questionário 847 alunos de três escolas publicas da cidade de Santa Maria (RS), no ano de 2012. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFRA sob o número de registro 191.2006.2. Resultados e discussão: Com relação à importância da família na educação para a higiene pessoal dos escolares, constatou-se que 52,9% acreditam ser a família a mais importante na sua educação, uma vez que é nesta que recebem as primeiras orientações com relação aos hábitos de higiene. Sabe-se que quando os pais envolvem-se na educação para a saúde de seus filhos, estes cuidados passam a ser seguidos, tornando-se um hábito. Quando a família, esta comprometida em educar os filhos, para que tenham uma boa saúde, incentivando com hábitos saudáveis, estes, tem menores chances de adoecerem. A família e a escola emergem como duas instituições fundamentais para desencadear os processos evolutivos das pessoas, atuando como propulsores ou inibidores do seu crescimento Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, Santa Maria, RS. Membro do Grupo Interdisciplinar de pesquisa em Saúde - GIPES E-mail: prisciladecastro25@yahoo.com.br. Associada temporária da ABEN. ² Enfª. Drª. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, Santa Maria, RS. Lider do Grupo Interdisciplinar de pesquisa em Saúde-GIPES E-mail: reginacostenaro@hotmail.com 3 Enfª.Mestre. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, Santa Maria, RS. Membro do Grupo Interdisciplinar de pesquisa em Saúde - GIPES. E-mail:

rosianerangel@yahoo.com.br 4 Acadêmica de Enfermagem Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, Santa Maria, RS. Membro do Grupo Interdisciplinar de pesquisa em Saúde - GIPES. físico, intelectual e social3. Dessa maneira, entende-se que tão importante quanto à orientação transmitida aos escolares é o fortalecimento do vínculo entre família e escola. Para 41,17% dos escolares, a escola é importante na educação para a higiene pessoal. Estes resultados mostram que a escola é importante na educação dos escolares. Contudo, não é citada como muito importante, evidenciando que existe outro fator que interfere mais na educação para a higiene pessoal que essa. Esta constatação reforça a questão anterior, em que os estudantes acreditam ser a família a maior responsável pelos hábitos saudáveis de higiene4. Entretanto, assim como a família a escola também teve significativa vantagem, observados os números da pesquisa. As duas concentram aproximadamente a metade dos dados como as mais importantes na educação dos escolares. Para 29,4% dos escolares a sociedade, assim como a escola, é importante para a sua educação em relação à higiene. Diferente dos dados das questões anteriores, os números não mostraram diferenças significativas. Visto que 27% dizem que a sociedade é pouco importante para a sua educação e 23,5% acreditam que ela é indiferente. Assim, pode-se perceber que família e escola são os principais formadores dos processos evolutivos, tornando-se fundamentais para a construção de valores das pessoas3. Entende-se que, mesmo a sociedade não sendo a principal protagonista na educação dos escolares, ela pode influenciar de maneira significativa nos hábitos e costumes das pessoas. Isso pode ser observado na história. Os hábitos mudam com o passar dos anos e a sociedade da mesma maneira, influenciando diretamente na vida e costumes das pessoas. Conclusão: A educação para a saúde deve ser uma constante na vida dos escolares para que estes consigam fortificar sua saúde e solidificar seus hábitos de higiene. Além disso, deve ser enfatizada a importância desta para vida cotidiana, pois muitas são as doenças advindas de condições de higiene inadequadas. Pode-se concluir que a família e a escola constituem entidades fundamentais para a educação em saúde e formação de valores relacionados à educação e promoção da saúde. Somando-se a isso, a sociedade também contibrui de forma indireta para a educação relacionada aos hábitos de higiene. Sendo assim, a enfermagem, participando do cotidiano escolar, pode contribuir significativamente, para a implementação de projetos, que estimulem o desenvolvimento de hábitos de higiene e cuidados com a saúde dos escolares. Desse modo a escola contitui um elo entre os escolares, enfermagem e educação para a saúde, tornando possível o empoderamento da enfermagem na contemporaneidade por meio de atividades educativas que irão beneficiar os estudantes. EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente; Referências: 1- - Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): uma construção coletiva - trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2- Freddo, S Le; Et. Al. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública vol.24 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2008. 3- Polonia, A.C.; Dessen, M.A. Em busca de uma compreensão das relações entre família e escola. Psicologia Escolar e Educacional, 2005 Vol. 9 Número 2, p. 303-312. 4- Simone Mainieri Paulon, Lia Beatriz de Lucca Freitas, Gerson Smiech Pinho. Documento subsidiário à política de inclusão -Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2005.48 p.

14563

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PRISCILA RENATA OLIVEIRA VASCONCELOS

AUDITORIA EM ENFERMAGEM: OS REGISTROS NO PRONTUÁRIO COMO GARANTIA DO CUIDADO AO ADOLESCENTE

Vasconceolos, PROV; Bittencourt, JPBF; Rodrigues, TGR; Assad, LGA; Silva, FVCS;

A SAE organiza,planeja e executa ações da equipe de enfermagem.O desenvolvimento das fases do processo deve ser documentado no prontuário do paciente.[1]Para auxiliar o enfermeiro neste processo, pode se utilizar o método SOAP. Este se apresenta de um instrumento que pretende organizar a evolução, padronizando os registros com fases sequenciadas.[2] Objetivos: Identificar os registros na modalidade evolução de enfermagem nos prontuários dos adolescentes; Comparar as evoluções de enfermagem com o modelo das recomendações do COFEN[3]; Classificar as evoluções de enfermagem quanto ao grau de conformidade em relação ao padrão SOAP.Metodologia:Estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa através da realização de uma auditoria retrospectiva em prontuários de uma enfermaria de adolescentes de um hospital do Rio de Janeiro. Foram analisados 51 prontuários totalizando 231 evoluções, onde foram considerados os aspectos formais e o padrão SOAP. Resultados: O nível de avaliação conforme predominou em 5 das 8 variáveis elencadas dos aspectos formais, enquanto relacionado ao modelo SOAP, 5 das 6 variáveis encontraram-se não conformes. Conclusão: De forma geral, os resultados desse estudo revelam falhas importantes, devido às taxas de não conformidade encontradas nas evoluções de enfermagem, especialmente quando se considera que o mesmo foi desenvolvido em uma unidade modelo de um hospital escola. 1.FRANÇOLIN, L. et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. Rev. Enferm. UERJ [Internet]. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 79-83, jan./mar. 2012. Disponível em Acesso em 25/03/2012. 2.BOAVENTURA, A.P. Evolução de enfermagem: proposta de um modelo atual. Revista UNIVAP [Internet]. São José dos Campos, v. 17, n.30, p. 16-22, 2007. Disponível em: . Acesso em: 24/03/2012. 3.BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem.Res. n° 358, de 15 de outubro de 2009:dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados. Brasília, COFEN, 2009.

13975

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

REGINA APARECIDA GARCIA DE LIMA

ADOLESCENTES CO DIABETES MELLITUS TIPO 1: CONHECER PARA INTERVIR

Silva, ACO; Machado, LR; Vieira, MM; Sousa, FGM; Lima, RAG;

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla e se caracteriza pela hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou na ação de insulina. A hiperglicemia crônica do diabetes está relacionada aos distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas que, a longo prazo, podem levar a disfunção e falência de múltiplos órgãos a exemplo dos olhos, rins, coração, vasos sanguíneos e nervos1. A alta prevalência acompanhada pela acentuada morbidade e mortalidade e o alto custo econômico e social colocam o DM como um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. A incidência e prevalência do Diabetes Mellitus tem aumentado com projeção para 2025 de mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, destes, em torno de 5 a 10% correspondem ao Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1)2, uma das doenças crônicas mais frequente na criança e no adolescente. As mudanças dos hábitos alimentares, de vida e sedentarismo com influência de componentes genéticos, ambientais, de insulinopenia e insulinorresistência estão envolvidos no aumento de DM1. O diagnóstico de DM1 nos adolescentes geralmente ocorre entre os 11 e 13 anos, idade que coincide com o período em que o adolescente passa por rápidas mudanças biológicas, de desenvolvimento físico, cognitivo e emocional3. Isso exige dos profissionais de saúde um olhar atencioso ao cuidar do adolescente com DM1, pois as limitações e as novas responsabilidades a partir desse diagnóstico podem interferir no controle e tratamento do DM. Como consequência do mau controle glicêmico surgem as complicações macro e microvasculares do DM e as neuropatias, gerando incapacidades funcionais que podem comprometer a qualidade e o tempo de vida das pessoas4. Considerando a importância epidemiológica do DM, o governo federal do Brasil por meio da Lei nº 11.347/2006 incentiva que os municípios implantem o Programa de Educação em Diabetes cuja finalidade é o fornecimento das medicações e insumos necessários a sua aplicação e monitoramento da glicemia capilar respaldada na educação permanente de pacientes por meio dos profissionais de saúde4. Na cidade de São Luís, no Maranhão, o Programa de Educação em Diabetes está vinculado à Coordenação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - HIPERDIA da Secretaria Municipal de Saúde. A partir destas considerações nos questionamos sobre qual é a realidade clínica e epidemiológica dos adolescentes que estão inseridos no Programa de Educação em Diabetes na cidade de São Luís. OBJETIVO: Descrever o perfil clínico e epidemiológico de adolescentes participantes do Programa de Educação em Diabetes do município de São Luís. MÉTODO: Este estudo está vinculado a tese de doutorado intitulada "Qualidade de vida de adolescentes com DM1", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Realizou-se um estudo descritivo no período de março a maio de 2013 no Centro de Saúde da Liberdade, unidade de saúde onde funciona o Programa de Educação em Diabetes do Município de São Luís referência para Diabetes Mellitus Tipo 1. Os dados foram coletados por meio de um formulário composto por variáveis sóciodemográficas o qual foi respondido pelo adolescente e complementado, quando necessário, pelo familiar acompanhante. Utilizamos, também, os prontuários para buscar resultados de exames laboratoriais e a ficha de controle glicêmico diário que é anexada mensalmente no prontuário do adolescente. Definimos como adolescente aquele que tem idade cronológica entre 10 e 19 anos, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde. RESULTADOS: No Programa de Educação em Diabetes eram acompanhados 78 adolescentes com diagnóstico de DM1, dos quais 47,4% do sexo masculino e 52,6% do feminino. A maioria (88,5%) residia em São Luís e região metropolitana. Aproximadamente 60% dos

adolescentes conviviam num ambiente familiar com seus pais, irmãos e agregados; 25% tinham como família os tios ou avós e 15% conviviam apenas com o pai ou a mãe. Com relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) 65,5% foram classificados como eutróficos; 18,9% apresentavam-se dentro do padrão de magreza e 15,6% em sobrepeso e nenhum dos adolescentes ficou na classificação de magreza extrema. 70% dos adolescentes tiveram o diagnóstico de DM1 após os seis anos de idade e 70,0% referiram história familiar de DM; 4,1% já apresentavam complicações decorrentes do DM, como nefropatia e retinopatia. Aproximadamente 30,0% realizavam contagem de carboidratos tendo mais autonomia no controle da glicemia e 40,0% praticavam atividade física regular, pelo menos 3 vezes por semana, entre elas natação, futebol e academia. 70,7% dos adolescentes apresentaram variabilidade glicêmica, ou seja, a oscilação frequente e superior a 50mg/dl entre os valores máximos e mínimos da glicemia em vinte e quatro horas e uma média de hemoglobina glicada (HbA1C) de 8,2%. CONCLUSÃO: Os resultados evidenciam uma realidade que não é particular desses adolescentes, principalmente quanto a variabilidade da glicemia e a hemoglobina glicada que contribuem significativamente para o aumento de complicações crônicas do diabetes. Reforçam o quanto a mudança de hábitos de vida é necessária para a obtenção de um bom controle metabólico, meta particularmente difícil de atingir na adolescência e que inclui além da atividade física regular, a alimentação apropriada e insulinoterapia para manutenção do peso corporal, dos parâmetros glicêmicos, da pressão arterial e do perfil lipídico próximos da normalidade com o objetivo de reduzir a incidência e as complicações do DM. Os dados também provocam os profissionais a intensificarem as ações de educação reforçando a importância do controle metabólico, da adesão à dieta e de atividade física de acordo com as possibilidades de cada um. Ainda, reafirmam a importância do poder público continuar a investir recursos no programa de educação em DM. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A enfermeira integra a equipe interdisciplinar de saúde do Programa de Educação em Diabetes e com toda a equipe é fonte de suporte por influenciar diretamente o controle metabólico e adesão ao automonitoramento da doença. Tanto quanto os outros profissionais, a prática educativa da enfermeira é fundamental no acompanhamento do adolescente capacitando-o bem como a sua família. Educar o adolescente com DM1 consiste em ensiná-lo a como manejar a doença diante das várias situações que se apresentam no seu dia a dia, consistindo no maior desafio para a enfermeira e para a equipe. Descritores: Diabetes Mellitus Tipo 1. Saúde do Adolescente. Enfermagem Referências 1Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: TSO, 2013: 1-49. 2Henry JB. Diagnóstico clínico e tratamento por métodos laboratoriais. São Paulo: Manole, 2008: 150-250. 3 Ticiana CR, Miriam P, Luis HC, Luciana S, Caroline KK, Karina B, et al. Caracterização de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 do Sul do Brasil: complicações crônicas e fatores associados. Rev Assoc Med Bras. 2010; 56(1): 67-73 4Monnie L, Colette C. Glycemic variability - should we and can we prevent it? Diabetes Care. 2008; 31(Suppl.2):S150-S154.

14663

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SHEILA BARBOSA PARANHOS

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE PORTADOR DE PSICOSE LÚPICA E SUA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paranhos, SB; Santos, AC; Júnior, EC; Corrêa, IC; Pereira, P J D; Rodrigues, R M;

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença crônica e auto-imune que pode atingir vários órgãos e sistemas do corpo, gerando diversos quadros clínicos que podem ser fonte de incapacidade física e profundo sofrimento psicológico, bem como uma ameaça à vida da pessoa. O objetivo deste estudo é elaborar um plano de cuidados a adolescente portadora e a sua família.Trata-se de um relato de experiência realizado no Hospital de referência no atendimento a criança e a mulher no Município de Belém- Pa, caracterizando-se como estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Foi efetivado no período de 12 de Junho à 10 de Julho de 2013. A coleta de dados foi realizada através do exame físico da paciente, além de busca ativa no prontuário, onde foram coletadas informações como exames laboratoriais, história clínica pregressa e atual. Houve também consulta a base de dados (LILACS, SCIELO e MEDLINE), e referências bibliográficas impressas e virtuais. Percebemos pouco conhecimento da família acerca da patologia e o tratamento instituído. A falta de conhecimento dos profissionais em lidar com a psicose juvenil o que refletia de forma desarticulada a assistência prestada. Sabemos que viver com uma doença crônica cuja instalação determina mudanças físicas, sociais e psicológicas, levando muitas vezes à hospitalização, é uma realidade com a qual o adolescente e sua família precisam aprender a lidar. Nesse sentido, a aplicação do processo de enfermagem fundamentado na teoria das necessidades humanas básicas direciona a assistência de enfermagem na busca de soluções para o atendimento das necessidades alteradas do paciente adolescente. Descritores: lúpus eritematoso sistêmico, psicose lúpica,cuidado de enfermagem Borba et al. consenso de lúpus eritematoso sistêmico. revista brasileira de reumatologia, v. 48, n.4, p. 196-207, jul/ago, 2008. Araujo AD, Traverso-yepez, MA. expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (les). estudo de psicologia, Natal, 2007; 12 (2): 119-27.

13695

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SIMONE CRISTINE DOS SANTOS NOTHAFT

FATORES CULTURAIS ENVOLVIDOS NA SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Nothaft, SCS; Zanatta, EA; Brum, MLB; Breier, LF; Guimarães, AN; Fullan, MB;

Introdução: O processo de adolescer é constituído por aspectos que envolvem o desenvolvimento biológico, social e cultural do adolescente. Trata-se de uma etapa marcada por novas descobertas, pela formação da identidade, mudanças corporais, desabrochar da sexualidade1. Nessa fase o adolescente vivencia sua sexualidade relacionando-se sexualmente entre pares2. Compreende-se que essa vivência tem relação com fatores socioculturais que abraçam o viver do adolescente e contribuem para edificar seus saberes e expressões a respeito da sexualidade. Assim, ressalta-se a necessidade do profissional de enfermagem conhecer esse contexto visando entrar no mundo da cultura desses adolescentes e conhecer os fatores que envolvem sua saúde e bem, para desenvolver um cuidado congruente com a cultura e os interesses dos adolescentes. Metodologia: pesquisa qualitativa, realizada em uma Escola de Educação Básica de um município do Oeste Catarinense com 12 adolescentes. A coleta das informações ocorreu por meio de entrevista com questões abertas. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina CAAE nº 08660312.2.0000.0118. A organização das informações seguiu a Análise Temática3 sendo elaborada uma categoria denominada Concepções dos adolescentes sobre sexualidade, interpretada à luz da Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger4, com foco nas dimensões da estrutura cultural e social situados no nível 1 do Modelo Sol Nascente. Objetivos: investigar quais os aspectos culturais estão presentes no entendimento do adolescente sobre sexualidade, segundo a Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger e identificar como ocorre a participação da família, da escola, dos amigos e dos profissionais de saúde na educação para a sexualidade. Resultados: A concepção de sexualidade para a maioria dos adolescentes está focada no ato sexual, reprodução e diferenciação entre os sexos, o que advêm de aspectos culturais, que são influenciados por fatores tecnológicos, religiosos, sociais, educacionais, políticos e legais. Os fatores tecnológicos influenciam na construção do entendimento do adolescente sobre sexualidade, pois interagem diretamente com sua visão de mundo, influenciando a conduta e a tomada de decisões. A mídia mais utilizada pelos adolescentes é internet, local onde buscam informações, principalmente, sobre doenças sexualmente transmissíveis, meios de prevenção e métodos contraceptivos. Os motivos que levam a utilização dessa mídia são a liberdade e privacidade, pois a busca acontece sem nenhuma supervisão e a interpretação do conteúdo ocorre a partir da visão deles mesmos. Declaram, ainda que nesse meio não são julgados pelo conhecimento que possuem. No que se refere aos fatores religiosos, a maioria dos adolescentes acredita que estes não interferem na sua sexualidade, relatam não participar de atividades religiosas por discordarem dos ensinamentos repassados. Os fatores sociais também aparecem nas falas dos adolescentes como influenciadores no processo de compreensão sobre sexualidade. Declaram que a construção do conhecimento e a troca de informações ocorrem principalmente no grupo de amigos e entre os pares, pela afinidade e companheirismo, por saberem que não serão julgados nem repreendidos, uma vez que estão passando pelo mesmo momento do desenvolvimento, condição que os levam ao compartilhamento de saberes, que passam a ser cultuados por eles. Em relação aos valores culturais percebeu-se que os pais participam na educação sexual e repassam aquilo que aprenderam com familiares. Fica evidente que o tipo de educação recebida reflete na maneira como conduzem os ensinamentos com seus filhos e esses reproduzem o aprendizado no meio em que vivem. Os adolescentes também relatam que em alguns

momentos os pais possuem dificuldade para dialogar com eles. Essa dificuldade pode estar relacionada ao fato de que as informações a eles repassadas foram incipientes e pouco esclarecedoras, nesses casos a tarefa de educar para a sexualidade é repassada para a escola5. No que diz respeito aos fatores educacionais que envolvem a educação para a sexualidade, salienta-se que escola tem papel importante, sendo o professor a pessoa de confiança a quem o adolescente recorre na busca por esclarecimentos. A escola aparece como um segmento da sociedade que oportuniza palestras voltadas para o tema e reforça ensinamentos relacionados à concepção de que o tema sexualidade diz respeito, quase que exclusivamente, ao ato sexual, tendo em vista que focalizam a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos. O que reforça uma cultura educacional enraizada em mitos, preconceitos e medos. Os fatores políticos e legais estão implícitos em todos os fatores discutidos, entretanto, percebe-se que as políticas voltadas para o cuidado ao adolescente são frágeis e estão dissociadas entre si e com a realidade sociocultural e educacional, resultando na fragmentação do conhecimento que envolve a formação integral do adolescente. Ressalta-se que essa é uma compreensão complexa, pois envolve a cultura de um país e influencia diretamente no padrão de cuidado e nas expressões de saúde. Essas considerações são reforçadas pelos entrevistados que relatam não procurar os serviços de saúde por não sentirem-se confortáveis, levando a crer que os serviços de saúde reproduzem e cultuam as políticas vigentes. Conclusão: o tema sexualidade visto sob a ótica cultural provoca reflexões amplas, mas quando discutidas considerando as dimensões do nível 1 do modelo sol nascente da Teoria do cuidado transcultural compreende-se que os fatores descritos pela teórica influenciam diretamente no padrão de cuidado à saúde do adolescente e proporcionam visualizar que o cuidado de enfermagem precisa respeitar a visão de mundo, os valores e as crenças de cada indivíduo que sofre influência das dimensões da estrutura cultural e social onde está inserido. Implicações de enfermagem: a enfermagem é uma profissão que cuida e por sua vez precisa se apropriar de conhecimentos que facilitem a aproximação, o entendimento da forma de viver dos indivíduos, famílias e comunidades para tomar decisões e desenvolver ações congruentes com a cultura no sentido de preservar, acomodar e repadronizar o cuidado. Descritores: Adolescente; Sexualidade; Cultura. Referências 1 Moizes JS, Bueno SMV. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. Ver Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [acesso em 2012 Jan 5]; 44(1):205-212. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a29v44n1.pdf 2 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização dos serviços de saúde [Internet]. 2005 [acesso em 2012 Jan 5]; 44p. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0004_M.pdf 3 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2008; 11(1):407p. 4 GEORGE, Julia B. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 2000; 4(1):275p. 5 Brêtas JRS, Pereira SR. Projeto de extensão universitária: um espaço para formação profissional e promoção da saúde. Rev.Trabalho, educação e saúde [Internet]. 2007 [acesso em 2012 Jan 5];5(2):317 - 327. Disponível em: http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r173.pdf

13696

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SIMONE CRISTINE DOS SANTOS NOTHAFT

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA VULNERABILIDADE SOCIAL

Nothaft, SCS; Borsoi, AT; Ferrão, AC; Taglietti, R; Ferraz, L; Brumm, MLB;

INTRODUÇÃO: Discutir a adolescência e a juventude como categoria analítica pressupõe romper uma aparente hegemonização, implicando considerar, como diversidade, seus pertencimentos sociais, seus campos de interação e suas transformações1. Quando se lança um olhar para o conjunto da população brasileira para comparar a situação dos adolescentes com os demais segmentos etários, observa-se que eles e elas formam um grupo que sofre mais fortemente o impacto de vulnerabilidades como: exploração sexual, a baixa escolaridade, a exploração do trabalho, a gravidez, as DST, o abuso de drogas e a privação da convivência familiar e comunitária. A gravidez na adolescência apesar de ser um tema em constante discussão, na prática está entre um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, pois favorece o abandono dos estudos e a exclusão social. As disparidades intraurbanas, a gestação na adolescência e a vulnerabilidade social reforçam que a gestação na adolescência é fenômeno de reprodução social, relacionada às condições de gênero. Frente às limitadas possibilidades de se emanciparem economicamente, para muitas meninas a maternidade é uma âncora social para se tornarem adultas2. Mesmo sendo um assunto em constantes discussões, a gravidez na adolescência deve cada vez mais aparecer nas pautas de estudos que possibilitem o planejamento de ações efetivas para a redução das vulnerabilidade da gestação na adolescência. OBJETIVO: Identificar como a literatura científica brasileira associa vulnerabilidade e a gravidez na adolescência. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, com os seguintes descritores: "Adolescente" e "Vulnerabilidade Social", com operador booleano AND, foram utilizados na busca dos artigos na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), realizada no mês de maio de 2013. Na seleção dos artigos, inicialmente foi realizada a busca do quantitativo de trabalhos publicados na BVS, leitura individual dos títulos e resumos de todos os trabalhos encontrados, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão Posterior a esta etapa foi realizada a revisão por pares (pesquisadores) dos resumos dos estudos pré-selecionados, por meio de leitura flutuante, que ocorreu de modo independente (duplo cego). Mediante a busca nas bases de dados, foram encontradas 34 publicações, contudo somente cinco deles abordavam vulnerabilidade e gravidez na adolescência e foram incluídos nessa revisão. RESULTADOS: O estudo um discute a partir de um documentário, a trajetória de vida e de trabalho de jovens pobres nos circuitos de vulnerabilidade social. Esse documentário proporciona uma janela de reflexão sobre a condição social do jovem, e sinaliza para a ampliação das desigualdades sociais e para a falta de apoio na solidez de projetos de vida desses jovens. As vidas juvenis expostas no documentário traduzem a diluição do Estado e a reprodução da pobreza na condição pós-moderna1. O estudo dois identificou a dependência espacial na gravidez na adolescência com aspectos socioeconômicos e de vulnerabilidade social. Constatou-se a presença de conglomerados com altas taxas de mães adolescentes em associação com piores condições socioeconômicas. Os autores evidenciaram uma correlação, estatisticamente significativa, entre vulnerabilidade social e taxa de nascidos vivos para mulheres com idade entre 12 e 19 anos e entre 20 e 29 anos2. O estudo três também aponta a relação entre gravidez na adolescência e fatores econômicos e sociais, sendo que a análise geoespacial dos dados possibilitou identificar que os maiores percentuais de gravidez nessa faixa etária, encontram-se em municípios com menor Produto interno Bruto (PIB), maior incidência de pobreza, menor tamanho populacional e com indivíduos mais vulneráveis3. Outro agravante que torna os adolescentes mais vulneráveis é a gravidez recorrente na adolescência sendo esse o tema do estudo quatro, descreve o perfil

de adolescentes que tiveram filhos nascidos vivos e identificar fatores associados à gravidez recorrente nessa fase da vida. Os resultados dessa pesquisa apontam para índices elevados de gravidez recorrente entre adolescentes, concluindo que essa condição remete a um quadro de maior vulnerabilidade social por ter menos acesso a educação, serviços de saúde e mercado de trabalho evidenciado pela menor escolaridade e maior abandono dos estudos4. É necessário deslocar o foco central de análise do marcador biológico da fecundidade/gravidez para vivência da maternidade/paternidade de jovens e adolescentes e seus contextos. Sendo assim, o desafio está em como promover o direito fundamental à proteção social da maternidade nessa faixa etária3. O estudo cinco fez uma análise espacial da vulnerabilidade social da gestação na adolescência, por meio do geoprocessamento de dados sobre nascimento e morte, existentes nos bancos de dados do Ministério da Saúde. Como resultados apresentam disparidades intraurbanas, e reforça que a gestação na adolescência é fenômeno de reprodução social, relacionada às condições de gênero e que a educação, o trabalho, as relações de gênero são as principais vulnerabilidades sociais da gestação na adolescência no território estudado5. CONCLUSÃO: Em síntese os estudos apontam que a vulnerabilidade da gravidez na adolescência está associada a fatores socioeconômicos principalmente como a escolaridade, o acesso à educação e ao mercado de trabalho. Demonstram que essa condição se torna cíclica, pois quanto mais vulneráveis, maior a incidência de gravidez na adolescência o que condiciona ao aumento da vulnerabilidade social dessa população. Evidenciam que para transformar essa realidade, são necessárias políticas públicas que criem condições de educação e profissionalização desses adolescentes, contribuindo assim para a redução das desigualdades sociais. IMPLICAÇÃO PARA A ENFERMAGEM: Essa revisão possibilitou a reflexão acerca do cuidado aos adolescentes, com o desafio em implementar ações efetivas na prevenção da gestação precoce e não desejada através da mudança de comportamento, sem coerção e com plena compreensão das consequências das escolhas feitas pelos adolescentes, tornando-os atores de sua realidade e não mais coadjuvantes. DESCRITORES: Gravidez na adolescência; Vulnerabilidade Social. EIXO TEMÁTICO: CUIDADO À SAÚDE DO ADOLESCENTE
REFERÊNCIAS: 1 Cordeiro D, Costa EAP. "Meninas": vidas em devir nos circuitos de vulnerabilidade social. Revista de Psicologia [Internet]. 2008 [citado 2013 abril 25];20(1):77-88. Disponível em: http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/27/13 2 Nogueira MJ, Silva BFA, Barcelos SM, Schall VT. Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte - MG. Revista brasileira de epidemiologia [Internet]. 2009 [citado 2013 abril 25];12(3):297-31. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/02.pdf 3 Martinez EZ, et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 2013 abril 25];27(5):855-867. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/04.pdf 4 Silva KS. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. Revista Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [citado 2013 abril 25];16(5):2485-2493. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n5/a18v16n5.pdf 5 Ferreira RA, et al. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado 2013 abril 25];28(2):313-323. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n2/10.pdf

14533

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SONIA SIVLA MARCON

ATUAÇÃO DE MÃES NO CONTROLE DA OBESIDADE DE ADOLESCENTE

Marcon, SS; Santos, AL; Bevilaqua, CA; Teston, EF; Radovanovic, CAT;

O desenvolvimento da obesidade na adolescência ou a persistência dela nesse período da vida pode gerar complicações atuais e futuras. A despeito disto, não é incomum que as mães não percebam a obesidade como uma doença crônica. O objetivo do estudo foi identificar como mães de adolescentes obesos percebem sua participação no cuidado e controle da obesidade. Estudo descritivo de natureza qualitativa, realizado com 15 mães de adolescentes obesos cadastrados no Núcleo de Estudos Multiprofissional da Obesidade (NEMO) da Universidade Estadual de Maringá. A coleta de dados ocorreu de maio a junho de 2010, usando entrevistas semiestruturadas, gravadas e realizadas nos domicílios, tendo duração média de 30 minutos. Foram transcrita na sua integra e submetidas a analise conteúdo, modalidade temática. As mães participantes eram casadas e tinham entre 32 a 53 anos. Seus depoimentos permitiram a identificação de três categorias: Reconhecendo a importância de sua participação no ganho/perda de peso; Percebendo a influência das avós no ganho de peso; e Evidenciando o contraste alimentar entre irmãos, as quais mostram que as mães não consideram a obesidade uma doença, reconhecem a importância de sua participação nos hábitos dos filhos e os orienta quanto à alimentação saudável e a pratica de atividades físicas, embora estes hábitos não sejam adotados por nenhum dos membros da família. Ademais, atribuem às avós parcela da culpa pela obesidade dos filhos. Observou-se que mesmo conscientes de sua responsabilidade no controle da obesidade dos filhos, as mães pouco fazem para mudar este quadro, priorizando ações individualizadas voltadas apenas à alimentação. Faz-se necessário uma atuação mais efetiva dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, no melhor preparo das mães para que estas possam atuar mais efetivamente no controle da obesidade dos filhos. Descritores: Obesidade; Família; Saúde do Adolescente.

14062

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TAÍS FOLGOSA DA SILVA

ATUAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ADOLESCENTES CUMPRINDO MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS ? EXPERIÊNCIA DA EQUIPE ÁGUIA DOURADA.

Silva, TF;

Introdução: A PNAB 2012 aponta a necessidade das unidades de atenção primária (UPS) garantir acesso aos equipamentos intersetoriais em seu território adstrito1, sendo o acompanhamento das unidades socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei2 responsabilidade das equipes de saúde da família. Objetivo: Relatar experiência da Equipe de Saúde da Família junto aos adolescentes cumprindo medida socioeducativa. Metodologia: Relato de experiência de uma equipe de saúde no RJ junto às unidades de socioeducação situadas no bairro do Galeão, com 660 adolescentes3. Os dados foram produzidos entre julho de 2012 e julho de 2013, preservando-se a identidade dos envolvidos, não houve necessidade de submissão desse trabalho ao Comitê de Ética. Resultado: Vencidas as dificuldades acerca do desconhecimento dos serviços por parte dos diretores, a equipe desenvolveu ações de prevenção, promoção e educação em saúde. Foram assistidos aproximadamente 660 adolescentes, administradas 2197 vacinas, 423 consultas médicas e de enfermagem e ações para aumentar sua autoestima. Conclusão: A relação entre a UPS e as unidades de socioeducação se estreitou com o resultado das ações, favorecendo o reconhecimento por parte do gestor central, que originou a parceria para a elaboração do plano municipal para saúde desses adolescentes. Implicações para Enfermagem: O sucesso da equipe mostra a importância do enfermeiro como líder e coordenador de equipe na UPS. Descritores: saúde da família; adolescente; enfermagem. Referências: 1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde) 2. Departamento Geral de Ações Socioeducativas - Governo do Estado do Rio de Janeiro - 2013 Acesso 11/06/2013 disponível: http://www.degase.rj.gov.br/quem_somos.asp 3. Departamento Geral de Ações Socioeducativas - Unidades - Acesso 11/06/2013 disponível: http://www.degase.rj.gov.br/unidades.asp

14314

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TAÍS TASQUETO TASSINARI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPO DE ADOLESCENTES COM HIV/AIDS

Tassinari, TT; Silva, CB; Piovesan, G; Nazario, EG; Paula, CC; Padoin, SMM;

Introdução: A adolescência é uma fase de transição da infância para a vida adulta, marcada por transformações, conflitos e novas descobertas tanto de si quanto dos pares1. É nesta fase que geralmente inicia-se a sexualidade, a qual deixa os adolescentes vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST´s) e, principalmente, à infecção pelo HIV/AIDS2. Os adolescentes podem infectar-se com o vírus HIV através de dois modos, por transmissão vertical e por transmissão horizontal. A transmissão vertical é quando o adolescente nasce com o vírus devido à condição sorológica da mãe3 e a transmissão horizontal é quando o adolescente se infecta por via sexual desprotegida ou uso de drogas injetáveis. Na fase da adolescência pode ser ainda mais difícil aceitar o diagnóstico do HIV, devido ao estigma da doença, associado ao cotidiano medicamentoso permanente, o que pode interferir nas interações sociais. Alguns adolescentes possuem dificuldade em conversar sobre a doença, o que pode impossibilitar o esclarecimento de suas dúvidas e o desenvolvimento de sua autonomia. Dessa forma, há a necessidade de ações de intervenção junto aos adolescentes, visando um acompanhamento integral da sua saúde permeado pela condição crônica relacionada ao HIV/AIDS4. Objetivos: Relatar as temáticas discutidas no "Grupo com Adolescentes que têm HIV/AIDS", bem como as dificuldades para realização do mesmo. Metodologia: O trabalho relata a experiência de participação no projeto de extensão "Grupo com adolescentes que têm HIV/AIDS: estratégia de educação em saúde no acompanhamento ambulatorial do HUSM/RS", desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa "Cuidado à saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade" (GP-PEFAS) do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O grupo é realizado sempre na primeira terça-feira de cada mês, ao meio-dia, no ambulatório de doenças infecciosas da pediatria (DI-Ped) do Hospital Universitário do município de Santa Maria (HUSM). É coordenado por alunos de graduação e pós-graduação do curso de Enfermagem da UFSM. O grupo é desenvolvido com adolescentes com HIV/AIDS que sabem sobre seu diagnóstico, os quais comparecem ao ambulatório para a consulta na DI, onde são convidados a participar do grupo enquanto aguardam na sala de espera. Antes do convite aos adolescentes, é solicitada a autorização dos familiares/cuidadores responsáveis. O grupo é desenvolvido em média com três adolescentes, sendo um espaço de conversa, escuta e troca de experiência, entre os participantes e estudantes. Após cada encontro do grupo é realizada uma ata contendo os assuntos que foram discutidos. Resultados: A maioria dos adolescentes participantes do grupo faz uso de tratamento com terapia antirretroviral (TARV), relatando poucas dificuldades de adesão. Contudo, há adolescentes que relatam não se adaptar à medicação, devido ao desconforto para ingerir os comprimidos e aos horários, pois não são adequados à sua rotina. Há também, aqueles adolescentes que se incomodam com a presença de alguns efeitos colaterais, como dor de cabeça, diarreia e vômitos. O fato da não adesão ao TARV se agrava em caso de desentendimentos com o familiar/cuidador, resultando em sentimentos de revolta e abandono do TARV. Em geral, os adolescentes participantes mostram-se tímidos durante os grupos, principalmente os que tiveram a revelação do diagnóstico há pouco tempo, demonstrando receio de conversar sobre o assunto. Ressalta-se que essa timidez pode interferir na troca de experiências entre eles. Desta forma, nos encontros em que são realizadas dinâmicas de grupo observa-se maior aproveitamento, pois, atraem a atenção e a curiosidade dos adolescentes, oportunizando maior participação nas discussões e troca de experiências. Quanto às temáticas abordadas, geralmente inicia-se a conversa questionando sobre a relação com a escola e os amigos. Em geral, os adolescentes

participantes gostam de ir à escola e lá se sentem bem, sendo este o principal espaço onde surgem e se mantêm as amizades. Os adolescentes relatam que gostam de conversar com os amigos, se divertem com eles e criam laços afetivos, porém, dificilmente o diagnóstico do HIV/AIDS é conhecido pelos amigos. Muitos adolescentes acreditam que se o diagnóstico fosse conhecido, as relações com os amigos, colegas e professores seriam afetadas, por isso, a medicação é evitada ou ingerida camufladamente no horário escolar. Os adolescentes relatam que se sentem incomodados com o estigma da doença, por isso, se esforçam para que vizinhos, colegas, amigos e inclusive alguns familiares não saibam de sua condição sorológica. Entre os temas abordados no grupo, ressaltam-se as dúvidas sobre a doença, o tratamento medicamentoso, a possibilidade de não utilizá-lo mais ao longo da vida e a descoberta da cura. A educação em saúde desenvolvida aborda também as dúvidas quanto às formas de prevenção da transmissão, as quais surgem, principalmente, de adolescentes mais novos. Conclusão: Pode- se perceber que o "Grupo com Adolescentes que têm HIV/AIDS" é um meio importante de criação de vínculo entre profissional e paciente, sendo um espaço de troca de experiências e esclarecimento de dúvidas. Além disso, o grupo é uma fonte importante de aprendizado para o adolescente, que relata e esclarece suas dúvidas, se reconhece nos pares e desenvolve autonomia para o cuidado de si. Contribuições/ implicações para a Enfermagem: Nesse sentido, destaca-se o profissional enfermeiro, frente à equipe multiprofissional, diante das consultas individuais e coletivas no intuito de desenvolver ações de educação em saúde. Essas ações devem ser pautadas na fragilidade clínica, na prevenção da transmissão do HIV/AIDS, de forma a promover a autonomia do adolescente para o cuidado de si. Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Adolescentes; Grupos de apoio. Referências: 1. Senna SRCM, Dessen MA. Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. Psic.: Teor. e Pesq. 2012; 28: 101-108. 2. Taquette SR, Matos HJ, Rodrigues AO, Bertolotti LR, Amorim E. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. Rev Soc Bras Med Trop. 2011; 44(4):467-470. 3. Marques SC, Tyrrell MAR, Oliveira DC. Política de saúde da mulher frente à feminização da Aids. In: PaulaCC, Padoin SMM, SchaurichD. (Orgs) Aids: o que ainda há para ser dito? Santa Maria, Ed. UFSM, 2007; 97 -110. 4. Schaurich D, Coelho D, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. Revista Enfermagem (UERJ). 2006; 14(3):455-62.

13959

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TATIANA BARRETO PEREIRA VIANA

ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE: DESVELANDO OS DESAFIOS DESSA PRÁTICA NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Magalhães, JRF; Bastos, CF; Silva, CR; Viana, TBP; Marques, GCM; Camargo, CL;

INTRODUÇÃO A adolescência pode ser caracterizada como a fase compreendida entre a infância e a vida adulta. Em nossa sociedade ela tem sido relacionada à noção de crise, desordem, irresponsabilidade; um problema social a ser resolvido, que merece atenção pública e este enfoque de risco aparece fortemente associado à expressões como: gravidez de risco, risco de contrair o HIV, risco de uso de drogas ilícitas, risco de morte frente à violência, dentre outras1. Apesar deste fato, vê-se, que as principais causas de morbimortalidade dos adolescentes estão diretamente relacionadas a entraves que podem ser prevenidos através da atenção primária, entretanto, ainda tem sido bastante complicado para este nível assistir o adolescente de maneira integral. Portanto, o encontro e desencontro dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) com o adolescente é, muitas vezes, permeado por desafios, conflitos e indagações2. OBJETIVOS analisar os desafios enfrentados na prática da assistência à saúde dos adolescentes pela equipe multiprofissional atuante numa Unidade de Saúde da Família de um bairro periférico no município de Guanambi-BA. DESCRIÇÃO METODOLOGICA Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois é aquela que preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação, privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças3. Entre as abordagens qualitativas, a fenomenologia foi eleita como caminhar metodológico, uma vez que ela baseia-se na busca da essência e da significação da realidade vivenciada pelos sujeitos do estudo, visando à sua compreensão4. Para tanto, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da UNEB processo n° 0603110015271º, foram aplicadas entrevistas abertas aos profissionais de saúde atuantes numa Unidade Básica de Saúde localizada em um bairro periférico do município de Guanambi-BA guiadas pela questão norteadora: "Como é pra você atender o adolescente?" Os discursos formam analisados segundo os pressupostos da fenomenologia, a qual exige um caminhar gradativo, envolvendo três momentos não sequencias, que se fundem e se permeiam no decorrer da pesquisa, refletindo o movimento circular, fundamental para apreensão da essência do fenômeno: a descrição, a redução e a compreensão. RESULTADOS Os temas revelaram que assistir o adolescente é uma atividade agradável para os profissionais em estudo, visto que os adolescentes quando cativados mostram-se receptivos ao serviço. Mesmo com todas as dificuldades e desafios que permeiam a relação adolescente-profissionais de saúde, tais como baixo nível econômico e cultural da população atendida e dificuldade na captação e manutenção do grupo, atender o adolescente foi considerada uma atividade positiva. Os discursos dos profissionais evidenciaram que a prática no atendimento ao adolescente muitas vezes mostra-se envolto por dificuldades, visto que a realidade social do bairro onde encontra-se a unidade é bastante delicada, local onde prevalece o baixo nível educacional e o exacerbado índice de criminalidade, fazendo com que seja complicado atrair este público até o serviço e mais ainda pra garantir o seu retorno, mesmo porque na instituição em estudo não funciona nenhum programa direcionado especificamente ao atendimento do público mencionado. Por outro lado, ficou claro também que quando o profissional consegue promover o atendimento e conquistar a confiança do adolescente, a relação entre ambos é bastante prazerosa, uma vez que o adolescente na

maioria das vezes mostra-se aberto ao diálogo e sensibilizado a se co-responsabilizar pelo cuidado e autocuidado a sua saúde. CONCLUSÃO Através da reflexão acerca da assistência ao adolescente na Estratégia Saúde da Família foi possível apreender que este é permeado por desafios e limitações, mas também envolto por sensações agradáveis e que trazem sentimentos positivos para os profissionais de saúde quando realizado. Almeja-se que estudo contribua para a ampliação do conhecimento científico acerca do tema adolescência e instrumentalize o planejamento de intervenções direcionadas àqueles que vivenciam esta fase tão complexa, constituindo-se em ferramenta para o desenvolvimento de ações, na assistência, prevenção de riscos e promoção da saúde, aumentando e qualificando os serviços prestados àqueles que vivenciam o processo de adolescer. CONTRIBUIÇÕES /IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM O desenvolvimento do estudo foi de extrema relevância e tem um forte significado na prática da assistência dos futuros Enfermeiros e do seu papel social em relação a saúde do adolescente, mediante a oportunidade de vivenciar o processo de trabalho de uma equipe multiprofissional em atuação na Estratégia Saúde da Família, comprometida com a saúde da população assistida. Porém, por se tratar de uma equipe multiprofissional, o processo de "trabalho em equipe" com o adolescente precisa ser revisto, analisado, pois, identificamos que os profissionais trabalham isoladamente para resolver as situações de risco apresentadas por esta comunidade. Outros programas são priorizados exceto o do adolescente, pois, a ausência do programa especifico aumenta incidência de gestação na adolescente, DST'S e outros agravos. Sugerirmos mudanças na organização das práticas assistenciais como: implantar na rotina a assistência ao adolescente, oficinas e rodas de conversas com temas que sensibilize para prevenção de riscos e promoção de agravos. Descritores: Assistência integral a saúde do adolescente, Atenção Básica à Saúde REFERÊNCIA 1.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da saúde, 2005. 84 p.: il. color. - (Série D. Reuniões e Conferências), (Série Cadernos Metropolitanos) ISBN 85-334-0865-X 1. Serviços de saúde. 2. Saúde pública. 3. Estatísticas de saúde. I. Título. II. Série. NLM WA 540. 2.HORTA, Natália de Cássia. O significado do atendimento ao adolescente na atenção básica à saúde: uma análise compreensiva. 2006. Dissertação. (Programa de Saúde da Criança e do Adolescente) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/NataliaHorta.pdf. Acesso em: 29/10/2011. 3.MINAYO, Maria Cecília. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a.ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. 4.OLIVEIRA; E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, agosto, 2006.

14465

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

THAÍS GRILO MOREIRA XAVIER

ESCOLARIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS: UMA REALIDADE VIVENCIADA

Xavier, TGM; Reichert, APS; Collet, N;

Introdução: O atendimento pedagógico em Classes Hospitalares, preconizado por meio da Resolução Nº 02/2001 do Conselho Nacional de Educação(1), tem por objetivo propiciar o acompanhamento curricular do aluno quando este estiver hospitalizado, garantindo a continuidade ao processo de escolarização formal e manutenção do vínculo com as escolas(2). Objetivos: Apreender a concepção de gestores e profissionais da saúde e educação, e familiares de crianças em idade escolar e adolescentes, acerca do afastamento do processo de escolarização, em virtude da situação de internamento. Metodologia: Qualitativa do tipo exploratório descritiva. Material empírico: entrevista semiestruturada e grupo focal, realizados no período de abril a agosto de 2011. Sujeitos: 7 gestores, 6 profissionais e 8 familiares/acompanhantes. Análise: temática. Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde norteou esta pesquisa. Resultados: O hospital foi visto como ambiente pobre em estimulação, resultando em perda de interesse pelos estudos; professores e diretores desistem antecipadamente da formação do aluno que está hospitalizado; o Estado não se responsabiliza pelo fato acarretando em repetência e evasão escolar. A família busca estratégias que dêem continuidade ao processo de aprendizagem. Conclusão: Essa realidade vivenciada intercepta veementemente a cidadania de crianças e adolescentes. Cessa-se a oportunidade de adquirir competências para a vida a partir dos pilares da educação. Contribuições para a enfermagem: É necessário reorganizar a assistência hospitalar, a qual depende da conscientização, posse do conhecimento e mobilização da sociedade, governantes e profissionais da saúde. Descritores: Defesa da criança e do adolescente, adolescente hospitalizado, educação especial. Referências: (1) Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CEB nº 02, de 11 de Setembro de 2001. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. MEC/SEESP. Brasília (DF), 2001. (2) Brasil. Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial (MEC/SEESP), Brasília, 2002.

13823

EIXO III - Cuidado à Saúde do Adolescente

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VERA LÚCIA DE OLIVEIRA GOMES

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES ACERCA DA CONSULTA GINECOLÓGICA

Acosta, DF; Pereira, FW; Silva, CD; Gomes, VLO; Fonseca, AD; Gomes, GC;

Introdução: A adolescência é a transição da infância para a idade adulta, marcada por mudanças físicas, psíquicas e sociais1 que, normalmente, ocorre entre os dez e dezenove anos. Frente aos sentimentos, comportamentos e anseios peculiares dessa fase, faz-se necessária a implementação de ações de educação em saúde, por parte de enfermeiros(as), em prol do processo de adolescer saudável. Dentre as estratégias voltadas a promoção da saúde destaca-se a consulta ginecológica, realizada por aqueles profissionais em unidades básicas de saúde. Popularmente, se pensa que esse tipo de atendimento é indicado apenas àquelas meninas que já iniciaram a vida sexual, ou ainda, questões atreladas ao temor pela exposição da intimidade, o constrangimento2, o desconhecimento e a crença de que toda a consulta ginecológica inclui exame ginecológico, fazem com que as adolescentes evitem a realização da consulta. No entanto, é preciso enfatizar que esse tipo de atendimento também abrange outros cuidados relacionados à saúde sexual e reprodutiva tal como à problematização de tabus e dúvidas, o uso de contraceptivos, além de questões acerca do amadurecimento fisiológico e biológico. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo conhecer a percepção de adolescentes, de uma escola pública da cidade de Rio Grande/RS, acerca da consulta ginecológica. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com 17 moças e oito rapazes, com idades entre 14 e 17 anos, estudantes da oitava série do ensino fundamental de uma escola pública da cidade do Rio Grande/RS. A coleta de dados ocorreu em abril de 2010, por meio de Grupo Focal (GF). Realizaram-se dois GF sendo um com moças e um com rapazes. A duração média dos encontros foi de 80 minutos e um terceiro encontro misto onde se desenvolveu uma oficina educativa sobre saúde sexual e reprodutiva. As principais questões que nortearam o grupo das moças foram: Se eu informasse que teriam que realizar uma consulta ginecológica agora, o que cada uma de vocês sentiria? Que perguntas acreditam que seriam feitas? Qual a importância de realizar consulta ginecológica? No grupo dos rapazes, as principais questões norteadoras foram: Se a namorada de cada um de vocês pedisse que a acompanhasse à consulta ginecológica o que fariam? Quais perguntas acreditam que seriam feitas a elas? Por que as mulheres devem fazer esse tipo de consulta? Projeto aprovado pelo CEPAS/FURG sob nº 81/2009. Resultados e Discussões: Durante o desenvolvimento do GF evidenciou-se que as(os) adolescentes estão cientes acerca da consulta ginecológica como uma importante ferramenta para a promoção da saúde, conforme evidenciado na fala: " Para obter informações ... sobre sexo, sexualidade e doenças...e saber se está tudo bem com o seu corpo" (moça 7). Por outro lado, demonstraram inúmeras dúvidas, vergonha e medo diante da possibilidade de realizar a consulta ginecológica. A maioria das adolescentes referiu a importância de realizar este tipo de consulta somente frente à iniciação sexual: "... se não tem relação não precisa ir, quando começar a ter relação que tem que ir, pra tomar pílula, ver se está tudo bem" (moça 10). Somado a esse mito, a vergonha e o medo de que as mães pudessem descobrir aspectos relacionados à intimidade, foram constatados como fatores impeditivos à realização da consulta, tal como no relato a seguir: "por vergonha, medo e muitas quando não são mais virgens, não querem que os pais saibam que elas não são mais virgens..." (moça 2). Esses relatos revelam a falta de conhecimento sobre a consulta ginecológica, ao considerarem sua necessidade somente diante da iniciação sexual, o que vai de encontro à literatura que apregoa a sua importância em qualquer fase da adolescência2. Cabe destacar, ainda, que o estatuto da criança e do adolescente assegura o direito à privacidade e autonomia do adolescente3. Embora se reconheça que a família representa uma fonte de apoio3 e de informação aos

jovens, a presença dos responsáveis é solicitada somente diante de situações que trazem risco para o(a) adolescente ou para outrem, sendo que os profissionais estão aptos para identificar essas situações. As questões de gênero também estão atreladas ao contexto da produção de saúde, no que se refere à realização da consulta ginecológica. Essas foram reforçadas no momento em que foi questionado aos rapazes se acompanhariam a namorada na consulta como evidenciado no relato: "Eu iria. Sei lá... se fosse um ginecologista homem eu ía, se fosse mulher não... pra ver o que ele vai fazer com minha mulher! Risos" (rapaz 1). O relato demonstra relações de poder e dominação masculina, que permeiam a sociedade desde o patriarcalismo e ainda estão inseridas na sociedade contemporânea4, inclusive entre adolescentes. É impar destacar que a responsabilidade pela realização da consulta ginecológica não cabe somente à mulher, devendo ser compartilhada com o companheiro. Entre as moças também se evidenciou constrangimento frente à possibilidade de consultarem com um homem: "bah eu tirando a roupa, ficando nua na frente dele, [o médico] muita vergonha... eu não fico pelada na frente nem da minha mãe, eu tenho vergonha, eu tenho muita vergonha mesmo" (moça 4). Considerações finais e Contribuições de enfermagem: Foi possível evidenciar que as percepções dos(as) adolescentes acerca da consulta ginecológica estão repletas de mitos, sentimentos de vergonha, medo, e principalmente falta de informação. Assim, visualizam-se esses aspectos como possíveis entraves, que dificultam a procura pela consulta como promotora de saúde, na fase da adolescência. Desta forma, cabe ao profissional enfermeiro(a), a problematização da consulta ginecológica, tanto com adolescentes, quanto com seus responsáveis, enfatizando sua importância em prol de um adolescer saudável. Nesse contexto, destaca-se a relação de confiança, o vínculo, bem como orientações esclarecedoras, incluindo a garantia dos princípios fundamentais na atenção à saúde dos(as) adolescentes como a ética, a privacidade, a confidencialidade e o atendimento às peculiaridades nessa fase. É preciso ainda, primar pela autonomia do(a) adolescente como sujeito protagonista e responsável pela sua saúde sexual e reprodutiva. Descritores: adolescente, enfermagem, educação em saúde. Eixo III - Cuidado à Saúde do Adolescente 1. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Rev. esc. enferm. USP, June 2008; 42(2): 312-20. 2. Torres MEA, Miranda-Ribeiro P; Machado CJ. Vai lá, tira a roupa... e... pronto...": o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. Rev. bras. estud. popul. 2008 jan-jun; 25(1): 49-69. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Série E. Legislação de Saúde. 3. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 96 p. 4. Torres CA, Beserra EP, Barroso MGT. Relações de gênero e vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2007 jun; 11(2): 296-302.

14407

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA CRISTINA CARVALHO VIGORITO SILVA

AS AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO COMO EXPRESSÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Vigorito, ACCVS; Pena, MCCVP;

No intuito de consolidar a nova concepção social da saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 1994, o Programa de Saúde da Família como principal estratégia de reestruturação do modelo assistencial vigente, de forma a reorientá-lo, a partir da atenção primária, em conformidade com os princípios do SUS, com foco central na constituição de vínculos e na formação de laços de responsabilização entre profissionais e usuários[1]. Em 1998, o Programa de Saúde da Família passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população. A ESF tem o enfermeiro como um importante membro da equipe básica multidisciplinar, o que tem representado um campo de crescimento e reconhecimento social deste profissional, por ser ele um componente ativo no processo de consolidação da Estratégia como política integrativa e humanizadora da saúde, percebe-se desta forma a ampliação da visibilidade e dos olhares sobre a prática deste profissional[2]. Nesse sentido, a ESF constitui um desafio para o enfermeiro que como participante da equipe da saúde, deve levar em consideração durante a sua prática, aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para o processo de cuidar, nesse novo modelo da assistência à saúde[3]. Além disso, para que desenvolva suas práticas em saúde em conformidade com as propostas da ESF, torna-se necessário a compreensão do enfermeiro de não promover ações individuais que conduzam o sujeito, mas de desenvolver ações coletivas no cotidiano da família e da comunidade, tendo como ponto de partida a análise do contexto sócio-econômico e político e suas desigualdades. A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços, como contribuição da ESF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde4. Das práticas em saúde desenvolvidas pelos enfermeiros as ações educativas são de grande relevância para se alcançar a dimensão social do cuidado, podendo ser realizadas em diferentes ambientes, na unidade de saúde da família e, quando necessário no domicílio. Dessa forma, um importante trabalho a ser realizado pelo enfermeiro da ESF seria a busca ativa, a qual permite identificar a realidade da família indo as suas casas intervindo para a prevenção das doenças, atuando na recuperação dos casos em que a enfermidade já se instalou e principalmente desenvolver ações educativas voltadas para a promoção da saúde. O objetivo da pesquisa foi identificar na literatura disponível quais as estratégias educativas utilizadas por Enfermeiros, são eficazes na abordagem das famílias atendidas pela Equipe da Estratégia de Saúde da Família. Para desenvolver o objetivo proposto, optou-se por um estudo descritivo, dentro de uma natureza qualitativa, através da pesquisa bibliográfica. Os resultados permitiram identificar que o enfermeiro ao implementar suas ações educativas de forma a desenvolver o senso crítico e a capacidade de intervenção dos membros da família sobre suas vidas e com o ambiente com o qual interagem, esta exercendo o saber cuidar, ou seja, capacitando-os para se tornarem sujeitos de suas próprias decisões e autores de sua saúde. O cuidado deve estar em constante inter-relação com a educação, em que o enfermeiro interage, rompendo a visão de um cuidado estritamente técnico para praticar um cuidado crítico, embasado no conhecimento científico. Medidas estas que rompem as barreiras institucionais, adentram, a comunidade visando o coletivo5. Ressaltam também que as ações educativas devem ser realizadas de forma dialógica e horizontal, permitindo a troca de saberes de forma a

envolver a família durante todo o processo educativo, ou seja, o profissional deve construí-las juntamente com os membros da família e não oferecer soluções prontas retiradas exclusivamente do seu saber. Demonstram que as ações educativas enquanto expressão do cuidado, entendida de forma ampliada pode ocorrer tanto em momentos formais, planejados sendo desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, como também através de conversas informais, devendo o profissional oportunizar todos os instantes para se vincular às famílias que o procuram, seja no acolhimento, na consulta de enfermagem ou nas visitas domiciliares assumindo uma postura receptiva. O Enfermeiro que atua na Saúde da Família deve ter um perfil diferenciado, dominar conhecimentos científicos e tecnológicos, assumir novos desafios, ter capacidade para cuidar da família, do ambiente saudável e do doente. Tem a necessidade de possuir uma formação política, humana, ética e cultural que lhe permita desenvolver competências indispensáveis a um exercício profissional responsável, autônomo e ético. Que ao realizar o ato de educar assuma o seu papel social, promovendo reflexões que conduzam os membros da família na transformação de atitudes e comportamentos, priorizando as ações educativas como instrumento para incentivar a autoestima e o autocuidado. Para que as noções de autocuidado sejam eficazes, é fundamental construir os conceitos junto à família, a partir de seus conhecimentos, crenças e costumes. Nesse contexto, alcançar a dimensão social do cuidado implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa, também, estabelecer uma prática em saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais. Espera-se que este estudo possa contribuir com reflexões que permitam os profissionais enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, avaliar suas ações educativas e metodologia de trabalho, de forma a implementar o cuidado integral através de efetivas mudanças pessoais e sociais, formando sujeitos conscientes capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde. Descritores: Saúde da Família; Práticas educativas do enfermeiro; Educação em saúde Referências: 1. Ministério da Saúde. Saúde da Família uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília, DF: 1997. 2. Silva VG, Motta MCS, Zeitoune RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2010 [acesso em 2013 set 6];12(3):441-8. Disponível em: http.://dx.doi.org/10.5216/ree.12:3.5278 3. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007, mar; 41(1):65-72. 4. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF). Rev. Lat. am. Enferm. 2004, jul-ago; 12(4): 658-64. 5. Amaral LR, Oliveira MAD, Cardoso SPAR, Cardoso BLC. Atuação do enfermeiro como educador no Programa de Saúde da Família: importância para uma abordagem integral na atenção primária. FG Ciên. 2011 jan-jul; 01(1): 01-21

14157

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: RESUMOS COMO FONTE DE INFORMAÇÃO

Souza, AIJS; Silva, AIS; Elsen, IE;

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo exploratório-descritivo, com objetivo de examinar os resumos de dissertação de um programa de pós graduação em enfermagem na região sul do Brasil visando identificar as características do cuidado de enfermagem às famílias com crianças. Para a coleta de dados foi construído e testado um instrumento que identificou 29 resumos sobre enfermagem familiar, sendo 14 relacionados ao cuidado de famílias com crianças e adolescentes. Quanto aos objetivos, os resumos foram agrupados em quatro categorias: conhecer as experiências das famílias no processo saúde-doença para repensar o cuidado (6); desenvolver e avaliar metodologias de cuidado (5); compreender a visão dos profissionais sobre famílias (2) e intervir com famílias/familiares para promover saúde e cidadania (1). As experiências das famílias no processo saúde-doença indicam a importância do suporte familiar e profissional no enfrentamento das doenças e como estratégias emergem o estar junto, participar dos cuidados, aprender a conviver com a doença e dar significado à experiência. Como desafios são apontados as dificuldades financeiras, a discriminação, principalmente em casos de doenças como HIV/AIDS e a incorporação na rotina familiar os cuidados ao doente crônico. A pesquisa indica ainda que as relações enfermagem com os familiares tem o potencial de fortalecer o poder vital das mulheres-mães e que a presença da enfermagem ao longo do processo de cuidar inspira confiança e suporte, fornece informações, principalmente frente às doenças crônicas, renova a esperança e as forças das famílias.O uso de referenciais teóricos facilitam a atividade dos enfermeiros permitindo a identificação das forças e fragilidades das famílias, apontando estratégias que contribuam para o empoderamento destas, bem como propiciam a construção de ações de educação para a saúde e a inclusão das famílias no processo cuidativo. Tais aspectos contribuem para a efetividade do processo de cuidar. Descritores: Cuidados de enfermagem; Crianças; Enfermagem familiar

14377

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA PAULA XAVIER DA SILVEIRA

PREPARO E TREINAMENTO DOS PAIS PARA USO DA GASTROSTOMIA

Silveira, APX; Pinto, CMM;

INTRODUÇÃO: O papel da equipe de enfermagem na abordagem centrada na criança e na família não deve se basear somente na execução de procedimentos técnicos, mas também assistir a família em suas dúvidas, dar apoio às suas iniciativas e oferecer constante estímulo no desenvolvimento dos seus cuidados(1). OBJETIVO: descrever a experiência do preparo e treinamento dos pais para uso da gastrostomia na criança hospitalizada. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência, realizado com os pais de uma criança recém submetida a cirurgia de gastrostomia, internada em um hospital público na cidade de São Paulo. Foi realizado treinamento teórico e prático com a familia e coletado dados de prontuário. RESULTADOS: LFBA, 1ano e 7 meses, foi submetida a cirurgia para realização de gastrostomia devido à disfagia importante. Após a cirurgia, ficou em UTI pediátrica e após alta para enfermaria iniciou-se a capacitação da família. No início, a mãe relatava medo e demonstrava insegurança na manipulação da sonda. Todos os cuidados eram observados pela família, desde higiene até administração de dietas e medicamentos. Após estabilização do quadro, as enfermeiras iniciaram as orientações sobre os cuidados com a gastrostomia com o auxílio de folhetos informativos e a partir disso a família iniciou a manipulação da sonda. A partir de então, a família começou a sentir-se mais segura no cuidado com a gastrostomia, possibilitando uma abordagem de alta hospitalar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados desse estudo evidenciaram a importância da equipe de enfermagem na participação do treinamento da família, através de entrega de impressos de orientações; além da observação direta dos cuidados da família com a criança. REFERÊNCIA: (1) Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery 2010; 14(3): 551-559. Descritores: Capacitação; Pais; Gastrostomia.

14635

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDRESSA TAVARES PARENTE

O SER MÃE DE UM HIDROCEFÁLICO: PERCEPÇÃO MATERNA

Parente, AT; Vasconcelos, JHL; Tanaka, STM; Paranhos, SB; Gomes, FSR; Aguiar, SRV;

O SER MÃE DE UM HIDROCEFÁLICO: PERCEPÇÃO MATERNA A hidrocefalia congênita é uma doença que trás profundas implicações de diversas naturezas à mãe, como cuidadora principal da criança. Estas podem configurar-se com maior complexidade quando aliadas às perspectivas, receios e emoções trazidas pela própria maternidade. O nascimento de uma criança com necessidades especiais na família é algo marcante, especial e potencialmente estressante. São diversas as intensidades das reações dos pais, as formas de enfrentamentos, a adaptação à doença e as consequências advindas desta. O modo de lidar com a hidrocefalia é influenciado pelas características de cada família, sistemas de apoio, representações da criança e da doença. Este estudo objetivou conhecer a percepção das mães de crianças portadoras de hidrocefalia congênita acerca da maternidade vivenciada a partir da hidrocefalia. Realizou- se uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), nas enfermarias pediátricas e nas Unidades de Terapia Intensivas. Participaram da pesquisa dez mães, acompanhantes de crianças com hidrocefalia congênita internadas na instituição em questão, tendo no máximo cinco anos de convivência com a doença, que aceitaram participar da pesquisa após a leitura do TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido manifestaram por escrito seu consentimento. A produção dos dados foi realizada no período de maio a junho de 2013, por meio da técnica de entrevista semiestruturada. Trata- se de uma técnica que permite ao pesquisador direcionar os questionamentos para o tema estudado, facilitando a obtenção dos dados relacionados com a pesquisa, flexibilizando informações complementares. Além disso, o pesquisador pode utilizar- se dos sentimentos e dos dados emocionais do entrevistado, ao invés de desprezá- los, podendo transformar- se em dados de valor para a pesquisa. As falas foram gravadas em aparelho de MP3 com a autorização das participantes, com o objetivo de obter maior fidedignidade dos depoimentos. O tratamento dos dados qualitativos foi realizado por meio de interpretação dos depoimentos, com base no método de Análise de Conteúdo de Franco. A análise de conteúdo é um procedimento de pesquisa que se inicia a partir da mensagem (verbal, gestual, silenciosa, figurativa ou documental) e dará origem a um significado e um sentido. Cada mãe foi identificada pela letra M de mãe e a numeração de acordo com a ordem das entrevistas realizadas (1, 2, 3, 4,...). As unidades de análise foram agrupadas por semelhanças e diferenças de ideia, que resultou na criação de categorias. Posteriormente, as categorias foram analisadas, interpretadas e discutidas com base em literaturas referenciadas. A pesquisa foi realizada levando- se em conta os aspectos éticos da Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará sob o nº 230. 900/ 2013, e da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Após a análise e categorização dos dados, emergiram três categorias: relações com a criança, relações com o mundo e relações consigo mesma. A primeira categoria diz respeito à ótica construída pela mãe em relação à criança doente, as relações de cuidado com esta, bem como aspectos referentes à maternidade vivenciada. Verificou-se que a maioria das mães não se percebe diferentes por serem mães de bebês hidrocefálicos em decorrência dos sentimentos de afeto nutridos pelos filhos. No entanto, relatam a necessidade da adoção de cuidados e atitudes diferenciados na lida com a criança e as dificuldades e restrições trazidas pela doença. A segunda categoria, por sua vez, direciona-se às teias sociais e familiares vivenciadas pela mãe a partir da hidrocefalia. As mães sentem medos e tristezas e ao mesmo tempo resignação por perceberem os filhos como seres especiais, frágeis e dependentes e a partir

desta percepção, terem que enfrentar o preconceito, as instabilidades clinicas e as especificidades da doença. Não raro sentem-se inseguras e temerosas. Todavia, elas percebem-se como indivíduos fortes, capazes de enfrentar as dificuldades advindas da convivência social e de prover o que for necessário para a recuperação e bem estar do filho a partir dos seus sacrifícios, determinação e apoio da família e dos profissionais de saúde. A terceira discorre sobre conceitos construídos de si mesma a partir de realidades e enfrentamentos diferenciados e individuais. Algumas mães sentem-se culpadas pela doença, outras enfrentam momentos de negação, julgam-se essenciais na vida do filho, protegendo-o e instrumentalizando-se para melhor cuidar dele. Conclui-se que as mães de crianças portadoras de hidrocefalia congênita podem ser vulneráveis emocionalmente, no entanto, elas são capazes de enfrentar situações adversas com maior facilidade quando auxiliadas pelas pessoas de sua convivência. Verificou-se que elas necessitam de orientação da equipe multiprofissional, em especial o profissional enfermeiro, para que não superproteja a criança a ponto de restringi-la ou comprometer sua própria saúde física e mental a partir de sua doação incondicional ao filho. Em função do seu grau de dependência, a criança pode exigir dedicação exclusiva por parte da mãe, o que absorve tempo e energia, podendo levá-la a uma situação de estresse, resultando em desgaste físico e/ ou emocional. Faz-se necessário que profissionais que lidam com a criança hidrocefálica e sua família, em especial a enfermagem, estejam preparados para lidar racional e emocionalmente com situações advindas deste público. Considerando que a assistência de enfermagem não deve ser desvinculada da família e de suas necessidades, é preciso estabelecer uma parceria com mãe a fim de sanar suas dúvidas e seus conflitos em relação ao cuidado da criança. Conhecer a percepção das mães acerca da maternidade a partir da hidrocefalia congênita, elucidando seus conflitos e dificuldades possibilita a enfermagem, como profissional presente e próximo, uma assistência mais humanizada à criança, mãe e família, direcionando-a aos possíveis impasses de cunho emocional, social e acerca da relação do binômio mãe e filho permeada pela doença. Descritores: percepção, hidrocefalia congênita, cuidados de enfermagem Referências: Franco MLPB. Análise de Conteúdo. 3. ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2008.p. 19. FERNANDES CNS; ANDRAUS LMS; MUNARI DB. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. Rev Eletr de Enferm [Internet]. 2006 mar- abr [acesso em 3 dez. 2012]; 8(1): Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_14.htm. HOCKENBERRY MJ.; WILSON D; WINKELSTEIN ML, editores. Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro. Elsevier; 2011.p. 610- 15. NOGUEIRA- MARTINS MCF; BÓGUS CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Socied. [Internet]. 2004 set- dez [Acesso em 03 dez. 2012]; 13 (3): 48 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf . EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família;

14330

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ARINA ISLAINE DA SILVA

PROMOVENDO SAÚDE NO HOSPITAL: EXPERIÊNCIAS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Silva, AI;

PROMOVENDO SAÚDE NO HOSPITAL: EXPERIÊNCIAS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Ariná Islaine da Silva Jaciara Pereira Virginia Borges Ana Izabel Souza Jatobá de Souza Jane Cristina Anders Patrícia Kuerten Rocha INTRODUÇÃO: Entende-se que a hospitalização é um processo que pode vir a ser traumatizante, pois a criança e o adolescente juntamente com sua família encontram-se afastados dos seus familiares, amigos, escola, de seus empregos e de seu círculo de convívio social, perdendo assim, grande parte das suas referências. Além disto, há constantes possibilidades de serem submetidos a procedimentos dolorosos e desagradáveis, a resultados desanimadores em relação ao prognóstico da criança hospitalizada, tendo que lidar com um mundo novo, que a princípio apresenta-se hostil e ameaçador[1]. Entretanto, percebemos que é um local oportuno para a promoção da saúde, pois proporciona um tempo de constante interação entre equipe e crianças e sua família em situação de hospitalização, possibilitando um cuidado do ser na sua integralidade. Neste sentido, abre-se a possibilidade para o desenvolvimento de processos instrutivos, priorizando como objetivo o autoconhecimento do paciente com relação à sua saúde, traduzindo-se em efetiva ação de promoção da saúde. Portanto, compreende-se o ser humano como um sistema aberto e envolvido em redes[2]. Nesse cenário percebemos a importância de se articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o seu cuidado, corrigindo o agir em saúde fragmentado e desarticulado[3]. Partindo desses conceitos esse resumo relata experiências vivenciadas a partir de um projeto de extensão, realizado na unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil junto a crianças e adolescentes hospitalizados e suas famílias, com a finalidade de contribuir para o empoderamento destas diante das suas necessidades de cuidado à saúde. Entendemos que o ambiente hospitalar é um local que proporciona meios para construção de indivíduos autônomos, se atendidos na sua integralidade, contribuindo desta forma para a promoção do empoderamento junto às crianças e adolescentes hospitalizados, bem como seus familiares. OBJETIVO: O presente resumo tem como objetivo, descrever a experiência de acadêmicas de enfermagem na promoção do empoderamento junto às crianças e adolescentes hospitalizados e famílias, tendo o hospital como cenário para tal. Neste sentido, evidenciamos a importância da enfermagem no estabelecimento de vínculos entre o conhecimento e hospitalizados na promoção da saúde. METODOLOGIA: O projeto prevê a realização de oficinas educativas e rodas de conversação com as crianças e adolescentes e suas famílias. Estas são realizadas quinzenalmente, e mesmo sendo previamente organizadas, às vezes é necessária alguma modificação de acordo com a realidade apresentada pela unidade no dia da realização da atividade. Desta forma, as oficinas consistem em atividades dinâmicas e adaptadas a cada situação encontrada. Os espaços utilizados para a realização das atividades foi adequado às realidades verificadas. Neste sentido foram utilizados a brinquedoteca e as enfermarias das crianças, ou dos adolescentes quando foi o caso. Os temas abordados nas oficinas são planejados em conjunto com a equipe de enfermagem da unidade, que de acordo com a necessidade situacional, solicita a abordagem de assuntos específicos. Os temas abordados durante estes encontros foram: Orientação e reflexão sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); Informações acerca da importância da imunização; Maneiras eficientes na prevenção de problemas respiratórios. Participaram do projeto diversos bolsistas de diferentes fases do curso de graduação em Enfermagem da Universidade

Federal. Estes bolsistas foram coordenados por uma professora do Curso de graduação em Enfermagem, em que a mesma disponibilizava os materiais para confecção das oficinas, bem como orientava os encaminhamentos a serem tomados no desenvolvimento das mesmas. A participação nas atividades realizadas se deu de acordo com a quantidade de crianças e adolescentes hospitalizados e seus familiares na Unidade de Internação Pediátrica. Assim sendo, todas as possibilidades na efetivação das atividades foram devidamente consideradas e encaminhadas em termos de estrutura. O projeto igualmente prevê como atividade a ser desenvolvida no ano de 2014, o acompanhamento de famílias de crianças e adolescentes que necessitem de orientação quanto ao uso de dispositivo tecnológico. Logo, a amplitude do projeto não se restringe apenas ao momento de internação, mas passa a abranger crianças, adolescentes e suas famílias como um todo, mesmo no momento da alta hospitalar. Isto passa a consistir em ganhos de qualidade na promoção da saúde, já que as medidas encaminhadas não ficam restritas a unidade hospitalar. Este tipo de atendimento, igualmente visa o fortalecimento da família como unidade a ser cuidada e como unidade de cuidado de seus membros. Em fase posterior o projeto prevê o acompanhamento domiciliar de famílias elencadas pela equipe de saúde no domicílio. Desta forma, torna-se evidente a importância de um trabalho contínuo no que se refere ao empoderamento familiar nos processos de promoção da saúde. CONCLUSÃO: A partir das oficinas e rodas de conversas trabalhamos o empoderamento junto às crianças e adolescentes hospitalizados e suas famílias a fim de torná-las autônomas para o cuidado em saúde. Fica evidente que a continuidade deste trabalho é necessária e eficaz na promoção da saúde. Participar de um projeto de extensão desta natureza possibilitou às acadêmicas ampliar o olhar para além dos modelos de saúde impositivos, percebendo a importância e a necessidade do empoderamento junto às crianças e adolescentes hospitalizados e suas famílias. De igual forma, destaca-se a hospitalização como momento oportuno para a promoção da saúde, evidenciando a necessidade de espaços durante a internação que reforcem este aspecto, tão importante na promoção da saúde. Descritores: família; enfermagem; promoção da saúde. REFERÊNCIAS 1 Brito TRP, et al. AS PRÁTICAS LÚDICAS NO COTIDIANO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA. Esc Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro, v. 4, n. 13, p.802-808, 2009. Disponível em: . Acesso em: 25 jul. 2013. 2 Boff L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. Rio de Janeiro: Vozes, 1997. _____. A voz do arco-íris. Brasília: Letraviva, 2000. 3 Machado MFAS, et al. Integralidade, formação de saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

13862

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BEATRIZ DUTRA BRAZAO LELIS

O ACOLHIMENTO MATERNO NO CONTEXTO DE INTERNAÇÃO DE PREMATUROS EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

Lélis, BDB; Leite, AM;

Introdução - O contexto da prematuridade traz para as mães muitas incertezas em relação ao desenvolvimento de seu bebê, dificuldades específicas para a interação da díade pelas particularidades inerentes à condição do recém-nascido pré-termo, envolvendo profunda adaptação da mãe a mudanças decorrentes da internação e da situação em que se encontra o recém-nascido. Objetivo - O objetivo do presente estudo é compreender os sentimentos vivenciados pela mãe do recém-nascido pré- termo na perspectiva do acolhimento na UCIN em um Hospital Amigo da Criança e as estratégias utilizadas para lidar com as situações percebidas como causadoras de sofrimento. Metodolologia - Estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, pautado no conceito de humanização, processo analítico na modalidade de análise temática. Realizado com mães de recém-nascido pré-termo internados na UCIN, utilizando o critério de saturação teórica, com a entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita, onde foram identificadas as categorias de análise a partir das verbalizações das participantes. Resultados - Foi possível estabelecer uma narrativa tradutora da experiência a partir de três grandes núcleos temáticos vividos na UCIN, os mesmos traduzem intenções, sentimentos, ações estratégicas integrantes da experiência e, a situação de prematuridade pode acarretar para a mãe um sofrimento, que poderá desenvolver sentimentos desestruturantes. O aprendizado e diferentes ambientes são elementos fundamentais do processo por apoiarem a mulher na determinação do como fazer para se inserir e ser presente na vida do seu filho. Contribuições - Os conceitos desvelados pelo estudo permitem a revisão de práticas clínicas de enfermagem e sinalizam para a necessidade de pesquisas de enfermagem neste âmbito. Descritores: Acolhimento. Mães. UCIN. Referência -Wernet, M. Experiência de tornar-se mãe na unidade de cuidados intensivos neonatal. São Paulo. 2007. 135f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

14264

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BEATRIZ DUTRA BRAZAO LELIS

AMAMENTAÇÃO DIANTE DA ANSIEDADE MATERNA COM RECÉM-NASCIDO PORTADORES DE SÍNDROME DE DOWN

Lelis, BDB; Leite, AM; Faleiros, DM; Wernet, M; Oliveira, CR; Sousa, MI;

Introdução - O contexto da amamentação traz para as mães um sentimento de ansiedade em relação ao seu bebê sindrômico, dificuldades específicas pelas particularidades inerentes à condição patológica dificultando o processo de amamentação, envolvendo profunda adaptação de ter um filho Down na mãe diante da situação em que se encontra. Objetivo - O objetivo do presente estudo é compreender a percepção das mães no contexto da amamentação do recém nascido portador de Síndrome de Down e as estratégias utilizadas na assistência profissional. Metodolologia - Estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, processo analítico na modalidade de análise temática. Realizado com cinco mães de recém-nascido portadores de Síndrome de Down, utilizando a entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita, onde foram identificadas as categorias de análise a partir das verbalizações das participantes. Resultados - Foi possível estabelecer uma narrativa tradutora da experiência a partir de categorias presentes no cotidiano dessas mães, o impacto da notícia e a apojadura, características anatômicas do palato e/ou fissura dos recém-nascidos e convivendo com as patologias associadas, os mesmos traduzem intenções, sentimentos de ansiedade, a situação pode acarretar para a mãe um fator inibidor no processo de amamentação. A assistência profissional e diferentes estratégias de manejo são elementos fundamentais do processo por apoiarem a mulher na determinação do como fazer para se inserir e ser presente na vida do seu filho e amamentá-lo. Contribuições - Os conceitos desvelados pelo estudo permitem a revisão de práticas de enfermagem e ações estratégicas integrantes da experiência assistida e sinalizam para a necessidade avanços no contexto de humanização e acolhimento neste âmbito. Descritores: Amamentação. Mães. Síndrome de Down. Referência - Araruna RC, Vendrúscolo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato em um estudo bibliográfico. Rev Latino am Enfermagem. 2000; 8 (2): 99-105.

14039

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRUNA DOMINGOS DOS SANTOS

REINSERÇÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS, NA ÓTICA DAS MÃES

Santos, BD; Nascimento, LC; Pan, R; Rossi, LA; Lima, RAG;

INTRODUÇÃO As queimaduras compõem importante causa de atendimento hospitalar e internação1, principalmente por estar entre as mais dolorosas lesões que o organismo humano pode suportar. Após a ocorrência da queimadura, a criança, na maioria dos casos, é hospitalizada1. Os pais de crianças vítimas de queimaduras podem reagir com diversos sentimentos que podem intensificar problemas preexistentes1. Estes aspectos, bem como os físicos e sociais dos pais, interferem no processo de retorno de crianças queimadas à escola2, tornando particularmente importante abordar as necessidades, preocupações, experiências e comportamentos dos membros da família que são significativos para a criança, como a mãe, o pai ou substitutos1. Relacionado ao retorno escolar, os pais sentem que quando suas crianças começam a se recuperar das injúrias físicas e psicológicas elas se apresentam motivadas a voltar para a escola. Esses pais também percebem que os professores experimentam ansiedade quanto à segurança do retorno à escola da criança queimadas2. Em virtude de as mães serem as principais cuidadoras e participantes ativas do processo de recuperação da criança vítima de queimadura, incluindo o retorno escolar, e por não existirem estudos sobre esta temática no âmbito nacional, propomo-nos a investigar os sentimentos e percepções das mães sobre a reinserção escolar de seus filhos, vítimas de queimaduras, levando-se em consideração os meios socioeconômico e culturais nos quais as famílias estão inseridas, assim como os contextos e as condições de cada acidente. OBJETIVO Identificar as expectativas e as dificuldades associadas à reinserção escolar de crianças com queimaduras, na ótica de suas mães. METODOLOGIA Estudo com abordagem metodológica qualitativa, baseado no referencial teórico da Antropologia Interpretativa3 e no método etnográfico, cuja análise dos dados fora baseada nos pressuposto da análise temática4. Foram convidadas a participar da pesquisa mães de crianças vítimas de queimaduras, em idade escolar, em seguimento na Unidade de Queimados Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UQ-HCFMRP/USP). Definimos crianças em idade escolar como sendo aquelas entre seis e 12 anos de idade; inseridas ou não na escola por ocasião do acidente. A coleta de dados ocorreu no Ambulatório da UQ-HCFMRP/USP e no domicílio, por meio de entrevistas áudio gravadas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) (Processo nº 1480/2011), instituição proponente do estudo, bem como pelo CEP da instituição co-participante. Todas as participantes assinaram duas vias originais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual finalizou o processo de obtenção do consentimento para ingressar na pesquisa. RESULTADOS Participaram do estudo nove mães de crianças vítimas de queimaduras, em idade escolar, com idades entre 24 e 44 anos. Dentre estas, oito eram casadas e uma separada. Uma mãe era analfabeta; duas estudaram até a 3° série do ensino fundamental; uma completou os estudos até a 8° série do ensino fundamental; uma estudou até o 2º ano do ensino médio; e, a outra, cursava nível superior. A renda mensal variou de dois mínimos a oito salários mínimos. O número de pessoas residentes no domicilio foi entre três a nove pessoas, com média de seis pessoas por domicílio. Cinco famílias eram procedentes de Ribeirão Preto, outras três eram de municípios circunvizinhos à Ribeirão Preto e uma era de Cuiabá. Os resultados foram organizados em três unidades de sentido: Sentimentos das mães que antecedem e postergam o retorno à escola; De volta à escola, a qual compreende os subtemas: Recepção da escola pública e privada; Discriminação e estigma, e Fatores facilitadores da reinserção da criança na escola; e, por fim, Repercussões econômicas da queimadura no

âmbito escolar. Sentimentos das mães que antecedem e postergam o retorno à escola As mães se sentem ansiosas e com medo de como seus filhos serão recebidos na escola após o acidente e como será a adaptação deles. Elas podem postergar o retorno da criança à escola devido ao processo de vigilância aumentada e, muitas vezes, acabam acatando o desejo da criança de não voltar. Quando o diretor da escola disse que a mãe pode levar a criança para a escola, a mãe argumentou: "Só que ela não pode machucar (...). Mesmo sentadas, elas [as crianças da escola] se machucam". De volta à escola Recepção da escola pública e privada Realidades distintas tiveram implicações significativas na adaptação da criança à escola. Uma criança que estudava em uma escola particular, em seu retorno após a queimadura, utilizou como estratégia, providenciada pela equipe pedagógica da escola, a exposição para sua turma sobre o que aconteceu com ela. Esta estratégia foi muito positiva, tanto para a mãe quanto para seu filho, pois o ajudou em sua recuperação. Estratégias semelhantes para a adaptação da criança não foram relatadas por mães de crianças inseridas em escolas públicas. A discriminação e o estigma As crianças vivenciaram situações de discriminação e estigmatização, até mesmo fora do ambiente escolar, provocando nas mães diferentes reações. Uma delas agiu de forma defensiva, utilizando-se de falas agressivas com pessoas que faziam comentários preconceituosos e outra mãe agiu com naturalidade às falas de discriminação, apoiando o filho quando este referia ignorar o preconceito, e não provocar conflitos com colegas da escola. Fatores facilitadores da reinserção da criança na escola Os discursos das mães evidenciaram que uma criança recebeu cartas dos colegas de classe, enquanto estava internada, e outra recebeu a visita da professora, mantendo o vínculo entre a criança e os membros da escola, facilitando posteriormente o retorno dessas crianças em suas escolas. Repercussões econômicas da queimadura no âmbito escolar A maior parte das mães relatou algum impacto financeiro na renda familiar, pois um ou mais provedores necessitaram abandonar seus trabalhos para cuidar da criança vítima de queimaduras e/ou de seus irmãos. Esse impacto, em uma das famílias, ocasionou várias mudanças de escola, inclusive de uma escola particular para uma pública, o que implicou diretamente na reinserção escolar da criança. CONCLUSÃO O estudo demonstrou que as mães de crianças vítimas de queimaduras apresentam sentimentos, comportamentos e atitudes singulares relacionados à reinserção e a adaptação de seus filhos na escola. Esse processo implica na necessidade de as mães lidarem com novas demandas, como a discriminação. Aspectos relacionados ao preparo das escolas para receber as crianças contribuem para reinserir a criança nesse contexto. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM A análise dos sentidos da reinserção escolar atribuídos pelas mães de crianças vítimas de queimaduras contribui para o planejamento do retorno escolar de outras crianças nesta condição. Com o desenvolvimento desta pesquisa, esperamos contribuir com o desenvolvimento do conhecimento para a análise compreensiva do processo de reinserção escolar de crianças vítimas de queimaduras, na perspectiva de suas mães. Descritores: criança, queimaduras, escolas, mães, enfermagem pediátrica. REFERÊNCIAS 1. Bicho D, Pires A. Comportamentos de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras. Anál. psicol. 2002; 1(10):115-129. 2. Horridge G, Cohen K, Gaskell S. Burned: Parental, psychological and social factors influencing a burn-injured child's return to education. Burns. 2010; 36:630-638. 3. Geertz C. Uma Descrição Densa: Por uma teoria interpretativa da cultura. In:__. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1989. p. 13- 44. 4. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006; 3(2):77-101.

14204

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAROLINA MARQUES MARCONDES PINTO

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Pinto, CMM; Silveira, APX; Suano, RHF; Izabel, LSRS; Carneiro, JAC; Santos, NC;

Introdução: O cuidado paliativo à família da criança doente perpassa vários olhares e saberes num processo compartilhado de construção. Prestar cuidado a uma criança enferma de forma alguma é sinônimo de investir no prolongamento de sua existência com sofrimento, mas oferecer a oportunidade que viva plenamente cada momento em que haja vida. O principal objetivo do cuidado paliativo é acrescentar qualidade de vida aos dias, e não dias à vida. Isso representa um grande desafio para a equipe de enfermagem, visto que, com a valorização do cuidado, são estes os profissionais que mais vivenciam a realidade do paciente, cabendo-lhes a responsabilidade de auxiliar no resgate da autoestima, do conforto e da individualidade do paciente e de sua família. A presença dos pais é essencial para a equipe multiprofissional, pois "são os porta-vozes da criança", representam os sentimentos, as atitudes e os comportamentos sócio-culturais internalizados no mundo da criança. São os mediadores da criança no mundo do hospital1. Ao vivenciar a hospitalização de seu filho, a família se desestrutura emocionalmente e em sua organização, passando por um período de vulnerabilidade. É de suma importância a compreensão de como os pais de crianças em cuidados paliativos baseiam-se em suas crenças, práticas religiosas e espirituais ao lidar com as doenças de seus filhos. Tradicionalmente, a palavra espiritualidade tem sido confundida com a palavra religião, com a maioria das pessoas acreditando que ambas se referiam principalmente às crenças e práticas religiosas. A religião é um sistema de crenças que permite às pessoas conceitualizar e expressar sua espiritualidade2. Para alcançar a dimensão espiritual, uma pessoa não necessita pertencer a uma religião, ou seja, a um sistema de crenças organizado, que envolve um culto compartilhado por um grupo que inclui a existência de uma força divina ou um ser superior e propõe normas, idéias, práticas e rituais. Espiritualidade relaciona-se com elementos que transcendem o tangível e conduz um propósito à vida. Além disso, os aspectos espiritualistas podem mobilizar energias positivas e melhorar a qualidade de vida das pessoas3. As necessidades espirituais dos pacientes que morrem parecem ser mal compreendidas. A essência do cuidado espiritual está em reconhecer e afirmar o valor do indivíduo, suas crenças pessoais, sentimentos, esperanças e medos2. A equipe multidisciplinar necessita melhorar a abordagem sobre espiritualidade e religiosidade com as famílias objetivando um cuidado com qualidade. Objetivo: Este estudo consiste em uma revisão da literatura que objetiva analisar a produção científica sobre a abordagem da espiritualidade e religiosidade em famílias com crianças em cuidados paliativos. Metodologia: Foi realizado um levantamento bibliográfico com o método de revisão integrativa da literatura; através da busca de artigos indexados nas bases: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrietal System On-Line) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência); de 2000 a 2012. Foi possível realizar um levantamento bibliográfico de 20 referências nas bases de dados citadas, e destes, selecionados apenas aqueles pertinentes ao tema em questão, totalizando assim 6 estudos; os quais foram analisados seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Resultados: Existem poucas evidências disponíveis sobre a espiritualidade das crianças em programas de cuidados paliativos pediátricos e sobre seus pais, apesar de existir uma série de comentários, diretrizes e editoriais sobre o assunto. Isso é um pouco surpreendente, pois cuidados paliativos pediátricos, por definição, é destinado a "aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança" e tratar a família como um todo. Estudos de espiritualidade nos cuidados paliativos têm sido dificultados pela falta de definição comum, a falta de esclarecimento sobre o papel da espiritualidade nos cuidados paliativos, sobre quem deveria realizar esse cuidado, e a falta de rigor

científico4. Os pais de crianças em programas de cuidados paliativos são susceptíveis de serem confrontados com uma série de decisões médicas em toda a vida de seus filhos e, portanto, podem ter uma maior confiança na fé, em Deus, e enxergar a religião e espiritualidade como um mecanismo de enfrentamento. Embora vários estudos têm documentado a espiritualidade nos cuidados paliativos a maioria está focada em adultos4. Conclusão: A relação entre questões espirituais e qualidade de vida está cada vez mais presente nos estudos, por isso se faz necessário um mediador desse domínio para facilitar o aprimoramento das intervenções e da assistência à saúde. Ressalta-se ainda a importância da utilização de escalas que abordem de forma ampla e envolvam os aspectos sobre religiosidade e espiritualidade. Para isso, é necessário que todos os profissionais da saúde busquem maior compreensão sobre a espiritualidade e sua relação em todos os momentos da vida, pois é evidente, nos dias de hoje, o crescimento pela busca da fé, da esperança e do sentido da vida por todas as pessoas. Os profissionais de saúde precisam se familiarizar com os significados dos conceitos espirituais e religiosos que surgem para os pacientes e suas famílias em sua área clínica ou especialidade. O atendimento integral de toda a pessoa, principalmente no final da vida ou em ambientes de cuidados críticos, não só inclui o cuidado físico, mas inclui também a sensibilidade para assuntos espirituais, religiosos e existenciais. A medida que os profissionais de saúde se tornam mais conscientes das crenças religiosas e espirituais das famílias, provavelmente eles vão se sentir mais equipados para incorporar a assistência espiritual no final da vida e apoiar as famílias com crianças em cuidados paliativos5. Referências: 1. Costa TF, Ceolim MF. A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2010 dez;31(4):776-84. 2. Barham D. The last 48 hours of life: a case study of symptom control for a patient taking a Buddhist approach to dying. Int J Palliat Nurs. 2003 Jun;9(6):245-51. 3. Guerrero GP. Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Ribeirão Preto. Tese [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2011. 4. Knapp C, Madden V, Wang H, Curtis C, Sloyer P, Shenkman E. Spirituality of parents of children in palliative care. J Palliat Med. 2011 Apr;14(4):437-43. 5. Rosenbaum JL, Smith JR, Zollfrank R. Neonatal end-of-life spiritual support care. J Perinat Neonatal Nurs. 2011 Jan-Mar;25(1):61-9. Descritores: cuidados paliativos, espiritualidade, família, criança

14544

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CÁTILA SCHOTT GELATTI

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA INTERNADA

Schott, CSG; Quadros, MIQ; Severo, PS; Beltrame, AB; Dias, JD; Rangel, RRF;

INTRODUÇÃO: A enfermagem tem por intuito a assistência e cuidado totalitária e integral ao ser humano, seja este individualmente, familiar ou comunitário. A enfermagem possui a característica de não descartar o aspecto humanizador de fazer saúde, visto que tem seu foco de atenção no cuidado ao ser humano1. Ao se deparar com a necessidade da hospitalização da criança, a família pode compreender o hospital como um ambiente estranho, que fomenta sofrimento físico e emocional. Este fato faz com que ela se sinta esgotada, pouco à vontade para cuidar da criança e, geralmente, ignorada em suas necessidades, o que pode tornar a hospitalização uma experiência traumatizante2. Estar hospitalizado pode significar recolher-se em um ambiente frio, impessoal e ameaçador; e não é uma opção, mas uma necessidade, muitas vezes em emergência, sob um clima de expectativa e até de medo3. Na hospitalização ocorre uma interrupção do ritmo comum de vida, seja por curto ou longo prazo. Assim que uma criança é internada, os riscos de stress impactam justamente nos familiares do menor, os quais são os de maior convívio com o mesmo, pois o veem como um ser mais delicado e instável, vendo deste modo quando é hospitalizada experimentam sensações de exaltação e insegurança, complicando o reconhecimento da situação a qual se encontra. Com um cuidado competente, a enfermagem tem por obrigação conhecer a família do paciente internado, tendo em vista que os entes são um dos responsáveis para a melhoria do doente, ajudando a equipe com informações para facilitar o trabalho com o enfermo. Porém, é necessário haver uma humanização com a família, pois estes se sentem desamparados perante a situação a qual a casa se depara, colocando em risco muitas vezes a estrutura familiar. A hospitalização de uma criança suscita na família situação de crise, caracterizada por vários fatores como descontinuidade na satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais, e aparecimento do sentimento de culpa e ansiedade4. A equipe acaba focalizando somente a doença e esquece-se de ter um contato maior com o acompanhante da criança, sendo indispensável à comunicação de ambos para proporcionar de forma benéfica tanto a saúde do paciente quanto da família. Objetivo: : Investigar na literatura a produção científica acerca do cuidado de enfermagem a criança hospitalizada e a família. Metodologia: Trata-se de um estudo com coleta de dados realizada por meio de levantamento bibliográfico nas bases de dados online. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, destinada a busca de referências na base de dados BIREME (Biblioteca virtual em Saúde) sobre o assunto "cuidado assistencial de enfermagem ao acompanhante da criança internada" O termo "acompanhante da criança hospitalizada" e "familiar da criança internada" foi lançado na respectiva base de dados para verificar o que tem sido publicado sobre a temática. Foram encontrados 107 artigos. Para utilização na pesquisa, foram definidos alguns critérios de seleção. Foram selecionados apenas artigos completos, em português e focados exclusivamente na temática pesquisada. Teses, áudios e documentos de projetos foram descartados. Restaram 5 artigos que estiveram dentro dos critérios de inclusão. A coleta dos artigos e a análise dos mesmos ocorreram durante o mês de agosto de 2013. Os assuntos abordados nos artigos foram discutidos neste artigo. A análise dos estudos selecionados, em relação ao delineamento de pesquisa, foi feita por meio de leitura exaustiva dos artigos selecionados. Os principais assuntos abordados em cada artigo foram analisados e discutidos nesse trabalho RESULTADOS E DISCUSSÕES: Este estudo ressalta a importância e a integridade da família, diante da internação da criança.. A internação da criança constitui um importante fator desencadeante de crise na família, pois, além do sofrimento causado pela própria doença, o equilíbrio de cada um de seus membros e os papéis ocupados por eles, é

afetado diretamente o que pode precipitar, por vezes, a desestruturação familiar5. A culpa, sentimento predominante na família, acaba por transmitindo à criança insegurança e medo, prejudicando ambas as partes. Para a criança os laços de afetos como: amor, carinho e segurança são de suma importância e devem ser sempre demonstrados e ressaltados, principalmente ao manifestar desconforto e vontade de ir para a casa. Por isso, a assistência da enfermagem prestada de maneira humanizada e integral é decisiva para haver um bem estar mútuo. Neste âmbito, evidencia a necessidade do profissional enfermeiro passar a considerar a assistência centrada na família como parte integrante da prática de enfermagem, resgatando seu papel de integrador das ações, no sentido do estabelecimento de uma efetiva relação de ajuda, utilizando estratégias que objetivem a interação com o cliente-familiar, por meio de atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia5. Assim, o profissional enfermeiro deve fazer parte de uma estratégia de acolhimento sólida e humanizada, tanto para o paciente quanto o familiar, para melhor gestão da unidade e também realizando um trabalho sensível e individualizado, permitindo assim, à criança e sua família, retomar o controle gradativamente de suas vidas, impulsionado pelo apoio profissional, rumo à reconquista de sua condição de autonomia, seja no contexto hospitalar, seja em seu processo de reinserção social. Conclusão: Com base nos dados obtidos verifica-se que a família e a criança necessitam do apoio e suporte fornecido pelo enfermeiro. O impacto da hospitalização é considerado uma alteração na sua rotina diária, podendo durar longos períodos, percebendo assim uma desestrutura familiar, implicando na reorganização de hábito, horários e ambiente acarretando incertezas, medos, angústias e estresse. A enfermagem desempenha um papel fundamental para amenizar as implicações desta experiência traumática tendo um novo olhar para a assistência integral, ampliada à família e seu universo que necessita de um cuidado holístico, criando um dialogo, vinculo e estando mais presente pronto pra atender as necessidades assim transmitindo confiança, esperança e suporte, melhorando sua qualidade de vida. Entende-se que este estudo, possa fornecer dados para aprimorar a ação dos profissionais de saúde para um novo modelo, voltado ao cuidado mais humanizado centrado no enfermo e também ao seu cuidador tendo em mente todas suas dimensões. IMPLICAÇÕES DE ENFERMAGEM: Compreende-se a relevância de discussão da temática, pois se entende que frente à situação de internação hospitalar da criança é preciso considerar a família como parte fundamental do cuidado. Para isso, é importante que os profissionais de enfermagem sejam instigados e tenham espaços para discussão e reflexão sobre o processo de cuidar. Entende-se que essa discussão precisa permear não só os espaços de saúde, mas também a academia visando uma formação para o cuidado integral em saúde. DESCRITORES: Criança Hospitalizada, Família, Hospitalização. Referencial: 1. Dutra De Sousa Lenice, Calcagno Gomes Giovana, Santos Da Silva Mara Regina, Pinto Dos Santos Cristiano, Tarouco Da Silva Bárbara. A FAMÍLIA NA UNIDADE DE PEDIATRIA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DA DIMENSÃO CUIDADORA. 2011 2. Pinto J, Ribeiro C, Silva C. Procurando manter o equilíbrio para atender as demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. Rev Lat Am Enfermagem. 2005 3. LEITÃO, Marisa Sá. O Psicólogo e o Hospital. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto, 1993. 4. Xavier SCM, Almeida MFPV, Regazzi I. As estratégias terapêuticas de enfermagem como minimizantes do estresse da criança hospitalizada. 2010 5. Hayakawa (2009) (ta incompleto porque estou esperando me mandarem no estilo correto).

14011

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CIRCÉA AMALIA RIEIRO

BUSCANDO PREVENIR A REINTERNAÇÃO PARA PRESERVAR-SE DO SOFRIMENTO: A FAMÍLIA FRENTE AO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA APÓS A ALTA HOSPITALAR

Pinto, JP; Mandetta, MA; Ribeiro, CA;

Introdução: O processo de recuperação representa uma das etapas da doença que vem sendo pouco pesquisada, em especial no que diz respeito à experiência vivida pela família da criança que esteve hospitalizada em decorrência de uma doença aguda e considerada potencialmente de bom prognóstico. Embora exista um movimento em defesa da abordagem do cuidado centrado na família, no Brasil, com frequência, observamos que a alta hospitalar continua privilegiando a dimensão biológica da criança e a prescrição medicamentosa, reforçando a perspectiva do cuidado centrado na patologia da criança. Tal perspectiva não contempla as implicações dessa etapa da doença para a criança e sua família, sugerindo que o processo de recuperação iniciado no hospital, seja concluído satisfatoriamente em casa, sob a guarda dos responsáveis, de acordo com as orientações de alta. Objetivos: Compreender o significado atribuído pela família à sua vivência no processo de recuperação da criança acometida por doença aguda após a alta hospitalar e Elaborar um modelo teórico acerca dessa experiência. Metodologia: foram adotados como referencial teórico o Interacionismo Simbólico, uma perspectiva da análise das experiências humanas que tem como foco de estudo a natureza da interação e, como referencial metodológico, a Teoria Fundamentada nos Dados-TFD, que visa descrever conceitos que emergem dos dados e interpreta a relação entre estes, permitindo a construção de modelos teóricos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada e observação participante com onze famílias representadas por: onze mães, três pais e um irmão, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, protocolo de nº 0005/07)..Como é preconizada pela TFD, a análise dos dados foi acontecendo simultaneamente à coleta dos mesmos, de forma constante e comparativa, seguindo os passos:-codificação aberta que consiste em identificar e analisar cuidadosamente os dados e conceituá-los em forma de códigos; -categorização, que consiste em agrupar os códigos por similaridades e diferenças, formando categorias; -codificação teórica, processo de especificar as categorias a um fenômeno, a partir de aspectos que dela se sobressaem; identificação e compreensão da categoria central, que constitui o elo entre as categorias e construção do Modelo Teórico representativo da experiência. Resultados: A análise comparativa dos dados levou à formulação de conceitos que revelaram dois fenômenos interativos, ou seja, que exercem entre si efeitos mútuos, são interdependentes e seguem uma trajetória mútua: Mobilizando-se para resgatar o equilíbrio de seu funcionamento e Sofrendo com a possibilidade de reinternar a criança. A interação entre os dois fenômenos permitiu construir o Modelo Teórico BUSCANDO PREVENIR A REINTERNAÇÃO DA CRIANÇA PARA PRESERVAR-SE DO SOFRIMENTO, revelando que a família vivencia o alívio por encontrar-se em casa com a criança apresentando sinais de recuperação, enquanto teme a possibilidade de precisar vivenciar uma nova internação, uma vez que a criança está mais vulnerável e a hospitalização gerou um grande sofrimento à família; quais as interações familiares que favorecem a sua adaptação, após o impacto e a desorganização causada pela hospitalização da criança e quais aspectos geram sofrimento à família e comprometem a adaptação familiar, colocando em risco a retomada de seu equilíbrio. Revelou, ainda, que os efeitos da doença e hospitalização podem continuar manifestando-se no funcionamento familiar, gerando sofrimento, mesmo após a alta e a recuperação completa da criança, já que a família permanece abalada e mantém-se em alerta no sentido de identificar precocemente quaisquer alterações na condição de saúde da criança que indiquem o retorno ou o

agravamento da doença e a possibilidade de uma nova reinternação. Tais achados permitem afirmar que, após a alta hospitalar, a família continua tendo demandas e enfrentando dificuldades para manter seu equilíbrio em decorrência do impacto da hospitalização e do processo de recuperação da criança. Conclusão: Os referenciais, teórico e metodológico, adotados possibilitaram desenvolver uma teoria que desvela a experiência da família frente ao processo de recuperação de uma criança acometida de doença aguda após a alta hospitalar, compreendendo as interações sociais que acontecem entre seus membros e destes com os demais elementos da situação. As definições elaboradas pela família deram origem ao sofrimento e às ações que, por um lado, representam comportamentos facilitadores da experiência, evidenciando sua capacidade de enfrentamento e, por outro lado, os comportamentos que refletem sua vulnerabilidade e dificultam sua adaptação. Essa etapa da experiência da doença da família não se restringe à duração do processo de recuperação da criança, uma vez que a interação com o adoecimento e a hospitalização podem gerar mudanças que se estendem além desta. Implicações para a enfermagem: Os profissionais de saúde devem considerar que a família ainda pode necessitar de apoio após a hospitalização da criança e empregar o modelo teórico desenvolvido como um guia de investigação e avaliação para identificar situações que representam as potencialidades e necessidades familiares ou geram vulnerabilidade nesse processo de transição do hospital para a casa. Assim, as intervenções de enfermagem devem estar pautadas na abordagem do cuidado centrado na família, a fim de fortalecer a mesma e diminuir a utilização dos serviços de saúde de emergência e o número de reinternações. Mesmo que a família não tenha tido o controle da transição desencadeada pela doença e hospitalização da criança, os profissionais de saúde podem ajudá-la a se preparar para ter maior controle e participação na alta hospitalar e na transição para casa, onde ela deterá o poder de decidir como vai reassumir os cuidados da criança convalescente. A criação de serviços de apoio à família no ambiente intra e extra-hospitalar a fim de encorajar respostas adaptativas durante esse período de transição entre a doença e a recuperação da criança, da tutela do hospital para autonomia em casa e a habilidade da enfermeira em educar os pais para que assumam os cuidados da criança, após a alta, é uma das maneiras de fortalecer a família deixando-a mais segura, além de diminuir a utilização dos serviços de saúde de emergência e o número de reinternações. Assim, os resultados podem contribuir com a concretização da integralidade da assistência proposta, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, evidenciando a necessidade de ações intersetoriais combinadas e voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. O atendimento integral, além de propor a compatibilização das ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, também representa uma inovação no modo de cuidar das pessoas e de buscar soluções adequadas para os problemas e necessidades de saúde da população. Referências: 1.Charon, J.M. Simbolic Interacionism. 9 ed. Upper Saddle River, New Jersey: Person Prentice Hall, 2007. 2. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill, MAM. O processo de recuperação da criança após a alta hospitalar: revisão integrativa. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 23, n.6,2010. 3. Strauss AL, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008. 4. Glaser, BG. The Grounded Theory Perspective: conceptualization contrasted with description. Mill Valley: The Sociology Press, 2001. 5. Glaser BG, Holton J. Remodeling Grounded Theory. The Grounded Theory Review. v.4, n.1, p.1-26, 2004. Descritores: Família; Criança; Convalescença.

14539

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELA DOULAVINCE AMADOR

A UTILIZAÇÃO DA NARRATIVA COMO UMA ESTRATÉGIA PARA ENSINAR ALUNOS E PROFISSIONAIS A "PENSAR FAMÍLIA"

Amador, DD; Marques, FRB; Balieiro, MMFG; Mandetta, MA;

Introdução: o uso de narrativas sobre a experiência de doença e hospitalização de um membro vivenciada pela família pode representar uma estratégia para o ensino do "pensar família". Ao adota-la em um workshop que realizamos sobre o ensino do cuidado centrado na família nos questionamos sobre o sentido atribuído pelos participantes. Objetivo: conhecer a percepção de profissionais de saúde e alunos de graduação quanto ao uso da narrativa da família como uma estratégia para o ensino do "pensar família". Método: estudo qualitativo. Os dados foram coletados por meio de um questionário aplicado a 29 participantes, profissionais e alunos de graduação, no referido workshop após assinatura do termo de consentimento. Os dados foram analisados de acordo com a Análise Qualitativa de Conteúdo. Resultados: Da análise emergiu o tema "oportunidade para ser sensibilizado para a vivência de sofrimento da família" revelando que a narrativa é uma excelente estratégia, pois possibilitou aos participantes um espaço de escuta atenta da experiência da família. O tema é composto por duas categorias representativas da percepção dos profissionais e dos alunos de graduação, respectivamente: a) a narrativa como estratégia de reflexão da prática e resgate do humanismo profissional; e b) despertar para a família como parte do processo de formação discente. Conclusão: a narrativa como estratégia de ensino promove a sensibilização para o "pensar família" tanto para o profissional de saúde como para discente, a partir de vivências reais. Recomenda-se a utilização dessa estrategia nos cenários de ensino em todos os níveis de formação e a implementação do modelo do cuidado centrado na família nos cenários de cuidado. Descritores: Família. Hospitalização. Educação.

14555

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELA DOULAVINCE AMADOR

CÂNCER INFANTIL: COMPREENDENDO A DINÂMICA FAMILIAR

Amador, DD; Reichert, APS; Collet, N;

Introdução: A família tem um papel significativo durante o processo de hospitalização e doença da criança e, dependendo de como essa família encontra-se estruturada, o câncer da criança afetará o seu funcionamento de diferentes formas. Para compreender melhor essa experiência é necessária a interação do enfermeiro com o cuidador familiar e a família, buscando compreender como o adoecer da criança ameaça o ambiente familiar. Objetivo: Compreender como o câncer infantil interfere na dinâmica familiar. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que teve seu material empírico construído por meio de entrevistas gravadas no período de fevereiro a abril de 2011, realizadas com nove cuidadores familiares de crianças com câncer que se encontravam hospedados numa instituição de apoio à criança com câncer. A análise foi realizada conforme o referencial teórico analítico da Análise de Discurso de linha francesa. Da análise emergiu o tema sofrimento vivenciado pelo cuidador famíliar ao afasta-se da família. Resultados: O discurso dos cuidadores revela o conflito vivenciado diante do câncer na criança, pois desejam e se sentem na obrigação de cuidar do filho doente, entretanto, ao mesmo tempo, experimentam angústia e sofrimento por não poderem acompanhar o desenvolvimento de sua família, por terem que se afastar do lar, dos demais filhos e, nesse processo, reconfigurar seu papel de cuidador, agora com novas características e novas exigências. Cuidar do cuidador familiar exige fundamentalmente a captação das suas experiências internas e suas angústias, a fim de compreender os significados que a família atribui aos eventos vivenciados. Conclusão: Diante de todas as necessidades que permeiam o campo da oncologia pediátrica, destaca-se a importância da integralidade como princípio norteador da produção do cuidado que acolha tanto a criança quanto a sua família, a partir de uma abordagem humanizada. Descritores: Família. Enfermagem Pediátrica. Neoplasias.

13824

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANUSA BEGINI

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR PRESTADA ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE DOENÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Begnini, DB; Girardon-Perlini, NMOGP; Fukes, AMPF; Souza, TPS; Amthauer, CA; Rosa, BVCR;

INTRODUÇÃO A atenção domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.1 Prestar atenção de enfermagem no domicílio não se trata meramente de uma continuidade de cuidados prestados anteriormente no serviço de referência, trata-se, porém, de uma visão integral do indivíduo, respeitando seu contexto e sua realidade de vida para assim intervir no cotidiano do mesmo. O processo de cuidar na atenção domiciliar está interligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, a infraestrutura do domicílio e a estrutura oferecida pelos serviços para essa assistência.2 Em se tratando da estrutura familiar, a mesma pode ser entendida como o grupo que se identifica como tal, composto por duas ou mais pessoas que podem ou não estar unidas por laços sanguíneos ou legais.3 O enfermeiro, ao olhar a dinâmica familiar e, tentando compreender suas características, necessidades e expectativas, pode prestar uma assistência mais direcionada, fazendo com que a família em conjunto com o doente tome decisões conscientemente, levando em consideração seus valores, crenças e particularidades.4 O enfermeiro que se sensibiliza pela família é capaz de reconhece-lá como um fenômeno complexo que demanda apoio em tempos de dificuldades, sobretudo em situação de doença.5 O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do profissional da enfermagem que desempenha seu papel na atenção domiciliar prestada às famílias em situação de doença. METODOLOGIA Trata-se de um relato de experiência da atuação profissional da enfermagem na atenção domiciliar às famílias em situação de doença de um município localizado no noroeste do RS. A atenção domiciliar foi realizada através de visitas feitas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no domicílio das famílias que possuíam um membro enfermo por qualquer tipo de doença crônica. As visitas aconteciam com regularidade mensal, de modo que a equipe de atenção básica disponibilizava um dia da semana para realizar cerca de 10 visitas, tendo essas a duração média de 45 minutos. Os profissionais que participavam das visitas eram o médico e o enfermeiro. O papel da enfermagem era, principalmente, de fortalecer uma rede de apoio com a família, prestando assistência, estando aberta para ouvir os medos e dificuldades dos familiares e do doente e contribuindo para amenizar o sofrimento, através da escuta e posterior intervenção, visando a qualificação da família para o enfrentamento da doença. As principais doenças que acometiam as famílias eram as doenças crônicas, sendo elas: diabetes, hipertensão, câncer e acidente vascular cerebral (AVC). Dentre as finalidades da atenção no domicílio estava: fornecer subsídios às famílias para a prática de cuidados congruente com as necessidades do indivíduo em situação de enfermidade, estreitar vínculos e proporcionar uma troca de experiências entre profissionais e famílias, fornecer apoio, amparo e também medidas práticas como verificação de sinais vitais, receitas, medicamentos, atestados, encaminhamentos em alguns casos medicação. Ao final das visitas, os profissionais retornavam à ESF e registravam no prontuário do usuário as considerações sobre a atenção domiciliar destinada a esse. RESULTADOS O papel da enfermagem é amplo em se tratando da atenção domiciliar destinada às famílias, assim, optou-se por relatar apenas algumas ações desempenhadas. Em situações de diabetes e/ou hipertensão, por exemplo, era possível realizar um diálogo acerca das questões de aplicação de insulina subcutânea e administração de

medicações via oral, ressaltando a importância da família na participação e incentivo à terapêutica proposta ao doente. Pode-se ainda intervir na condição alimentar, quando essa se fez necessária, e no estímulo à atividade física, sensibilizando toda a família para um novo estilo de vida e prevenindo possíveis problemas de saúde nos demais membros da família. No caso de um indivíduo com câncer, por exemplo, era possível realizar uma escuta terapêutica dos membros da família que se sentiam aptos a falar, além de disponibilizar de informações sobre os serviços de referência onde os indivíduos doentes realizavam suas consultas, quimioterapia e radioterapia. Era possível ainda dispor de uma avaliação do paciente enfermo, atentando para o bem estar geral e instigar atividades de lazer tendo em vista as possibilidades do paciente, ainda destaca-se a importância de manter ou recuperar a identidade do doente e seus familiares, dentro da dinâmica familiar. No caso do paciente com AVC, dava-se atenção, principalmente, para a locomoção prejudicada dos mesmos, o que, consequentemente, alterava a rotina diária, na maioria dos casos, de um dos membros da família que assumia o papel de cuidador principal. Assim, algumas ações de enfermagem centravam-se na reavaliação de hábitos do cotidiano que visassem facilitar o manejo do doente, e também que auxiliassem na alternação de decúbito, visto que a maioria desses indivíduos eram cadeirantes ou acamados, prevenindo, dessa forma, úlceras por pressão. A qualificação das habilidades da família e a possibilidade de ver no enfermeiro uma fonte de esclarecimento sempre que necessário reforçam o vínculo entre as partes. Frente a isso, pôde-se propor ações terapêuticas adequadas a cada família, visto a situação de doença que as mesmas enfrentavam e suas particularidades. Foi possível envolver todos os membros no cuidado ao doente e oportunizar que estes pudessem se reconhecer dentro da família. Estimulou-se um vínculo de confiança, respeito e ética nas ações realizadas, destacando o respeito à dignidade e ao tempo de adaptação, ou não, de cada família. CONCLUSÃO A família, além do doente, necessita ser assistida, pois esta também corre o risco de ser acometida por uma doença, principalmente de cunho emocional. Qualificar a família frente à doença trata-se de, primeiramente, conhecer suas limitações e potencialidades além dos recursos que a mesma possui, respeitando seus valores culturais, sociais e educacionais, este é um dos papeis do enfermeiro. É oportuno ressaltar que a enfermagem em atenção domiciliar necessita olhar a família em sua integralidade e de maneira humanizada, despertando sua autonomia e respeitando sua singularidade. E a família por sua vez, através da assistência adequada, pode olhar para a enfermagem como uma oportunidade de apoio na prestação de cuidados ao ser doente e fonte de incentivo a um prognóstico de sucesso. REFERÊNCIAS 1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 DOU de 28/10/2011 (nº 208, Seção 1, pág. 44). Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar. Vol. 1. Brasília - DF, 2012. 3. WERNET M, ÂNGELO M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. Rev. Esc. Enferm. USP. [Acesso em 19 out. 2012.2003]; 3 7(1): 19-25. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n1/03.pdf 4. RESTA DG, BUDÓ MLD. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá, [Acesso em: 25 jul. 2013] v. 26, no. 1, p. 53-60, 2004. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1617/1058 5. ÂNGELO M. Abrir-se para a família: superando desafios. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, [Acesso em: 20 out. 2010] 2v.1, n.1/2, p.7-14, jan/dez. 1999. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4882 DESCRITORES: Enfermagem, família, doença

13825

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANUSA BEGINI

O PACIENTE ONCOLÓGICO FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS E SUA FAMÍLIA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Begnini, DB; Girardon-Perlini, NMOGP; Fukes, AMPF; Rosa, BVCR; Stamm, BS; Camponogara, GC;

INTRODUÇÃO O câncer é definido como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, invadindo tecidos e órgãos e dividindo-se rapidamente.1 Conviver e cuidar de um doente por câncer pode trazer sobrecarga emocional, stress, medo, cansaço, ansiedade e menor satisfação com a vida, sendo a família a mais atingida por esses fatores.2 A família pode ser entendida como um grande sistema que possui subsistemas (como o dos pais-filhos, de cônjuges e de irmãos) podendo ser aninhada em suprassistemas mais amplos, como vizinhanças, organizações ou comunidades religiosas.3 A interação entre o paciente oncológico e sua família é uma relação complexa, onde o doente sofre com as alterações da família e a família sofre com as do doente.2 À medida que o doente por câncer entre em estágio terminal, o que é um fato advindo do progresso da doença, a família se envolve com os cuidados e atividades relacionadas com as suas necessidades, como, alimentação, higiene e conforto. No decorrer do tempo, esses cuidados podem desencadear desgaste físico e mental mais especificamente ao cuidador principal, sendo, geralmente, um membro da família.2 Define-se o cuidado paliativo como assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, por meio de ações que visem o controle da dor e dos demais sintomas e que tem como objetivo a qualidade de vida do paciente e de seus familiares.4 Os cuidados prestados pela Enfermagem na perspectiva humanística e em medidas terapêuticas paliativas vão além do desempenho de determinados procedimentos técnicos. Eles envolvem o cuidado humanizado e atenção direcionado ao doente e à família, permanecendo em alerta para uma abertura frente à situação terminal, bem como comunicar essa disponibilidade, pois é um compromisso existencial fornecer algo a mais, além das atividades inerentes à Enfermagem.5 Este trabalho objetiva relatar a experiência profissional de cuidados de enfermagem prestados aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e suas famílias. METODOLOGIA Trata-se de um relato da experiência profissional da enfermagem no cuidado ao paciente oncológico fora de possibilidades terapêuticas e sua família em ambiente hospitalar. Tem-se como cenário a clínica médica de um hospital de médio porte. Os cuidados eram prestados pela enfermeira do turno, e aconteciam durante as visitas de enfermagem à beira do leito dos pacientes. A família participava de forma espontânea, ou seja, quando se dispunha a isso. Os cuidados de enfermagem de cunho técnicos eram guiados por protocolos existentes na instituição, os quais norteavam os procedimentos executados. Todavia, os cuidados paliativos eram guiados por leitura científica complementar a qual o enfermeiro tinha o comprometimento ético de buscá-la na medida em que esta fosse necessário. RESULTADOS A integralidade no cuidado visa olhar o individuo como um todo. Nesse sentido, é indispensável que a família e o doente sejam incluídos nessa mesma perspectiva. Direcionar cuidados de forma isolada, ou a família ou ao doente, é uma forma errônea de prestar assistência de enfermagem. Para tanto, todos os cuidados de enfermagem relatos neste trabalho centraram-se na família e no doente, indissociadamente. As diversas noções conceituais sobre o processo de morte e morrer guiaram os cuidados paliativos prestados às famílias e aos doentes. Sendo assim, após a Enfermagem estabelecer o vínculo com a família e paciente verificava-se qual o entendimento acerca desse processo e quais os mecanismos de enfrentamento estes possuíam, ou seja, como se sentiam para lidar com a situação da morte. A partir daí eram trabalhados aspectos relevantes para a família e o doente, tais quais: físicos, emocionais e demais necessidades que poderiam surgir. No que se refere ao aspecto físico é

necessário enfatizar as ações técnicas realizadas, como, analgesia, alteração de decúbito (quando o paciente estava impossibilitado de movimentar-se) ou auxílio na deambulação, sondagem (naso-gástrica, naso-enteral, sondagem vesical de alívio e de demora), banho de assento ou de leito, manutenção ou recuperação da integralidade da pele, realização de curativos, permeabilidade do acesso venoso, administração de medicação, dentre outros procedimentos que visavam o cuidado físico, proporcionando conforto e sedação da dor ao paciente. Ressalta-se que nos cuidados ao doente que a família optava por acompanhar ou não, eram explicados os procedimentos ao qual o paciente seria submetido e sua causa. Em se tratando dos aspectos emocionais, estes incluíam principalmente, cuidado visando a compreensão da morte. Complementando os serviços da psicologia era possível esclarecer à família e ao paciente sobre o prognóstico do paciente e também destacar a autonomia destes frente a essa situação, sendo capazes de tomar decisões e participar da terapêutica mesma na fase terminal da doença. O acolhimento de enfermagem direcionado ao paciente e a família era feito mediante o toque nas mãos, o abraço confortador e também de palavras de estimulo que pudessem preservar a identidade da família e do paciente até o final de sua vida. Promover a confiança era uma maneira de fortalecer o vínculo entre a enfermagem e a família e doente, pois identificando no enfermeiro uma fonte de ajuda e apoio emocional, era possível obter dessa interrelação a diminuição da angústia, solidão, ansiedade e tristeza da família. CONCLUSÃO Assegurar os direitos e preservar a autonomia do paciente e família ao final de vida são medidas pelas quais a enfermagem deve primar. Levando em consideração que estes profissionais estão em contato por um longo período de tempo, prestando cuidados aos pacientes e a família dentro do ambiente hospitalar, é de suma importância que estejam preparados para desempenhar seu papel no que se refere às medidas paliativas. Os cuidados prestados pela enfermagem à família e ao paciente fora de possibilidades terapêuticas devem ter a intenção de aliviar ao sofrimento humano, amenizar a dor, o sentimento de medo e ansiedade frente à morte. Incluir a família nos cuidados paliativos, além do paciente, é pertinente, uma vez que, esta também necessidade de cuidados. REFERÊNCIAS 1. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. O que é o câncer? Brasília; 2010 [acesso 14 set 2010]. Disponível em: http://www.inca.gov.br 2. MOREIRA SR, TURRINI RNT. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador Enferm. glob. vol.10 no.22 Murcia abr. 2011[Acesso 25 jul. 2013] Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200013&lang=pt 3. WRIGHT LM, LEAHEY M. Enfermeiras e Famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª Ed. São Paulo: Roca, 2012. 4. OMS. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care report. Geneva;1990. 5. SANTOS MCL, PAGLIUCA LMF, FERNANDES AFC. Palliative care to the cancer patient: reflections according to Paterson and Zderad's view Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2007 [Acesso 25 jul. 2013] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200024&lang=pt DESCRITORES: Enfermagem, família, câncer

14512

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DÉBORA LORENZONI PIRES

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA EM CONSULTAS DE PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pires, DÉBORA; Schvartz, HELENNA; Zamberlan, KELLEN; Neves, ELIANE;

INTRODUÇÃO: A partir do ponto de vista dos profissionais de enfermagem da atenção primária, um pré-natal exemplar é aquele em que há acolhimento, atenção integral e prática de educação em saúde voltada para a gestante e família. Educação em saúde, neste contexto, é entendida como uma atividade inerente a prática do enfermeiro pautada no cuidar/educar e que precisa ser desenvolvida pautada na perspectiva de uma educação para a transformação, em busca da autonomia do ser humano.OBJETIVO: Relatar as atividades desenvolvidas por acadêmicos de enfermagem na atenção primária em saúde com enfoque nas gestantes e família. METODOLOGIA: Relato de experiência das atividades realizadas em uma unidade básica de saúde durante o período letivo de maio a junho de 2013 por acadêmicos do 3º semestre do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. DISCUSSÃO E RESULTADOS: Durante as aulas na unidade foi possível acompanhar diversas consultas de enfermagem, em que eram feitos questionamentos a respeito da situação de saúde e do contexto familiar da gestante. No decorrer dessas consultas foram observadas as necessidades das gestantes e a interação do enfermeiro com paciente. O mesmo procura estabelecer um vínculo com a gestante e a família para que, futuramente, possa acompanhar o desenvolvimento e crescimento do bebê. CONCLUSÃO: A consulta de enfermagem deve promover a educação em saúde e assim permitir que a gestante tenha um atendimento adequado que visa seu bem estar pessoal e familiar. A importância da educação em saúde da inclusão da família se deve ao fato da gestante aprender coisas simples, mas fundamentais para que possam cuidar melhor dos seus filhos e família. REFERÊNCIAS Rios CTF, Vieira FC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consultade enfermagem como um espaço para educação em saúde.Ciênc. saúde coletiva[online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 477-486.

14017

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELEMARA FRANTZ

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL: A PERCEPÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO ÀS AÇÕES HUMANIZADAS REALIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Frantz, E; Castellani, RW;

Introdução: A percepção dos pais em relação às ações humanizadas realizadas pela equipe de enfermagem em uma UTIN é sem dúvida muito importante para o avanço terapêutico, porém impõe nova rotina ao paciente onde há separação do convívio familiar. A humanização pode ser entendida como maneira de ver e considerar o ser humano a partir de uma visão global, buscando superar a fragmentação da assistência1. Objetivo: conhecer a percepção dos pais sobre as ações de humanização realizada pela equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Metodologia: uma pesquisa qualitative exploratória descritiva. A pesquisa foi com oito pais de recém nascidos internados após setenta e duas horas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A análise dos dados pela técnica de análise de conteúdo2. Resultados: As categorias: Família do Neonato na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Humanização da assistência e as ações da Equipe de Enfermagem. Possibilitou observar que a humanização se passa pelo entendimento dos pais percebem as ações realizadas pela equipe de enfermagem. Contribuições: Portanto, a assistência voltada à humanização, deve a equipe de enfermagem deve promover a aproximação e o envolvimento dos pais no cuidado, tenha momentos de escuta com esses pais, saiba mais sobre eles, a necessidade oriente, informe e prepare esta família para receber esse filho na sua casa e dar continuidade no cuidado domiciliar. Referências: 1REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.09, n. 01, p. 200 - 213, Jan-Abr, 2007. 2. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p. Descritores: Enfermagem Neonatal; Família; Humanização da assistência.

14504

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ÉRIKA FABÍOLA LEANDRO SANTOS

O CUIDADO À CRIANÇA SUBMETIDA À GASTROSTOMIA: ELABORAÇÃO DE UM MODELO DE ORIENTAÇÕES AO FAMILIAR

Santos, EFL; Campos, JF;

Introdução: A abordagem da família da criança hospitalizada, sobretudo da recém-ostomizada, a fim de que participe do cuidado deve ter suas ações fundamentadas em um modelo dialógico e assim desenvolver ações integralizadoras e promotoras da saúde. Objetivo: relatar a experiência de enfermeiras na elaboração de um modelo de orientações para familiares de crianças submetidas à gastrostomia. Metodologia: trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em um hospital universitário pediátrico. Resultados: Após revisão bibliográfica acerca do tema, iniciou-se a elaboração do modelo de orientações em quatro etapas no ambiente intra-hospitalar. No pré-operatório, além das explicações sobre o procedimento e o dispositivo, são apresentados para o familiar os materiais utilizados no cotidiano da criança com gastrostomia. No pós-operatório, a Enfermeira executa os cuidados à criança na presença do familiar. A terceira etapa inicia-se quando a criança está no pós-operatório tardio e o familiar executa os cuidados junto a Enfermeira. No quarto momento, durante conversa com o familiar, a Enfermeira revisa e reforça as orientações realizadas e as fornece por escrito em tópicos. Neste momento, é avaliado se é necessário um período maior de cuidados executados com auxílio. Quando o familiar verbaliza segurança nos cuidados, ele passa a realizá-los sob supervisão da Enfermeira. Conclusão: As orientações iniciadas no período pré-operatório, empodera o familiar, agiliza o processo de alta, confere autonomia ao cuidador e evita a permanência da criança no ambiente hospitalar além do necessário para treinamento. Contribuições: o cuidador bem orientado tem menor ansiedade e maior segurança na execução dos cuidados e detectar precocemente intercorrências evitando agravos preveníveis e reinternações. Descritores: Criança hospitalizada, Gastrostomia, Educação em saúde, Enfermagem Pediátrica Souza JL, Gomes GC, Xavier DM, Alvarez SQ, Oliveira SM. O preparo do familiar para o cuidado à pessoa com estomia. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(1):649-56, mar., 2013

13980

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ERIKA PATRICIA RODRIGUES DE MELO

ESTUDO DA SÍFILIS CONGÊNITA NOTIFICADA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DE ALAGOAS, 2012.

Melo, EPR;

A sífilis congênita (SC) é um grave problema de saúde pública que mesmo diante dos esforços, das três esferas de governo, para eliminação da mesma o ciclo da doença ainda não foi quebrado. A SC é uma das enumeras doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal tendo umas das maiores taxas de transmissão vertical mesmo seu diagnostico sendo simples, tendo um baixo custo de tratamento e uma resposta satisfatória quando tratada adequadamente, a gestante e seu (s) parceiro (s). O objetivo deste estudo foi investigar os casos de sífilis congênita notificados no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes que é um hospital de referência para gestantes de alto risco no estado de Alagoas e identificar os pontos de vulnerabilidade na assistência ao binômio mãe/filho. Foi realizado estudo retrospectivo descritivo dos 73 casos notificados no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2012 no Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Identificou-se maior número de gestantes da raça/cor parda, na faixa etária da 20 a 34 anos, com baixo nível de escolaridade, que realizou pré-natal, porém o diagnostico, em sua maioria, só foi feito no momento do parto, e das que foram diagnosticadas no pré natal o tratamento, em grande parte, foi ineficaz tanto da gestante como de seu parceiro. Esses dados refletem inadequado manejo na assistência prestada a gestante no estado de Alagoas, nos serviços de pré-natal, mas que seguem a tendência nacional deste agravo, grande número de notificações de SC.

14282

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

EVELINE GOMES CAVALCANTE

ESTUDO DA GESTANTE COM HIV NOTIFICADA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DE ALAGOAS DE 2010 A 2012.

Cavalcante, EG;

A síndrome da imunodeficiência humana (AIDS) é uma doença causada pelo retro vírus, vírus da imunodeficiência humana (HIV), e caracterizada por profunda imunossupressão que resulta em infecções oportunistas, neoplasmas secundários e manifestações neurológicas. A Aids é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade. Nos últimos anos a proporção de mulheres contaminadas tem aumentado assustadoramente ao passo que em 1985 para cada 26 casos entre homens havia uma mulher, já em 2010 essa relação é de 1,7 homens para um caso de mulher. Com o aumento alarmante desta proporção esforços devem ser imprimidos para que as taxas de contaminação vertical não se elevem, uma vez que existem enormes possibilidades, quando o tratamento é realizado de forma adequada, das gestante contaminada com o vírus do HIV não transmiti-lo para seu concepto. Caracterizar o perfil epidemiológico destas gestantes possibilita elaboração de ações que podem, se não sanar ao menos minimizar possíveis pontos de vulnerabilidades no manejo do binômio mãe/filho, o que foi o objetivo desta pesquisa.Foi realizado um estudo retrospectivo dos casos notificados de 2010 a 2012 no Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes que é referência para gestantes de alto risco no estado de Alagoas. Verificou-se que no ano de 2010 Alagoas foi um dos estados do nordeste com as maiores taxas de notificação (1,3/1000 nascidos vivos) ficando atrás apenas de Sergipe e Pernambuco. Existe ainda um número importante de mulheres que descobrem que são portadoras do vírus no momento do parto inviabilizando muitas vezes a profilaxia para seu filho. Esses dados expressam que ainda existe um inadequado manejo ao binômio mãe/filho no estado de Alagoas.

14108

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FABIANA ZANINI MARIN

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ÀS GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marin, FZ; Rosa, DO; Lançanova, SC; Pieszak, GM; Ebling, SBD; Abreu, CSS;

O período gestacional compreende um momento singularna vida da mulher e sua família, caracterizado por várias mudanças fisiológicas e emocionais, que podem estar diretamente relacionadas ao contexto familiar e social. Além disso, a gestação é um período que pode gerar ansiedade e medo à gestante e sua família1. Neste sentido a educação em saúde vêm fomentando novos olhares acerca da promoção da saúde, sendo apontada como um eixo essencial na Estratégia Saúde da Família (ESF), incorporando a prática de atividades que tenham por objetivo construir novos saberes1. Sendo assim, a educação em saúde pode ser compreendida como uma prática intencional e planejada, na qual os indivíduos possam atuar e contribuir para uma melhor qualidade de vida. O Ministério da Saúde ressalta que as ações de educação em saúde, podem ser realizadas por meio da utilização de metodologias participativas permitindo a interação entre os membros, e a possibilidade de intercâmbio de experiências e troca de conhecimentos2. Dentro deste contexto, estas ações são consideradas uma forma positiva e eficaz de atuação na promoção e atenção à gestante e sua família,permitindo aos sujeitos a compreensão do processo de gestação e parto, visto que o entendimento desse processo repercutirá positivamente na saúde do recém-nascido.Neste contexto, sabe-se que é necessária a construção de medidas de prevenção e promoção da saúde, que busquem estratégias junto às redes de apoio, tornando-os mais independente nas escolhas do seu cotidiano3. Para tanto, objetivou-se descrever a vivência das ações de educação em saúde realizadas pelos acadêmicos de Enfermagem no curso de Gestante. Trata-se de um relato de experiência acerca das ações de educação em saúde realizados às gestantes e suas famílias no curso de Gestante ofertado pelos acadêmicos de Enfermagem do oitavo semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Campus de Santiago, Rio Grande do Sul. As atividades foram desenvolvidas no Centro de Estágios e Práticas Profissionais (CEPP) da referida universidade,durante os estágios da disciplina de Saúde da Mulher. O curso de gestante foi ofertado a fim de contribuir com a melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher e família durante o ciclo gravídico-puerperal. Os encontros foram semanais, e com duração de uma hora. Os sujeitos foram as gestantes e os seus esposos e/ou companheiros. As atividades acontecem em forma de roda de conversa, permeadas pela escuta ativa, dialógica e reflexiva. Estas ações permitem romper com o modelo tradicional de atenção à saúde e garantem a valorização dos sujeitos e da autonomia.Nestes encontros buscou-se promover a troca de saberes entre os sujeitos, acadêmicos e os profissionais que atuam no serviço. Esta experiência oportunizou reflexões grupais, sob a perspectiva de estabelecer estratégias baseadas nas necessidades dos sujeitos envolvidos permitindo ainda momentos de esclarecimentos de dúvidas, de troca de experiências entre as famílias participantes assim, a gestante e sua família torna-se multiplicadores de saúde no seu coletivo. Quanto às temáticas desenvolvidas no curso, as mesmas foram elencadas de acordo com as necessidades do grupo tendo como ênfase discussões voltado para a gravidez, parto e puerpério. Desse modo a oficina intitulada "o que significa ser mãe, e/ou pai para você" desenvolvida durante uma modalidade grupal com as gestantes e seus companheiros veio com o propósito de promover a sensibilização e reflexão dos participantes quanto aos sentimentos e emoções particulares deste período. A incorporação das ações de educação em saúde nas práticas de enfermagem surge com o intuito de contribuir e estimular principalmente a troca de conhecimentos,possibilita a transformação dos sujeitos

envolvidos, estabelece mais do que uma aprendizagem, pois trata-se de um ato de criar e descobrir novas dimensões acerca da saúde. Neste processo, é fundamental considerar o outro como sujeito ativo na construção do conhecimento, uma vez que este processo de interação propicia uma construção compartilhada de conhecimentos e de formas de cuidado diferenciadas1. Frente a este contexto de atentar para as necessidades dos sujeitos participantes do grupo. Realizou-se uma dinâmica com diferentes fotos em uma caixa relacionadas ao período gestacional. As fotos,foram oferecidas aos participantes para que os mesmos explorassem e tirassem a figura que naquele momento era a mais compatível com seu pensamento. Posteriormente, foi disponibilizado um espaço aos integrantes para que os mesmos dialogassem e compartilhassem suas emoções, dúvidas e os sentimentos frente à temática.Faz-se necessário salientar que no decorrer do encontro com as gestantes e suas famílias ocorreu a participação e envolvimento de todos os integrantes. Este envolvimento tornou o encontro motivador, regado de emoção, contribuindo para um compartilhamento de vivencias e construção de vinculo entre acadêmicos, gestantes e suas famílias. Além disso, observou-se que as atividades proporcionadas no curso de gestantes surgem no viés de auxiliar a formação do vínculo entre os sujeitos, o compartilhamento de sentimentos e angustias comuns entre os membros,além da troca de experiências, permitindo que os sujeitos se sentissem à vontade para desabafar, chorar e expressar verbalmente seus sentimentos. Sendo assim, a contribuição das ações de educação em saúde, surge como um espaço propício de amenizar as necessidades daquele grupo, proporcionando uma atenção à saúde integral à família da gestante. Conclui-se que a gestação além de envolver aspectos desconhecidos no cotidiano de quem a vivencia, altera a percepção dos comportamentos e sensações.Vale salientar que com o decorrer dos anos a gravidez deixou de ser vista como um contexto particular da mulher, devido à participação ativa do caráter masculino nesta fase, sendo possível observar o amadurecimento e a transformação, influenciados por aspectos afetivos, sociais e culturais que abrangem o casal e a família, exigindo adaptação destes a este novo contexto de vida.O acolhimento a gestante e família configura-se sob a forma de ouvir, acolher, envolvendo a valorização de suas necessidades e permitindo a aplicabilidade do cuidado integral e familiar. Diante do exposto, salienta-se a necessidade dos profissionais de enfermagem aderirem às ações de educação em saúde, a fim, de proporcionar subsídios para uma prática de enfermagem que atenda as necessidades dos sujeitos. Além disso, a construção de redes de cuidado torna-se fundamental neste processo de promoção da saúde, formação de vínculo. Quanto a enfermagem, e a equipe multiprofissional, faz-se necessário uma ampliação das estratégias de cuidado e prevenção na assistência prestada, por meio de discussões acerca das principais necessidades observadas, traçando alternativas de enfrentamento e fortalecendo as ações de promoção a saúde, por meio da educação participativa, em que profissionais, gestantes e familiares trabalhem juntos para proteger, promover e recuperar a saúde,criando estratégias para promoção da autonomia, desenvolvendo a qualidade de vida. Descritores: Família. Enfermagem. Gestantes. REFERENCIAS: 1.Horta CN, Sena RR ,Silva O E M, Tavares S T, Caldeira M I. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. Rev. APS.[Internet].2009;12(3): 293-301.Disponível em: http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/407/228. 2.Ministério da Saúde (Brasil).Secretaria de Atenção a saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico Pré-natal e puerpério:atenção humanizada e qualificada. Brasília: MS ;2005. 3.Silva FDD, Lima LD, RositoBD, Ribeiro FMS, Figueiredo CM. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno - um estudo qualitativo.Rev.RFO.[Internet].2008;13(2):7-11.Disponível em : http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/632. 4.Silva PI, Barrosco TGM, Campos SCA, Vieira CFN, Carvalho MAF. Ação educativa á gestante fundamentada na promoção da saúde: uma reflexão. RevEnfermagem.[Internet].2005;9(3):8.Disponivel em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v9n3/a13v9n3.pdf.

13857

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FABIANE DE AMORIM ALMEIDA

AMAMENTANDO O FILHO AO SEIO: A EXPERIÊNCIA DE MULHERES QUE TRABALHAM FORA DE CASA

Almeida, FA; Licciardi, ES;

Introdução: O século passado apresentou mudanças radicais no que se refere à amamentação materna. A disponibilização de utensílios e recursos pela indústria como chupetas, mamadeiras e leites artificiais, e o ingresso da mulher no mercado de trabalho contribuíram para tornar essa prática menos frequente.(1-2) Objetivos: Compreender o significado da experiência de amamentar o filho ao seio para mulheres que trabalham fora de casa; e identificar os sentimentos vivenciados por elas no período em que amamentaram o filho ao seio. Métodos: Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa desenvolvido com 15 funcionárias de uma instituição privada de ensino superior da cidade de São Paulo, que amamentaram o(s) filho(s) ao seio. Utilizou-se entrevista semi-estruturada para a coleta dos dados, analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Resultados: Os relatos das entrevistadas evidenciaram 8 DSCs: "Decidindo amamentar o filho ao seio"; "Tendo satisfação e prazer em amamentar o filho ao seio"; "Percebendo a amamentação ao seio como uma obrigação"; "Enfrentando com persistência as dificuldades para continuar a amamentar"; "Em busca de estratégias para aliviar o desconforto e continuar a amamentar"; "Interrompendo o aleitamento materno devido às dificuldades vivenciadas"; "Desejando descontinuar a amamentação do filho ao seio" e "Sofrendo com o desmame do seio materno". Conclusão: Amamentar ao seio é uma prática desejada pelas mães, mas a experiência revela as dificuldades enfrentadas, desencadeando sentimentos ambíguos. Apesar do prazer e satisfação, a obrigação em amamentar gera angústia e insatisfação. Esses achados possibilitam ao enfermeiro refletir sobre a sua atuação junto às nutrizes, apoiando-as ao estabelecer um vínculo de confiança com elas. Referências 1. Rego JD. Aleitamento materno. São Paulo (SP): Atheneu; 2001. 2. Domingues ACP, Capeleto SM, Silva DA, Silva Filho PL. Ataçăo do enfermeiro na prática do aleitamento materno exclusivo nas unidades de saúde da família. REMENFE 2010; 1-15. Descritores: aleitamento materno; enfermagem pediátrica

13928

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FERNANDA MISAWA

O TRABALHO E SEUS REFLEXOS NAS RELAÇÕES FAMILIARES

Misawa, F; Lopes, APAT; Bonini, M; Yumi, P; Bourscheidt, G; Decesaro, MN;

INTRODUÇÃO: O trabalho se compõe num significativo eixo na vidadas pessoas e no desenvolvimento das sociedades, assim colaborando na edificação e transformação do mundo em que se convive, além de influenciar e condicionar o comportamento dos indivíduos que estabelecem essa sociedade(1).E as condições de vida e trabalho, podem melhorar ou piorar a tolerância ao trabalho em turnos, entre essas variáveis estão: as escalas de horários e jornadas, particularidades individuais e seu vínculo com a versatilidade aos aspectos relacionados ao serviço, meio ambiente, fatores psicossociais, situação política, econômica e social do país. A interligação entre estes elementos poderão determinar a percepção ao trabalho, a qual é díspar para cada proletário, e influenciará em boa parte na saúde, nas diversas necessidades de adaptações, na qualidade de vida e nas relações familiares(2). Interações entre a vida profissional e familiar são importantes na percepção da capacidade para o trabalho e o bem-estar emocional do ser humano(3). OBJETIVO: Apreender aspectos do ambiente de trabalho que refletem nas relações familiares. MÉTODOS: Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa. Realizada com 41 agentes de segurança interna/vigilantes da Universidade Estadual de Maringá, que trabalhavam nos três turnos determinado pelo serviço e que atendiam os seguintes critérios de inclusão: trabalhar há mais de cinco anos na instituição e que convivessem no contexto familiar com três ou mais membros. A coleta de dado ocorreu de agosto a novembro de 2008, por meio de entrevistas semiestruturada com perguntas norteadoras, individuais e gravadas após autorização do participante. As entrevistas foram transcritas na íntegra para compreendermos melhor a percepção existente sobre o ambiente de trabalho e seu reflexo nas relações familiares.O caminho metodológico para análise dos dados seguiu os preceitos da análise de conteúdo temática de Bardin (2011)(4). Os agentes participantes receberam um código para não serem identificados. Os preceitos éticos foram respeitados, com parecer nº 306/2007 aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os entrevistados. RESULTADOS: Foram identificadas três categorias que revelaram fatores do dia-a-dia dos vigilantes, e de sua relação com o trabalho interferindo de forma positiva e/ou negativa nas relações familiares; exibiram a importância da comunicação nas relações e, destacaram, ainda, mudanças que deveriam ocorrer para melhorar o ambiente de trabalho e consequentemente as relações familiares. Em "Aspectos relacionados ao trabalho influenciando negativamente nas relações familiares" observou-se a falta de tempo para a família em consequência as escalas laborais e o estresse do serviço. "[...] com as crianças é meio complicado, porque eu chego de manhã eles saem pra escola e quando eles chegam, às vezes, eu estou dormindo, então não tem muita convivência, assim com eles no dia-a-dia [...] Então daí isso aí dificulta um pouco o relacionamento [...]" GRF-126; [...] Às vezes [...] a gente chega em casa meio estressado [...] as vezes não da certo uma coisa... isso é normal depois passa, mas a gente fica meio saturado meio estressado e acaba descontando na família"KLR-124. A temática "Elementos da vida em família sendo determinantes nas relações familiares" mostrou que, não misturar os problemas do trabalho com as situações familiares e a comunicação são fatos importantes para o bem estar das relações familiares. " [...] não deve interferir... acho que trabalho é trabalho e familiar é familiar"KLR-117; "[...]o que você tem de ruim que acontece aqui dentro com você eu acho que você deve sim comunicar sua família, mas não sempre estar falando [...] pra eles não fica muito preocupado com a gente [...] porque muita coisa

acontece de errado aqui dentro já aconteceu de eu estou trabalhando aqui dentro do campo e enfrento marginal que arrancar até faca [...] essas coisas acho que você não deve levar em casa, porque senão a esposa, os filhos vão ficar super preocupados [...]" AAB-3718; "... a comunicação da minha família é ótima, maravilhosa, me comunico muito bem com a esposa e com os filhos [...]" GRF-120. A categoria "Mudanças que deveriam acontecer para melhorar o ambiente de trabalho" revela que as transformações devem ocorrer na gestão do trabalho, desde o escalonamento do pessoal, a infraestrutura do local, o horário de trabalho, ao relacionamento que existe entre os colegas e com outras pessoas que transitam na universidade. "[...] lá na central da vigilância é um lugar super apertado [...] Ter um espaço grande, e a parte de comunicação, computador, em outro lugar [...] Aí a gente trabalharia mais tranquilo, porque [...] tem vez que você vem trabalhar [...] não tem rádio pra trabalhar [...] não tem material [...] o que eu gostaria que melhorasse na vigilância é que as pessoas procurassem tratar você direito, com mais respeito [...] em todos os aspectos, tanto na parte de diálogo entre um e outro [...]" AAB-3718.CONCLUSÃO:O aspecto que mais influencia a vida dos vigias são a falta de tempo para a família devido a distribuição dos horários de trabalho, problema que depende da gerência dos serviços para ser resolvido e que muitas vezes pode apresentar-se sem solução, visto que em algumas ocupações, os turnos são obrigatórios e sem possibilidade de redimensionamento. Consideramos que dentre os fatores que estruturam as relações, o trabalho é determinante, visto que ele pode influenciar fortemente nas atitudes de cada um em relação às outras pessoas. Destarte, concluímos, neste este estudo, que dependendo da forma de organização do trabalho, e da capacidade de enfrentamento e condução da vida cotidiana, o trabalho pode interferir negativamente nos relacionamentos familiares. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:A escuta especializada do trabalhador, a valorização das impressões e sentimentos diante do trabalho, permite conhecer as interações, consequências e reflexos do mesmo nas relações familiares. Acredita-se que isso propicia melhores condições no ambiente de trabalho, refletindo na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na qualidade de vida da pessoa. Descritores: Saúde do trabalhador. Família. Enfermagem.

Referências 1. VEIGA KCG, FERNANDES JD, PAIVA MS. Análise fatorial de correspondência das representações sociais sobre o trabalho noturno da enfermeira. Rev. bras. enferm. Brasília. 2013;66(1):18-24. 2.Mendes SS, Martino MMF de. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP 2012;46(6):1471-1476. 3. Costa CSN da, Freitas EG de, Mendonça LCS, Alem MER, Coury HJCG. Capacidade para o trabalho e qualidade de vida de trabalhadores industriais. Ciênc. Saúde colet. [online]. 2012[citado 2013 Ago 25]; 17(6):1635-1642. Disponível em: . 4. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo; Edições 70, 2011.

14379

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FERNANDA MISAWA

Cuidar de um familiar com incapacidades decorrentes de doença cerebrovascular : Compreendendo essa vivência

Misawa, F; Sena, H; Marcon, SS; Radovanovic, CAT;

Introdução: As doenças cerebrovasculares são responsáveis por grande parte dos óbitos a nível mundial e incapacidades(1). A experiência de assumir o cuidado no domicílio tem sido colocada pelos cuidadores familiares como uma tarefa muito estressante e exaustiva(2). Objetivos: Identificar quais são as dificuldades enfrentadas e avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores familiares no processo do cuidado domiciliar para o indivíduo com incapacidades decorrentes de doenças cerebrovasculares. Metodologia: Estudo descritivo de natureza qualitativa realizado junto à quatro cuidadores. Os dados foram coletados no domicílio por meio de entrevista, após foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo temático de Bardin(3). Resultados: Emergiram três categorias: Revelando mudanças, sobrecarga do cuidador e a fé e religiosidade como forma de enfrentamento. Essas categorias demonstram que o cuidador apresenta isolamento social, déficit de autocuidado, adoecimento e considera a espiritualidade e a religiosidade como forma de enfrentamento do adoecimento do seu familiar. Conclusão: O enfermeiro precisa desenvolver acompanhamento domiciliário dando atenção ao cuidador, uma vez que os mesmos muitas vezes esquecem se de suas próprias necessidades, levando-os ao déficit de autocuidado. Contribuições para a Enfermagem: Este estudo pode contribuir para desvelar as necessidades dos cuidadores domiciliares,gerando dados que subsidiem a prática profissional do enfermeiro, uma vez que o mesmo é importante na instrumentalização da família para o cuidado domiciliar. Referências 1. Garritano CR, Luz PM, Pires EML, Barbosa SMT, Batista KM. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. Arq Bras Cardiol 2012; 98(6): 519-527. 2. Andrade OG, Rodrigues RAP. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de Acidente Vascular Cerebral. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, 20(2): 90-109, 1999. 3. Bardin L. Análise de conteúdo; Tradução Reto LA, Pinheiro A. São Paulo: Edição 70, 2011. Descritores: Doença Crônica. Cuidadores. Assistência Domiciliar.

13998

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FLÁVIA FRANÇOSO GENOVESI

VIVÊNCIA MATERNA NAS (RE)INTERNAÇÕES PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER INFANTIL

Genovesi, FF; Ferrari, RAP;

Introdução: O câncer em si já é considerada uma doença popularmente estigmatizadora e, se torna mais ainda, quando acomete crianças e adolescentes1. Objetivos: apreender a vivência materna frente (re)internações hospitalares para o tratamento do câncer infantil, no intuito de oferecer subsídios para os profissionais de saúde atuarem de forma integral no cuidado tanto da criança como da família que participa desde o diagnóstico até o tratamento. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou o referencial teórico da narrativa e experiência da doença. Os dados foram levantados a partir dos casos de criança com câncer no Ambulatório de Quimioterapia de um hospital universitário público, Londrina, Paraná. Os sujeitos de estudo foram 19 mães de crianças que estavam em tratamento do câncer, as quais concordaram em contribuir com a pesquisa. A coleta de dados procedeu a partir de um formulário com questões fechadas e abertas e para a análise utilizou-se a análise de Conteúdo2. Resultados: Construiu-se duas categorias: Internação: momentos de esperança e Reinternação: medo da recaída. Na primeira apreendeu-se que as mães acreditavam que o tratamento seria efetivo e sentiam-se bem cuidadas pelos profissionais e, na segunda, sentimentos de incerteza quanto à reação e o tempo de tratamento do seu filho e o medo de complicações. Conclusão: As (re)internações afloram angústia e sofrimento materno remetendo para a qualidade do cuidado multiprofissional em unidade pediátrica. Contribuições para enfermagem: É importante estar atento não só à criança/adolescente e seu diagnóstico, mas também aos sentimentos das pessoas que convivem com elas para prestar cuidado centrado na família. Referências: 1. Ministério da Saúde (BR). Particularidades do câncer infantil. Disponível em : . Acesso em: 27 jun. 2012. 2. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

14487

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FLAVIA SIMPHRONIO BALBINO

CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM UMA UNIDADE NEONATAL

Balbino, FS; Meschini, GFG; Balieiro, MMFG; Mandetta, MA;

Introdução: a presença da família é cada vez mais frequente na unidade neonatal convivendo com os profissionais no ambiente do cuidado. A identificação da maneira mais adequada para se trabalhar com a família pode melhorar a sua adaptação na fase crítica vivenciada pelo neonato e família, apoiada pela equipe de saúde. Objetivo: Compreender a percepção da família do recém-nascido hospitalizado na unidade neonatal em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde Métodos: Estudo qualitativo exploratório, que teve como referencial teórico o Modelo do Cuidado Centrado no Paciente e Família e metodológico a Análise Qualitativa de Conteúdo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, com cinco famílias de RN hospitalizados na unidade neonatal, de um Hospital Universitário, no município de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o processo 1359/11. Resultados: A família vivencia um contexto de sofrimento pela condição de saúde do bebê. Ao interagir com os profissionais diariamente, a família identifica os profissionais que considera que cuidam da maneira como gostaria e outros que não o fazem Da análise dos dados emergiram dois temas: Não sendo atendida em suas necessidades e Sentindo satisfação com o cuidado recebido. Conclusões: ainda há uma distância entre a teoria e a prática, pois a família revela situações em que não é considerada pela equipe. Ao mesmo tempo há um movimento nesse sentido quando há situações em que a família sente satisfação com o cuidado recebido, revelando-se empoderada para continuar sua luta, na expectativa de ter o filho recém-nascido recuperado, podendo levá-lo para casa. O Cuidado Centrado no Paciente e Família é um ideal a ser alcançado na pratica cotidiana na unidade neonatal e sua implementação é um desafio para gestores e equipe multiprofissional. Palavras chaves: recém-nascido, família, enfermagem neonatal

14425

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GABRIELA SCHIAVON GANASSIN

O CONSUMO DE ÁLCOOL E A RELAÇÃO NO CONTEXTO FAMILIAR

Ganassin, GSG; Lopes, APATL; Decesaro, MND; Marcon, SSM;

O uso regular e frequente do álcool é considerado um problema de saúde pública, por ser mundialmente a droga mais utilizada, legalmente comercializada e incentivada pela sociedade, e principalmente por ser um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. O objetivo do estudo foi apreender aspectos da vivência e do contexto familiar da pessoa consumidora de bebida alcoólica. Estudo descritivo de natureza qualitativa desenvolvido na cidade de Maringá - PR. Os informantes foram oito sujeitos adultos que fazem uso abusivo de álcool, frequentadores de estabelecimentos que comercializam bebidas alcoólicas e sete familiares. O uso abusivo do álcool foi identificado a partir da aplicação do Alcohol Use Disorder Identification Test. Foram selecionados os que residiam com familiares. A coleta de dados ocorreu durante o período de Junho a Agosto de 2013, por meio de entrevista semi-estruturada, que foi gravada e posteriormente transcrita para a realização da análise de conteúdo. Os resultados mostram o sofrimento das famílias e algumas características da convivência familiar que é marcada por desrespeito, constrangimento, mal-estar familiar, fragilidade dos laços familiares e sentimentos negativos frente ao familiar alcoolista como raiva e frustração. E em algumas situações foi possível perceber até a naturalização da violência. Nota-se ainda afastamento social de ambos os lados, além da percepção de preconceito e exclusão por parte da sociedade. Apesar dos aspectos negativos prevalecerem, foi possível perceber que mesmo depois de terem aceitado a condição crônica do seu familiar, vivenciar as frequentes recaídas e/ou o uso abusivo do álcool diariamente, a família ainda assim mantém a esperança de cura e sobriedade, além da reinserção do usuário na dinâmica familiar e social. Descritores: Alcoolismo. Relações Familiares.

14485

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GABRIELA SCHIAVON GANASSIN

O DOENTE CRÔNICO E A FAMÍLIA NO CONTEXTO DE DEPENDÊNCIA DO CUIDADO: SUBSÍDIOS PARA A ENFERMAGEM

Ganassin, GSG; Cecílio, HPMC; Arruda, GOA; Santos, ALS; Teston, EFT; Marcon, SSM;

Introdução: A família produz distintas interpretações de vivências experimentadas por cada um de seus membros. Frente à doença crônica e a dependência de cuidado, o cotidiano da família pode ser modificado, o que requer atenção e sensibilização por parte dos profissionais de saúde. Objetivo: compreender o papel da família junto ao doente crônico dependente de cuidado. Metodologia: Estudo qualitativo, realizado junto a 12 doentes crônicos assistidos por um projeto de extensão vinculado ao Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. As falas foram submetidas à Análise de Conteúdo, modalidade temática. Resultados: Os participantes do estudo tinham idades entre 50 e 89 anos. Seus depoimentos reforçaram que a progressão das doenças crônicas, geralmente está associada à dependência do doente, o que exige uma reestruturação familiar e uma redefinição de papéis, alterando assim, a rotina e a dinâmica familiar. Aqueles que necessitam de auxílio para a realização de atividades diárias, demonstraram se sentir controlados pelo familiar, pois não são capazes de atender sequer suas necessidades fisiológicas. Por esta razão, muitas vezes, o doente reage à tendência da família de controlar suas atitudes, sugerindo que precisa haver limites na abordagem utilizada pela família. Contudo, a pessoa doente reconhece os esforços empreendidos pela família e também percebe que esta se priva de muitos momentos de lazer e de satisfação pessoal e social em função da necessidade de cuidar. Conclusão: a dependência de cuidados repercute sobre o convívio familiar, com destaque para a forma como os familiares se relacionam com o membro doente. Contribuições para a Enfermagem: compreender o papel cuidativo da família na perspectiva do doente crônico, permite ao profissional de enfermagem direcionar seu olhar para uma prática mais ampliada, que contemple a família, não somente enquanto produtora de cuidado, mas também como merecedora de atenção. Descritores: Família; Doença Crônica; Enfermagem.

13839

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GREICE CARVALHO DE MATOS

GRUPOS DE GESTANTES: ESPAÇO PARA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Matos, GCM; Aires, NTA; Pires, BMP; Oliveira, TO; Soares, MCS;

Introdução: O parto é considerado um divisor na vida da mulher, carregado de significados construídos e reconstruídos a partir da singularidade e cultura da cada mulher. É um evento histórico que ocorria no domicílio da mulher onde, geralmente, era acompanhada por uma parteira de sua confiança. Neste cenário, a mulher expressava livremente seus sentimentos e anseios em um ambiente caloroso no seio familiar [1]. Entretanto no decorrer da história, o parto tornou-se um evento hospitalocêntrico, com intensa medicalização e rotinas cirúrgicas sob o comando médico, afastando a parteira da arte de partejar, bem como distanciando a parturiente de um papel ativo e autônomo durante este processo2. Com o intuito de mudanças neste cenário, surgem novas propostas de atenção ao parto centrada na mulher, em suas particularidades, seus direitos e suas vontades na perspectiva de substituir o modelo hegemônico focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista cujo foco é a mulher atendida por meio de ações que contemple as diferenças sociais e culturais da população feminina3. Neste contexto, no ano 2000 foi instituída a Política Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o propósito de retomar o caráter fisiológico e natural do parto, no qual a mulher participa ativamente e de forma autônoma3. Entretanto, mesmo com a instituição da PHPN o número de parto cesariano é elevado em detrimento do parto vaginal. Esta realidade tem sido justificada por fatores ligados à assistência médica, à precária educação e orientação das gestantes, assim como causas de natureza econômica4. Objetivo:Relatar as atividades extensionistas de educação, prevenção e promoção da saúde em grupos de gestantes e puérperas desempenhadas por acadêmicas de Enfermagem. Metodologia:Trata-se de um relato de experiência de alunas de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (FEN_UFPel/RS) em ações extensionistas realizadas no projeto de extensão universitária "Prevenção e Promoção da Saúde em grupos de Gestantes e Puérperas". O projeto é coordenado por docentes da Faculdade de Enfermagem da UFPel e conta com a participação de discentes (bolsistas e voluntárias) e enfermeiras de duas Unidades Básicas de Saúde, localizadas na periferia da cidade de Pelotas/RS. As ações extensionistas ocorrem por meio de encontros mensais e visam a troca de experiência entre gestantes e puérperas de diferentes faixas etárias, idades gestacionais, condições socioeconômicas e culturais. Os assuntos são discutidos em rodas de conversa e acordados a partir do interesse das participantes e apresentados pelos acadêmicos, que utilizam materiais audiovisuais e folders informativos. Resultados: As expectativas das gestantes quanto ao tipo de parto está relacionada à maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizadas e acessíveis durante o pré-natal das mulheres4. Neste contexto o encontro realizado no mês de agosto de 2012, no grupo de gestantes e puérperas de uma Unidade Básica de Saúde, tiveram como propósito abordar os tipos de parto, salientando as vantagens do parto normal. No grupo compareceram quinze gestantes, sendo quatro primíparas e onze multíparas. Das participantes, seis estão no primeiro trimestre, cinco no segundo trimestre e quatro no ultimo trimestre de gestação. As primíparas demonstraram interesse pelo assunto abordado, pois gostariam de ganhar seus filhos de parto normal. Ao questionarmos o tipo de parto realizado pelas multíparas, sete haviam realizado parto normal e quatro realizaram cesariana. As cesarianas representam 34% dos partos realizados na rede pública de saúde brasileira, este elevado número pode estar associado ao pouco tempo dedicado pelo médico obstetra para acompanhar o trabalho de parto, em decorrência de atividades concomitantes que desempenha na prática, a desinformação da mulher em relação ao parto vaginal, a falta

de conhecimento sobre a indicação da cesárea anterior, a formação médica voltada para intervir, a realização da laqueadura tubária durante a cesariana e questões relacionadas ao pagamento de procedimentos médicos e da analgesia no parto5.Também conversamos sobre o parto à fórceps,que ocorre em situações de emergência ou sofrimento do bebê 5. O parto normal é quando a expulsão do bebê ocorre somente com a pressão que as paredes do útero exercem sobre o mesmo. Normalmente, em um parto normal, é realizada a episiotomia, que consiste em um corte cirúrgico feito na região perineal para auxiliar a saída do bebê e evitar ruptura dos tecidos perineais. A sutura é feita imediatamente após o parto, cicatrizando em poucos dias. O parto normal é mais seguro que a cesariana, pois oferece menos riscos de infecção, hemorragia e prematuridade do bebê. O apoio durante o pré-natal e no trabalho de parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor e analgesia são recursos oferecidos à mulher para a vivência positiva do parto 4. Neste encontro salientamos às gestantes que outra vantagem do parto normal é que o organismo materno se prepara para o nascimento, permitindo ao bebê nascer no tempo certo. Os hormônios prolactina e ocitocina, fabricados durante o trabalho de parto são fundamentais para ajudar a acelerar a produção de leite, sendo assim a mãe pode abraçar e amamentar o filho logo ao nascer 5. Durante a roda de conversa as mulheres relataram o motivo pela qual haviam realizado cesariana; entre eles: prematuridade, hipertensão arterial e desproporção cefalo-pélvica. As mesmas mulheres questionaram se poderiam realizar o parto normal, sendo que o primeiro parto foi cesárea; então explicamos que se não houver complicação podem, afinal este é sempre mais seguro para a mãe e o bebê.Ao final do encontro percebeu-se que a maioria das gestantes optou pelo parto normal, pois entenderam que o mesmo só traz benefícios a díade mãe-bebê. Conclusão: Foi possível avaliar de forma positiva o tema abordado e o método de ensino aprendizagem deste encontro, pois houve troca de saberes e experiências entre as participantes e as acadêmicas. Percebeu-se a importância do incentivo ao parto normal durante as consultas de pré-natal, pois este é um espaço profícuo para a informação e formação de opinião entre as mulheres, instrumentalizando-as para que possam reivindicar aquilo que é melhor para sua saúde e de seus filhos, dando-lhes, também orientações para uma escolha segura, para que o tipo de parto não seja visto apenas como questão de preferência. Contribuições / implicações para a Enfermagem: O trabalho com grupos de gestantes possibilita ao profissional/acadêmico de Enfermagem a promoção da saúde e a assistência humanizada do pré-natal e nascimento contribuindo para os avanços dos programas de Atenção Básica e da consolidação do Sistema Único de Saúde. Eixo IV: Cuidado à Saúde da Família. Descritores: Promoção da Saúde, Parto, Cesárea. Referências: 1.Dias, MAB; Deslandes,SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cad. Saúde Pública,2006 dez;22(12):2647-55. 2.Ministério da Saúde(Brasil).O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: Cenários e perspectivas. Agencia nacional de saúde suplementar.Rio de Janeiro.Ministério da Saúde:2008. 3. Ministério da Saúde (Brasil). Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento.Brasília.Ministério da Saúde:2000. 4.OLIVEIRA, SMJV.et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002;10(5).Disponivel em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500007&lng=pt&nrm=iso Acesso em:30.07.2013. 5.Ministerio da Saúde(Brasil).Tipos de parto.Ministerio da Saúde:2010.Disponível em: http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto/ Acesso em:30.07.2013.

14466

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

HELENNA VIEIRA SCHVARTZ

UM OLHAR SOBRE A SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Schvartz, HV; Neves, ET; Zamberlan, KC; Pires, DL;

INTRODUÇÃO: A partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde da população e o serviço de atendimento aos usuários, vem se redefinindo. Assim acontece com a saúde da família, que em 1991 teve destaque com a criação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, o qual sugeria mudanças bem como a melhoria na qualidade e acompanhamento do serviço aos usuários, com a proposta de uma população mais participativa. Atualmente, o programa é denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) que conta com uma equipe multiprofissional em saúde, tendo como base a interdisciplinaridade e como foco o contexto familiar. 1Na história da área da saúde a enfermagem sempre foi a profissão que mais teve contato com a família, principiando-se quando os indivíduos ainda eram atendidos em seus lares. Florence Nightingale já falava sobre a importância da família para o cuidado ao doente. Portanto, a família tem sido alvo de muitas pesquisas e trabalhos na comunidade científica em enfermagem.2 Diante deste contexto, as ações que são desenvolvidas durante o processo acadêmico, visam atender as reais necessidades do indivíduo, contemplando o contexto familiar. OBJETIVO: Relatar as atividades desenvolvidas por acadêmicos na atenção primária em saúde com enfoque na família. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos do 3º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. São relatadas as atividades realizadas durante as aulas práticas da disciplina de Saúde Coletiva III, realizada em uma estratégia de saúde da família no interior da cidade, durante o período de abril a maio de 2013 sob a supervisão de uma professora da instituição. A equipe da unidade conta com duas enfermeiras, quatro técnicas em enfermagem, dois médicos, uma odontóloga, uma auxiliar de dentista, uma secretária e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). A unidade atende diversas demandas da população em geral, focando na atenção a saúde da criança, do idoso e da família. A disciplina de Saúde Coletiva III previa atividades práticas para aprendizado de procedimentos técnicos e dinamismo dentro da educação em saúde. Foi realizado um portfólio o qual serviu de base para a construção do estudo, juntamente com leituras de produções a cerca da temática. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Durante o estágio, pode-se perceber a grande demanda de procedimentos técnicos de enfermagem na ESF, como curativos e injeções de medicamentos em pessoas com doenças crônicas. A triagem, também era muito intensa. A triagem de adultos era basicamente verificação de pressão arterial, teste de HGT (quando necessário) seguido de algumas perguntas, como por exemplo: Porque o (a) senhor (a) veio em busca de atendimento? A triagem em crianças era um pouco diferente, realizado o cálculo da sua massa corporal e coletado os dados antropométricos, seguidos da mesma pergunta, porém, neste caso, para o acompanhante da criança que geralmente era a mãe ou a avó materna. Deste modo, podemos destacar que as atividades que foram desenvolvidas, enfocavam os procedimentos técnicos, devido a demanda da unidade. Muitas vezes, o cuidado centrado nas necessidades do paciente e da família não era realizado, restringindo-se ao enfoque na técnica e na patologia (causa da busca pelo atendimento). Ocorre também, que a população não tenha total entendimento do que é uma Estratégia de Saúde da Família (e, por vezes, isto também ocorre com alguns profissionais da saúde). Neste sentido, a comunidade procura a Unidade de Saúde somente para atendimento técnico centrado em sua patologia e não uma assistência integral com enfoque na promoção da saúde que é o objetivo de uma ESF. Considerando-se que a população da região, onde é situada a ESF, é majoritariamente idosa, tínhamos pouco contato com crianças na assistência. Apesar disto, ainda

conseguíamos fazer algumas atividades lúdicas como sala de espera envolvendo crianças e suas famílias. Por meio de cartazes e figuras, pudemos discutir o assunto hipertensão com a comunidade enquanto aguardavam atendimento, na sala de espera. Todos participaram e tiraram dúvidas, inclusive as crianças. Assim, entende-se que são realmente muito eficazes as atividades lúdicas e dinâmicas, pois estreitam o relacionamento profissional-comunidade e vice e versa. A visão de que as políticas de saúde se materializam pelos profissionais que entram em contato direto com o paciente na prática, tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, gerando produção de novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas práticas de saúde que vão ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).3 Os profissionais de uma ESF devem ser capazes de criar soluções, desenvolver atividades que sejam eficazes para os usuários, a partir do perfil da comunidade em questão.4 CONCLUSÃO: Para o possível alcance das metas de uma ESF, primariamente deve haver interação da equipe de profissionais com a família do usuário; levar em consideração seu contexto cultural, social, econômico e suas relações familiares lembrando que a família é uma ferramenta estratégica capaz de gerar, o suporte e o apoio necessário que o paciente demanda. É necessário que a assistência chegue aos indivíduos doentes e sadios, com um olhar atento à experiência da família ao longo do tempo e o seu conhecimento adquirido. Que considere que a estrutura familiar, pode ser abalada por qualquer mudança em seus membros, pois a família pode ser comparada a um móbile, ou seja, composta por vários elementos ou membros e uma pequena mudança em um de seus membros afeta todo o grupo5 e isto sugere uma releitura do atendimento realizado. O entendimento de que é preciso abandonar certos preconceitos quando ao olhar um indivíduo e o compreender, se faz necessário na prática do enfermeiro. Ressaltando a importância da educação em saúde, são muito eficazes as dinâmicas feitas pela equipe com a participação dos usuários e a família. REFERENCIA: 1. Martins JS, Garcia JF, Passos ABB. Estratégia Saúde da Família: população participativa, saúde ativa. Rev Enferm Integrada - Ipatinga. 2008 Nov/Dez; 1(1). 2. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, Balieiro MMFG. Cuidado centrado na Família e sua implicação na enfermagem pediátrica. Rev Bras Enferm, Brasília 2010- Jan/Fev; 63(1): 132-5. 3. Santos SC, Feitosa WMN. Educação em Saúde: Prática necessária no programa de saúde da família. In: 2º Seminário nacional de diretrizes para enfermagem na atenção básica em saúde. 2009, Pernambuco. Anais 2º Seminário nacional de diretrizes para enfermagem na atenção básica em saúde, Pernambuco: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009. p. 250-3. 4. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: Um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2010-Dez; 26(12): 2316-22. 5. Wright, L. M; Leahey. M. Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca, 2009.

14581

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ISABELLA DOS SANTOS SALLA

RELAÇÃO DE AUXILIO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM AS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM CÂNCER.

Salla, ISS; Conrado, AC; Kettermann, KOK; Seixas, LS; Barcelos, LMB; Nunes, SN;

RELAÇÃO DE AUXILIO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM AS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM CÂNCER. Isabella dos Santos Salla[1], Amanda Conrado[2], Karoline Ottes Kettermann[3], Luana Seixas4, Louise Muniz Barcelos5, Simone Nunes6. INTRODUÇÃO: O câncer em crianças, além de ser raro, é completamente diferente daquele que atinge os adultos. Diferentemente do câncer de adulto,o câncer da criança geralmente afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação,enquanto que, no adulto, afeta as células do epitélio,que recobre os diferentes órgãos (câncer de mama, câncer de pulmão). No adulto, em muitas situações, o surgimento do câncer está associado claramente aos fatores ambientais como, por exemplo, fumo e câncer de pulmão. Nos tumores da infância e adolescência, até o momento, não existem evidências científicas que permitam observar claramente essa associação.[1] Quanto ao tratamento do câncer infantil, segue progressivamente em desenvolvimento, e estima-se que em torno de 70% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas, se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados.[1]Quando se tem o diagnóstico de câncer em qualquer integrante da família, vem junto dele uma série de angústias e questionamentos sobre o porque deste acontecimento,principalmente em um ser tão vulnerável quanto uma criança. Porém, com a doença, os sonhos depositados na criança se tornam vulneráveis, porque a morte é uma possibilidade iminente,exigindo, a partir da descoberta da doença, uma forma de estruturar-se para lutar a favor da vida.É nessa situação, a partir do diagnóstico, tratamento, recidivas da doença, novos tratamentos, encaminhamento para cuidados paliativos, que está inserido o contexto familiar, o qual acompanha a criança com câncer em toda sua jornada e, na maioria das vezes, acaba por sobrecarregar-se.Contudo, todas as teorias relacionadas à família colaboram para que os profissionais desenvolvam o seu trabalho junto a ela, uma vez que a saúde dela está interligada à da criança.[1] OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo mostrar o quanto a enfermagem pode auxiliar as famílias de crianças com câncer. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada no mês de julho de 2013, os dados foram buscados e encontrados nos banco de dados LILACS e BIREME, foram utilizados artigos completos, disponíveis em suporte eletrônico, no idioma português, utilizando as palavras-chave: crianças com câncer, cuidado da criança com câncer. Onde os achados foram selecionados minuciosamente em relação ao assunto estudado. O interesse em pesquisar sobre esta temática surgiu no decorrer da vida acadêmica do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), quando se verificou a importância do auxílio do enfermeiro com os pais de crianças acometidas pelo câncer. RESULTADOS: No entanto, o câncer pediátrico ainda é doença que gera sofrimento, dor e desestruturação familiar. A família, principal responsável pelo cuidado e bem-estar da criança, também tem que zelar pelo bem-estar físico, emocional e social dos seus outros membros.Os pais, atores principais no cuidado da criança, são os mais afetados com o diagnóstico de uma doença crônica. Destaca-se que os pais podem exibir sintomas físicos e emocionais como a perda do controle, da autoestima, depressão, ansiedade, além de apresentarem maior risco de desenvolver doenças mentais. Essas reações podem estar presentes no relacionamento com a equipe de saúde e podem interferir no nível de compreensão dos pais, na adesão ao tratamento e influenciar negativamente o comportamento da criança.[2] A família e a criança enfrentam problemas como longos períodos de hospitalização, reinternações freqüentes, terapêutica agressiva com sérios efeitos indesejáveis advindos do próprio tratamento,

dificuldades pela separação dos membros da família durante as internações, interrupção das atividades diárias, limitações na compreensão do diagnóstico, desajuste financeiro, angústia, dor, sofrimento e o medo constante da possibilidade de morte.[3] No tratamento com crianças é imprescindível a presença dos pais ou familiares que tenham maior convivência com elas, para um melhor entendimento de suas queixas e aflições. A família é parte integrante do cuidado, é um elemento facilitador no processo de cuidar.Significa deixar,por meio de um simples olhar, o entendimento de conforto,amparo que a família precisa ao enfrentar as adversidades decorrentes da doença da criança,todas as situações dolorosas ocorridas durante o tratamento.Constatou-se que a família não possui uma definição de dor, considerando ser difícil conceituar algo que não se pode sentir;entretanto, expressaram o seu sofrimento em vivenciar e presenciar a dor do filho.[1] CONCLUSÃO: Por meio do presente estudo foi possível perceber que devido ao grande período de hospitalização, procedimentos e ser um ambiente desgastante, é de suma importância para a criança a presença de seus pais e sua família, alguém em que eles possam confiar e depositar suas angústias no meio hospitalar. Assim como, para os pais poderem transmitir a confiança que seus filhos precisam durante o tratamento desta doença que assusta a todos, é necessário um grande apoio emocional por parte da equipe de enfermagem, e um maior auxílio em relação á procedimentos, para um melhor entendimento.Portanto seria de grande valia que houvesse essa troca de conhecimentos e apoio entre enfermeiro-família, para um melhor tratamento, e evitar o desgaste físico e emocional, tendo assim um melhor resultado durante o tratamento. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM : Em muitos lugares podemos perceber que a enfermagem cada vez mais está sendo levada somente para área técnica, deixando de lado, em vários momentos o lado emocional de seus pacientes, o que muitas vezes acaba dificultando na melhora no tratamento. Por mais difícil que seja para a equipe de enfermagem e nós futuros profissionais dedicar exclusivamente nosso tempo a todos pacientes,é sempre de grande valia. Devemos ter essa troca de auxílios e sabedoria com os pacientes, e familiares, para além de receber uma relevante melhora no quadro clínico que é bastante visível, termos uma maior sabedoria, e exemplos para lidar com os demais pacientes com este tipo de tratamento. DESCRITORES: enfermagem; criança; oncologia. REFERÊNCIAS: 1. Diefenbach, GDF. Dor em oncologia: Percepção da família da criança hospitalizada, UFRGS, 2011. Porto Alegre; s.n; 2011. 130 p. ilus. Thesis em Pt | LILACS | ID: 598754 2. ALVES, Daniela Fernanda dos Santos; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito and KURASHIMA, Andréa Yamaguchi. Stress related to care: the impact of childhood cancer on the lives of parents. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2013, vol.21, n.1, pp. 356-362. ISSN 0104-1169. 3. Nascimento, LC. Crianças com câncer e suas famílias; Rev Esc Enferm USP; 39(4): 469-474, dez. 2005.Article em Pt | LILACS | ID: 458947.

13782

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ISABELLA SCHROEDER ABREU

SÍNDROME DE DOWN: PERCEPÇÕES DA MÃE CUIDADORA

Baptistel, PK; Abreu, IS; Dezoti, AP;

Introdução: O diagnóstico da Síndrome de Down, em um primeiro momento pode ser de difícil aceitação para muitos pais, gerando situações conflitantes e complexas, afetando a dinâmica familiar e tendo um efeito desestabilizador; assim sendo os pais necessitam de apoio e orientação. Embora o impacto do diagnóstico seja inevitável, a maioria das famílias supera a crise e atinge um equilíbrio; entretanto a ajuda e a mediação de profissionais podem minimizar o impacto mostrando as possibilidades, ajudando os pais a adquirirem uma visão mais ampla da situação. Objetivo: compreender as vivências de mães de crianças com Síndrome de Down, a partir de suas próprias percepções. Método: estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados através de entrevista, no período de maio a junho de 2010. Participaram do estudo quatro mães de crianças com Síndrome de Down, entre um e oito anos de idade. Os dados foram analisados de forma qualitativa, através da Análise Temática. Resultados: Identificou-se quatro categorias: conhecimento sobre a Síndrome de Down; sentimentos; dificuldades relacionadas à situação vivida e alteração da rotina diária. Conclusão: A necessidade de profissionais preocupados com o preparo e o apoio para estas famílias, é fundamental para fazendo com que este momento seja menos traumático, criando recursos para que esta família tenha condições favoráveis de enfrentamento, de modo a garantir o pleno desenvolvimento da criança. A assistência multidisciplinar a estas crianças e sua família, cuja dinâmica confere cuidados e especificidades singulares, deve ser pautada pela integração de saberes e ações enfocando as relações interpessoais, as questões emocionais, psicológicas e sociais.

13897

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

IVANA LEMES PAPINI

AVALIAÇÃO DE FAMILIA: INSTRUMENTOS UTILIZADOS PELA ENFERMAGEM

Sousa, TVS; Sousa, ARS; Macedo, CSM; Papini, ILP; Montefusco, SRAM;

RESUMO: A enfermagem tem buscado inserir em seus cuidados a família, e a utilização de referenciais teóricos que abordem a família em sua especificidade, pode subsidiar o cuidado a esta clientela específica. Além disso, é fundamental que o enfermeiro compreenda a importância da assistência à família, como um todo. A família pode ser definida como um grupo de indivíduos unidos por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo. Outra definição capaz de incluir os diversos núcleos diz que família é quem os membros dizem que são (1). Para facilitar tanto o processo de aprendizagem quanto o de praticar o cuidado familiar, existem diversos modelos teóricos que auxiliam na avaliação das famílias e que também podem se encaixar nas diversas situações do dia a dia do enfermeiro. Identificar esses modelos teóricos pode ampliar o universo de atuação do enfermeiro. Diante do exposto este estudo objetiva identificar os modelos teóricos de família existentes na literatura e identificar quais deles são ou podem ser utilizados pela enfermagem. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para a revisão integrativa da literatura, foram seguidos seis passos: Estabelecimento do tema e da hipótese ou questão da pesquisa, Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e a sua busca na literatura, Categorização dos estudos, Avaliação dos estudos incluídos na revisão, Interpretação dos resultados, Apresentação da revisão, síntese do conhecimento. Foram utilizadas as bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO sendo que os descritores usados foram: Modelos teóricos, modelos de enfermagem, saúde da família, enfermagem da família e teoria de enfermagem. RESULTADO E DISCUSSÃO: Identificamos na literatura alguns modelos de avaliação de família e em quais situações são utilizados. Fizeram parte do corpus de analise desta pesquisa 28 estudos que usam os Modelos Teóricos para avaliar as famílias. Pudemos identificar seis Modelos teóricos usados para avaliar e atender as famílias em diferentes situações. Os modelos foram: o Modelo ecológico proposto por Bronfenbrenner; Modelo de Margolin, Gordis e John; Modelo da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade de Feinberg, Modelo de Van Egeren e Hawkins, Modelo proposto por Neuman, Apgar e o Modelo Calgary. O Modelo proposto por Bronfenbrenner tem como base a ecologia do desenvolvimento humano, que pode ser observado em mudanças na maneira como a família lida com seu ambiente (2). O Modelo de Margolin, Gordis e John é baseado em três dimensões da coparentalidade que afetam a vida familiar e consequente educação dos filhos. O Modelo da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade de Feinberg baseia-se no conceito de coparentalidade e na identificação das dimensões da coparentalidade para assim propor uma integração da aliança coparental no contexto ecológico. Este modelo aborda a coparentalidade como um processo familiar que influencia e é influenciado por fatores externos a essa relação. Sendo assim, tal visão permite compreender os efeitos da díade coparental no ajustamento e bem estar da família em geral. O Modelo de Van Egeren e Hawkins aborda a coparentalidade por uma estrutura externa e uma estrutura interna. Dessa forma, a estrutura externa aborda questões mais instrumentais como quem pode fazer parte da díade coparental e quando e onde ocorrem relações coparentais. Já a estrutura interna aborda as dimensões intraindividuais e intrafamiliares que estão intrínsecas e exclusivas à aliança coparental (3). O modelo de Neuman (4) tem sido utilizado em situações como no cuidado a crianças hospitalizadas, abordando, basicamente, o estresse e a reação a ele havendo uma visão multidimensional de indivíduos, grupos, como as famílias e comunidades. O modelo analisa as ocorrências na vida do indivíduo, do grupo ou da comunidade, as suas interações com o meio e as forças internas e externas que

delas provém, assim como a quantidade de energia necessária para que o organismo se adapte ás situações de estresse. Quando tal adaptação é falha, acontece a enfermidade. Esse modelo tem sido usado tanto pela Enfermagem quanto por outros profissionais da saúde, como os psicólogos. O modelo objetiva reduzir ao máximo o encontro do indivíduo com o estressor e se este acontecer, tentar minimizar a possibilidade de um estado de enfermidade. APGAR é um instrumento para avaliar a funcionalidade familiar, reflete a satisfação de cada membro da família, sendo o Adaptation (Adaptação), Partneship (Participação), Growt (Crescimento), Affection (Afeição) e Resolve (Resolução). O objetivo de avaliar a funcionalidade familiar é traçar um plano terapêutico para atender as demandas da família. O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção de Família trata-se de uma estrutura multidimensional, e envolve categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Este modelo é o mais conhecido e o mais usado pela enfermagem, e envolve, em sua teoria, não apenas o conceito de sistemas, mas também cibernética, comunicação e mudança, tendo em sua constituição as categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional (1;5). Dentre os modelos identificados os mais utilizados pela enfermagem são o modelo proposto por Neuman, o APGAR de família e o Modelo Calgary. CONCLUSÃO: Entre os seis modelos teóricos usados na avaliação e cuidado de famílias, foram identificados apenas dois que são comumente usados pela enfermagem, o Modelo Calgary e o APGAR de família. Pudemos perceber que os modelos que foram desenvolvidos especialmente para avaliar família são sub-utilizados. Este fato pode estar relacionado ao ensino de modelos nas universidades, que ainda não está na grade curricular da maioria, o que prejudica muito o cuidado que pode ser desenvolvido junto às famílias. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O uso de modelos teóricos de avaliação e intervenção de famílias durante o cuidado deve ficar a critério do profissional, mas para que isso aconteça ele deve conhecer e dominar tais modelos. É fundamental o ensino, dentro das instituições de graduação de enfermagem, dos modelos teóricos de avaliação de famílias e também a capacitação dos profissionais já atuantes. Descritores: modelos teóricos, família, enfermagem, teorias. REFERÊNCIAS: 1. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca; 2009. 2. Franco ALS, Bastos ACS. Um olhar sobre o Programa de Saúde da Família: a perspectiva ecológica na Psicologia do Desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o Modelo da Vigilância da Saúde. Psic. em Est.. 2002 jul./dez; 7(2): 65-72. 3. Frizzo GB. et al. O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2005 [Acesso em: 2013 agost 14]; 15(3): 84-93. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822005000300010&script=sci_arttext.
4. George B. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática assistencial. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. 5. Montefusco SRA, Bachion MM, Nakatani AYK. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. Texto Contex Enferm.. 2008 [Acesso em: 2013 agost 14]; 17(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100008

14348

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JAQUELINE DIAS

IDENTIFICANDO AS NECESSIDADES DE MÃES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Cerqueira, DCT; Dias, J; Higarashi, IH; Borges, F; Soares, LG;

Introdução: A hospitalização infantil é uma experiência dolorosa, tanto para a criança como para o acompanhante. O ambiente hospitalar gera na criança sentimentos estressores como angústia, medo e ansiedade, que podem ser minimizados pela segurança proporcionada pela presença dos pais(1). A falta de orientações referentes aos cuidados, o estado geral da criança, o tempo de hospitalização e a evolução da doença geram sentimentos de impotência, descaso e estresse na família. Desta forma, a família passa a utilizar mecanismos de defesa como agressividade, revolta e insatisfação, que se agravam quando as mães precisam deixar o trabalho, outros filhos e sua própria casa, sob o cuidado de outros. Tudo isto pode ser amenizado a partir da construção de uma relação positiva entre os profissionais de saúde e os acompanhantes (4). Infelizmente, apesar das enfermeiras identificarem a importância da família no processo de recuperação da criança, a relação entre enfermeiros/família nem sempre se dá conforme o desejável, podendo se constituir em algo muito superficial. Por vezes, a enfermeira comunica o que julga conveniente à família, em linguagem técnica, ao passo que a mesma, por falta de entendimento, se acomoda e contribui de forma menos efetiva no processo de recuperação da criança. Desta forma, em muitas realidades, o papel da família ainda se encontra limitado à mera prestação de informações sobre o estado geral da criança, e à realização dos cuidados de higiene. Assim, o compartilhamento do cuidado sem co-participação e co-responsabilização não melhora a qualidade da assistência (5). A segurança necessária para acompanhar o tratamento e o conhecimento necessário para auxiliar no restabelecimento da criança, podem ser proporcionados por meio da qualificação do relacionamento com a equipe de enfermagem. Diante do exposto, torna-se necessário que a equipe de enfermagem perceba a importância de adotar uma abordagem centrada no binômio mãe/criança, a partir de uma visão holística, identificando os problemas, necessidades, interesses, recursos, potencialidades e expectativas de famílias de crianças hospitalizadas. Objetivo: Identificar as necessidades de mães de crianças hospitalizadas em unidade pediátrica. Metodologia: Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido na unidade pediátrica de um Hospital Regional do Noroeste do Paraná. Como instrumento de coleta de dados, optou-se pela utilização de uma versão adaptada do Questionário das Necessidades dos Pais. A amostra foi constituída por 16 mães de crianças hospitalizadas pelo período mínimo de 48 horas. O questionário foi aplicado pelo pesquisador na unidade de internamento no período de setembro a outubro de 2012. Atendendo a resolução 196/96-CNS, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sendo aprovado pelo parecer nº 132.782 . Posteriormente, os dados foram submetidos à análise pela utilização das freqüências relativas percentuais e absolutas. Resultados e discussão: Devido à extensão do questionário original, optou-se por abordar neste estudo, somente a escala de importância. As sub-escalas de satisfação e independência serão objeto de investigação de outros estudos. Na categoria "necessidade de confiar", as mães consideram muito importante o estabelecimento de uma relação de confiança com a equipe médica e de enfermagem, bem como, da segurança de que seu filho receba o mesmo tratamento na sua ausência (75%). A necessidade de sentir que confiam em si, se expressa pela necessidade que as mães têm de serem reconhecidas como muito importantes para o bem estar de seus filhos (87,50%), além de julgarem ser importante (81,25%) serem consultadas sobre os cuidados dispensados aos seus filhos. As mães salientam ainda, a importância de perceberem que confiam nelas para cuidar dos filhos no hospital

(68,75%), e de não se sentirem culpadas pela doença do filho (50%). O conhecimento subjetivo obtido a partir das falas das mães possibilita um olhar holístico, contribuindo para uma assistência pautada no respeito à singularidade dos sentimentos de medo da perda do filho, de incerteza do retorno ao lar, da separação de outros filhos, do enfrentamento do ambiente desconhecido e do convívio com os profissionais que a vêem apenas como acompanhante (11). A necessidade de receber informações foi considerada muito importante para os aspectos do prognóstico (56,25%), tratamento (75%), resultados de exames (81,25%) e previsão de alta (62,50%). As necessidades de apoio e orientação se estabelecem por meio do compartilhamento de experiências entre as mães acompanhantes, e nesta perspectiva, foi ressaltada a importância de formalização deste momento para troca de experiências (56,25%). O estímulo ao esclarecimento de dúvidas foi considerado muito importante por 75% das mães, bem como, a orientação sobre os cuidados após a alta. As famílias trocam experiências entre si e auxiliam-se mutuamente no processo de cuidar da criança hospitalizada. O vínculo com outros cuidadores é estreitado à medida que a fragilidade aumenta. A fé em Deus é uma importante fonte de estímulo para a superação das dificuldades. Os profissionais de saúde podem ampliar o apoio aos familiares a partir do estabelecimento de relações dialógicas que reduzam os seus temores e dúvidas, elevando a autoconfiança e proporcionando tranqüilidade durante o internamento (12). As necessidades relativas aos recursos físicos e humanos parecem estar em uma escala de menor importância, considerando-se que as mães têm como foco principal a recuperação da criança. Assim, enquanto 43,75% das mães consideram muito importante ter um local para ficarem sozinhas, e 50% atribuem importância ao período de descanso. As mães consideraram essencial a disponibilização de poltrona mais confortável (75%) e aumento do número de banheiros destinados ao banho das mães (68,75%). A rotina da instituição de se alimentar no refeitório fez com que 56,25% das mães julgassem muito importante fazer as refeições no quarto. A maioria das mães se sentem despreparadas para lidar com a hospitalização e não percebem sensibilidade por parte dos profissionais da equipe para lidar com este tipo de situação. As mães referem que a preocupação com os procedimentos se sobrepõe à percepção das necessidades dos pais, de tal forma que 81,25% das mães consideram muito importante a atenção dispensada aos pais. Quando se trata dos cuidados de higiene, alimentação e vestir a criança, 87,50% das mães consideram muito importante participar da assistência. O enfermeiro deve servir de suporte emocional ao familiar da criança hospitalizada, a fim de ajudar a ambos, a superarem a situação vivenciada(13). Conclusão: O enfoque na família se justifica através da importância que as mães atribuem à necessidade de confiar nos profissionais e de receber todas as informações possíveis sobre o estado geral de saúde de seus filhos, tratamento e procedimentos necessários. Quando bem informadas, as mães sentem-se menos ansiosas, mais confiantes e participativas. A integração das mães ao processo de cuidar, melhora o ambiente e a relação entre a família e o profissional, impactando na qualidade da atenção prestada. Palavras - chave: Referencias: Enfermagem pediátrica. Hospitalização. Cuidadores. 1.Angelo M, Moreira PL, Rodrigues LMA. Incertezas diante do câncer infantil: compreendendo às necessidades da mãe . Esc Anna Nery Ver Enferm.2010; 14(10):301-308. 2. Lima AS, Silva VKBA, Collet N, Reichert APS, Oliveira BRG. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. Texto Contexto Enfermagem Florianópolis. 2010;19(4):700:8. 3. Ferreira PL, Melo E, Reis G, Mello DF. Validation and reliability analysis of the Portuguese language version Needs of Parents Questionnaire. J pediatr RJ. 2010; 86(3): 221-227.

14271

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JÚLIA HEINZ DA SILVA

INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO AMBIENTE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA CRIANÇA E AS NECESSIDADES DE ADAPTAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Silva, JH; Neves, ET; Buboltz, FL; Carvalho, JS; Kinalski, DDF; Bruinsma, JL;

INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO AMBIENTE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA CRIANÇA E AS NECESSIDADES DE ADAPTAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM V CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA, ADOLESCENTE E FAMÍLIA (I SISCAF) 14º ENCONTRO DO LABORATÓRIO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM FAMÍLIA E SAÚDE (LEIFAMS) Silva, Júlia Heinz da Neves, Eliane Tatsch Buboltz, Fernanda Luisa Carvalho, Janete Severo de Kinalski, Daniella Dal Forno Bruinsma, Jamile Lais Introdução: No Brasil, a presença de um acompanhante nas enfermarias pediátricas não fazia parte da rotina dos serviços de saúde. Isto só passou a ser possível quando foi promulgada a Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que discursa sobre o direito à permanência dos pais ou responsável, em tempo integral, durante a internação da criança ou adolescente. Com isso, tem-se refletido acerca da participação destes nesse processo e de como tem sido a relação da enfermagem com os cuidadores das crianças que foram inseridos no cotidiano do trabalho1. Conforme o Ministério da Saúde, a presença do familiar na instituição hospitalar é necessária para promover melhor captação de dados do paciente; contribuir para os profissionais conhecerem os principais problemas e necessidades por ele requeridas; favorecer a sua inserção social no ambiente hostil; facilitar a inclusão na comunidade; permitir a integração das mudanças provocadas pelo motivo da internação2. Assim, a permanência de familiares com a criança durante o período de internação, é uma forma desta manter seus registros pessoais e do seu meio de convívio, o que a torna mais segura e cooperativa com a equipe de saúde, desenvolvendo melhores canais de comunicação e colaborando com o tratamento. Objetivos: Observar como se dá a inserção da família da criança no ambiente hospitalar e como a enfermagem se adapta à essa realidade. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica junto às bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), realizada em julho de 2013, utilizando-se as palavras: Saúde da Criança and Enfermagem and Família. Foram encontradas oitenta e oito publicações. Após a leitura dos títulos e resumos foram selecionados 17 estudos. Os demais foram descartados por estarem incompletos, não disponíveis on line na íntegra, ou por não responderem à temática. Resultados: O enfrentamento efetivo e a adaptação às mudanças decorrentes da hospitalização infantil demandam da família novas formas de organização e requerem o desenvolvimento de habilidades em lidar com as pressões, as ansiedades, as dificuldades e as incertezas existentes ao ter a vida dividida entre a casa e o hospital, bem como para a promoção e manutenção do bem-estar do sistema familiar. A hospitalização da criança é um evento potencialmente estressante para a família, pois a insere em um ambiente que frequentemente ameaça seu senso de segurança e competência, gerando sentimentos de impotência e de desamparo. Dentre os aspectos da hospitalização da criança que mais impactam a família, está o sofrimento físico causado pelos procedimentos terapêuticos, que são interpretados como assustadores, agressivos, dolorosos e emocionalmente insuportáveis3. Os enfermeiros têm o papel de mediadoras entre a criança, o familiar e os procedimentos, cabendo a eles os esclarecimentos necessários e adaptados à necessidade do binômio familiar/criança, podendo contribuir para a diminuição dos níveis de ansiedade e estresse4. A enfermagem deve estar atenta às demandas necessárias ao pleno funcionamento da dinâmica das internações hospitalares, especialmente no que diz respeito às relações que se

estabelecem entre os cuidadores profissionais e as famílias, as quais também cuidam e se envolvem de diversas formas com a criança internada. Algumas dessas demandas dizem respeito ao conhecimento que a equipe de enfermagem possui sobre as famílias que cuidam e que ajudam a cuidar. Os pressupostos centrais do cuidado centrado na família são assim representados pelo Instituto de Cuidado Centrado na Família (ICCF): dignidade e respeito (os profissionais ouvem e respeitam as escolhas e perspectivas do paciente e da família); visão global acerca do paciente (o conhecimento, os valores, as crenças e a cultura do paciente e da família são incorporados ao planejamento e prestação do cuidado); informação compartilhada (os profissionais dividem informações de maneira completa e imparcial com os pacientes e a família, no momento oportuno, a fim de efetivar sua participação no cuidado e na tomada de decisão); participação (pacientes e famílias são encorajados e apoiados a participarem do cuidado e da tomada de decisão, escolhendo seu nível de atuação); colaboração (pacientes e famílias são incluídos como base de apoio da instituição)5. Conclusão: A contextualização da família no processo do cuidado à criança e a adoção de uma dimensão mais humana de cuidado está cada vez mais presente no cotidiano da enfermagem. Partindo da ideia de que a doença de um dos membros afeta a todos na família, pode-se afirmar que, quando se atende a criança, a fim de que atinja o melhor estado de saúde possível, estamos cuidando também da família. Porém, se a abordagem for centrada apenas no aspecto biológico da doença, não será dada a atenção ao todo e ao que ela provoca na organização e funcionamento familiar, tampouco estar-se-á cuidando dos demais familiares, contrariando os princípios da enfermagem que propõe uma visão integral do ser humano. A enfermagem deve estar apta para abordar, cuidar e inserir a família no cuidado à criança hospitalizada, de modo que se possa tentar reduzir os efeitos negativos que o processo de hospitalização causa em todos os envolvidos. Contribuições/implicações para a Enfermagem: Espera-se que este estudo instigue os profissionais a perceber a necessidade de prestar um cuidado humanizado que inclua a família como objeto de cuidado, uma vez que apenas ter o direito de permanecer junto à criança hospitalizada garantido por lei não significa que estes estejam totalmente incluídos no cuidado e amparados pelo serviço de saúde. Descritores: Saúde da Criança; Enfermagem; Família. EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família; Referências: 1. LIMA, A.S.; SILVA, V.K.B.A.; COLLET, N.; REICHERT, A.P.S.; OLIVEIRA, B.R.G. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 out-dez; 19(4): 700-8. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2009 fev. 15]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_1160_FL.pdf 3. SILVEIRA, A.O.; ANGELO, M.; MARTINS, S.R. Doenças e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. Rev Enferm UERJ. 2008; 16: 212-7. 4. OLIVEIRA, C.F.P. Procedimentos de Enfermagem Dolorosos: Respostas de mães e enfermeiras numa unidade pediátrica. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, 2008. 5. Institute For Family-Centered Care. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: recommendations and promising practices. 2008 apr [cited 2007 jul 5]. Available from: URL: http://www.familycenteredcare.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf

14423

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANA MARIA RÊGO MACIEL CARDOSO

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA NA PERSPECTIVA DE FAMILIARES

Cardoso, JMRM; Ciuffo, LL; Rodrigues, BMRD; Pacheco, STA;

Introdução: A violência intrafamiliar consiste em formas agressivas da família se relacionar, através do uso da violência como solução de conflito e estratégia de educação1. Objetivo: Identificar na literatura científica as publicações acerca da violência intrafamiliar contra a criança. Metodologia: Foi realizada busca nas bases de dados CAPES, BDENF, MEDLINE e LILACS utilizando os descritores agrupados: "violência, família e criança" e "violência, enfermagem e criança". Critérios de exclusão: capítulos de livros, artigos que não apontavam relação com a temática do estudo, artigos de revisão, relatos de experiência e artigos repetidos. O recorte temporal situou-se entre 1990 e 2010, sendo associado à criação do Estatuto da Criança e do Adolescente2. Resultados: Foram encontradas 283 produções, sendo selecionadas 25 pela aderência com a temática do estudo. Ao utilizar os descritores "violência, família e criança" foram observados estudos que buscaram conhecer de que forma a violência afeta a saúde e a vida sócio-afetiva da criança. A busca pelos descritores "violência, enfermagem, criança", resultou em estudos que associaram a assistência prestada pela enfermagem frente às diversas situações de violência contra a criança. Conclusões: Foi possível identificar que existe uma lacuna de conhecimento no que tange à violência intrafamiliar contra a criança na perspectiva de familiares, sendo importante o aprofundamento de pesquisas sobre o fenômeno, já que o mesmo pode trazer implicações para a vida adulta dessa criança. Contribuições: O estudo agrega um novo olhar sobre a investigação das causas sociais da violência, contribuindo na área da saúde da criança para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão. Descritores: Violência. Família. Criança.

14507

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANA RIBEIRO SILVA

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DA CRIANÇA COM CÂNCER

Silva, JR; Marques, FRB; Duarte, AM; Mandetta, MA; Fionda, BA; Zancheta, NB;

Introdução: a literatura relacionada ao câncer infantil, ainda, aponta lacunas quanto às informações dispensadas às famílias nos serviços de saúde. Objetivo: identificar as necessidades de informação apresentadas por famílias de crianças com câncer. Método: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, realizado com 42 famílias que frequentam uma instituição especializada em oncologia pediátrica. Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2013, por meio de um roteiro de entrevista elaborado pelas alunas de um projeto de extensão, construido a partir de uma revisão da literatura. O instrumento contem variáveis relacionadas a dados sócios demográficos e necessidade de informação das famílias durante o tratamento (doença, evolução do quadro, cuidados no domicilio). Os dados foram analisadas utilizando frequência simples e absoluta, média e desvio padrão. Resultados: os entrevistados foram 40 mães e dois pais, com idade média de 36 anos (DP± 9,15). Em relação as características das crianças, os diagntínhamos mais frequentes foram de tumores ósseos (21,4%), tumores de sistema nervoso central (14,3%), leucemia (9,5%), neuroblastoma (9,5%) e retinoblastoma (9,5%), sendo que três crianças estavam em fase de diagnóstico. O tempo médio desde o diagnóstico foi de 19 meses (DP± 29,6) e a maioria das criancas estavam em fase de tratamento quimioterápico (38,1%), fora de tratamento (16,7%) e o restante em outras modalidades terapêuticas. Quanto a necessidade de informação, 50,0% das famílias acessam pela internet, os temas apontadas foram sobre: a doença (59,0%), evolução do quadro (57,1%), direitos legais (52,4%) e exames realizados durante o tratamento (50,0%). A identificação dessas necessidades forneceram subsídios para a elaboração de materiais educativos que irão auxiliar as famílias no processo de enfrentamento da doença. Descritores: Família. Neoplasia. Informação.

13914

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KEILA CRISTINA OLIVEIRA DOS SANTOS

TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS ASSISTIDAS NUMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Santos, KCOS; Oliveira, ICSO;

Com as experiências vividas como enfermeira na unidade de emergência, o que mais me inquieta está relacionado com a falta de informação da condição da criança para os seus familiares. Objetivos:descrever as informações transmitidas pela enfermagem, analisar a atuação da enfermagem na transmissão das informações às famílias e discutir as implicações das informações para a prática assistencial de enfermagem junto às famílias das crianças na emergência. O referencial teórico está vinculado ao direito à informação nos preceitos da Política Nacional de Humanização[1]. A pesquisa é qualitativa. O cenário foi o setor de emergência pediátrica de um hospital universitário. Os sujeitos foram 16 membros da equipe de enfermagem dos serviços diurnos e noturnos. O procedimento metodológico foi a entrevista não diretiva em grupo. A coleta de dados foi desenvolvida após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição. Com base na análise temática2, constatou-se que as informações transmitidas ao familiar/acompanhante foram relacionadas ao ambiente, normas e rotinas hospitalares, higiene corporal, procedimentos invasivos, e medicamentos. Três momentos distintos para a transmissão de informações foram destacados: admissão da criança, permanência na unidade e alta. Concluiu-se que a capacitação dos enfermeiros torna-se fundamental na emergência pediátrica a fim de promover transformações na atuação da enfermagem. Contribuições: O estudo contribuirá para uma mudança nos serviços de emergência pediátrica, que favoreça a busca pelas necessidades de informação dos familiares. Referências: 1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004; 2. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26.ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2007. Descritores: equipe de enfermagem, família, informação.

13985

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KELLY CHRISTINE GASPAR DO NASCIMENTO

SEQUÊNCIA DE PIERRE ROBIN: ORIENTAÇÕES AOS PAIS E ACOMPANHANTES PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Nascimento, KCG; Silva, NLV; Justen, DC; Santos, MB;

Devido ao aumento de internações de crianças com diagnóstico de Sequência de Pierre Robin (SPR) e a imaturidade dos pais e acompanhantes em lidar com as diversas manifestações clínicas despertou o interesse pelo tema proposto. OBJETIVOS: Descrever os principais sinais e sintomas da criança acometida pela Sequência de Pierre Robin frente e descrever as orientações fornecidas aos acompanhantes pela equipe de enfermagem diante das características encontradas. METODOLOGIA: Utilizou-se a revisão bibliográfica nas principais bases de dados científicos. RESULTADOS: A sequência de Pierre Robin tem como característica principal a seguinte tríade de anomalias: micrognatia, glossoptose e fissura de palato expressado clinicamente por obstrução das vias aéreas e dificuldades alimentares. Dados estatísticos referem que a SPR afeta uma criança em cada 8.500 nascidos- vivos. Podendo apresentar-se de maneira isolada ou associada a outras síndromes. De acordo com as manifestações clínicas encontradas foram levantadas as principais orientações aos pais e acompanhantes pela equipe de enfermagem. CONCLUSÃO: evidenciou-se a necessidade do envolvimento da família na assistência à criança com SPR, pois possibilita a rápida intervenção e minimiza riscos a saúde. REFERÊNCIAS: Fuzza RF, Abuabara A. Sequência de Pierre Robin no recém-nascido: relato de caso. Pediatria (São Paulo). 2010;32(3):231-5. Marino VCC, Berti LC, Lima-Gregio AM. Características acústicas da oclusiva glotal associada à sequência de Pierre Robin: estudo de caso. Rev CEFAC. 2013 Mar-Abr;15(2):466-477. Marques IL, Sousa TV, Carneiro AF, Peres SPBA, Barbieri MA, Bettiol H. Sequência de Robin - protocolo único de tratamento. J Pediatr (Rio J). 2005;81(1):14-22. Neto CDP, Alonso N, Sennes LU, Goldenberg DC, Santoro PP. Avaliação polissonográfica e de videoendoscopia da deglutição de pacientes portadores da sequência de Pierre-Robin. Braz J Otorhinolaryngol. 2009;75(6):852-6. Descritores: Pierre Robin, cuidados de enfermagem e fenda palatina.

14659

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LIDIA MEYRE FERREIRA GONÇALVES

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO FAMILIAR EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICO DESCRITORES: ENFERMAGEM, FAMÍLIA E CTI PEDIÁTRICO

Ferreira, LM; Souza, MRM; Cardoso, JMR; Costa, MLS; Silva, CAJ;

Trata-se de um relato de experiência da equipe de enfermagem de um CTI Pediátrico. O estudo aborda a inserção e capacitação dos familiares para sua permanência no ambiente de terapia intensiva. A presença da família na UTI proporciona bem-estar à criança, gera segurança aos pais, além de possibilitar a participação e acompanhamento contínuo dos cuidados dispensados ao filho durante toda internação. 1 Educação em saúde é relevante em todos os níveis de atenção à saúde, e não apenas na atenção básica. Sua abordagem não pode considerar apenas a prevenção de doenças, pois em qualquer nível de saúde, sempre haverá algo a ser feito para promover condições de vida mais satisfatórias.2 Neste contexto, a equipe de enfermagem facilita a inserção do familiar por meio de capacitação para as rotinas institucionais de controle de infecção, além de procedimentos e cuidados que podem ou devem ser prestados por eles, tais como: lavagem das mãos, manuseio adequado da criança, aplicação de hidratante corporal (quando indicado), toque terapêutico, comunicação verbal, encorajamento da criança, dentre outros cuidados de baixa complexidade, que deverão ser avaliados de acordo com a gravidade e especificidade de cada criança. Objetivo: Descrever a vivência da equipe de enfermagem na educação em saúde dos familiares no CTI Pediátrico. Metodologia: Foi utilizada a observação participante e diário de campo, sendo desenvolvido em um CTI Pediátrico de um Hospital de Alta Complexidade, localizado na cidade do Rio de janeiro. Resultados: Inferimos que na instituição pesquisada são realizadas orientações diversas não sistematizadas durante o todo processo de internação. A participação dos familiares nos cuidados oferecidos, proporciona a criança uma resposta terapêutica favorável. Portanto, a padronização de uma rotina de capacitação dos familiares durante a hospitalização favoreceria a aproximação da família com a criança, e conseqüente melhora no processo de restabelecimento da saúde.

14488

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LIDIA MEYRE FERREIRA GONÇALVES

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E OS PAIS EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICO DESCRITORES: CTI PEDIATRICO, CRIANÇA E FAMÍLIA

Ferreira, LM; Ciuffo, LL; Cardoso, JMRM; Silva, II;

Trata-se de um relato de experiência de enfermeiros assistenciais de um CTI Pediátrico. O estudo emerge do entendimento de que a criança deve ser compreendida e cuidada em sua totalidade, no intuito de alcançar uma assistência de enfermagem de qualidade. Promover o cuidar com qualidade de vida, levando-se em consideração as dimensões humanas do cuidar e da especificidade do ser criança é uma nova ordem mundial.1 Nessa perspectiva, a equipe de enfermagem que facilita a inserção do familiar por meio de orientações sobre as rotinas institucionais e esclarecimento de dúvidas, torna a presença do familiar na terapia intensiva menos agressiva e impactante o que reflete em maior contato entre a criança e familiar. A presença destes durante o período de internação hospitalar auxilia a criança a aceitar melhor a condição de internação. Neste contexto, os profissionais de enfermagem podem atuar como fonte de apoio para atender a díade criança e família.2 Neste sentido, as orientações oportunas e o diálogo aberto favorecem o estreitamento de vínculos dos familiares com a equipe, com vistas à melhoria da situação de saúde da criança. Objetivo: Descrever o processo de comunicação dos enfermeiros assistenciais no CTI Pediátrico com os pais de crianças internadas. Metodologia: Foi utilizada a observação participante e diário de campo, sendo desenvolvido em um CTI Pediátrico de um Hospital de Alta Complexidade, localizado na cidade do Rio de janeiro. Resultados: Há uma deficiência em relação à comunicação dos enfermeiros com os pais das crianças institucionalizadas no CTI Pediátrico, causando desinformação e insatisfação dos pais. Assim, a criança não recebe apropriadamente dos pais os cuidados inerentes a eles, haja vista que deveriam ter sido orientados e apoiados pelos enfermeiros desde a admissão até a alta, de modo a incluí-los no cuidado adequado à criança.

13991

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUANA AMARAL MORTOLA

PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O PROJETO BEBÊ DEZ, MAMÃE MIL

Mortola, LAM; Mattos, MBM; Jesus, MAJ; Zugno, RMZ; Galterio, JG; Gomes, VLOG;

PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O PROJETO BEBÊ DEZ, MAMÃE MIL Introdução: A implantação do Projeto "Bebê dez, mamãe mil" em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município do Rio Grande, foi uma estratégia criada com o objetivo de atrair gestantes e binômios mãe-filho, para ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, pois eram baixos os índices de atendimento. A atuação dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) valorizam questões culturais da comunidade, integrando o saber popular e o conhecimento técnico1 formando um elo de ligação. Por meio destas, foi criado o projeto que teve início em 2011. Inicialmente, foi divulgado que CDs com fotos seriam distribuídos aos binômios que atingissem as metas preconizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no que se refere ao pré-natal, exame citopatológico (CP) e puericultura. No mês seguinte, gestantes, mães e crianças foram fotografadas, em estúdio decorado e organizado pelas ACS, o que se repetiu nos meses subsequentes. As ACS, ainda faziam busca ativa das usuárias que faltassem a algum dos atendimentos programados. A maior dificuldade encontrada foi financeira, para minimizá-la estabeleceu-se parceria entre a SMS e o Programa de Educação Tutorial em Enfermagem (PET/Enf), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Detectou-se, significativo aumento no número de atendimentos. Além disso, surpreendentemente, as mães se mostraram mais carinhosas e respeitosas com seus filhos, melhoraram as condições de higiene e autoestima. Objetivo: Conhecer a percepção dos ACS acerca do projeto bebê dez, mamãe mil. Metodologia: Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Foram informantes as quatro ACS, que trabalham na UBSF. Colheram-se os dados por meio de entrevista procurando-se conhecer os fatores que motivaram a criação do projeto, as principais dificuldades para implementação e as repercussões no cuidado à criança. No tratamento dos dados adotou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, que consiste em redigir com as ideias centrais dos relatos dos diferentes sujeitos, à semelhança de um quebra cabeças, um discurso síntese, na primeira pessoa do singular, concentrando a ideia do coletivo em único discurso2. Projeto aprovado pelo NEPES sob parecer nº 48/2012. Resultados: Foram construídos três discursos. O primeiro, referente aos motivos que desencadearam a implantação do projeto, o segundo aos resultados obtidos com o desenvolvimento do projeto e, finalmente, o terceiro a percepção das ACS sobre os resultados obtidos com o projeto. Idéia Central: Os baixos índices de produtividade motivaram a criação do projeto. DSC: Teve uma época bem difícil, que as mães não percebiam a pesagem como uma coisa boa, só vinham à unidade quando era do bolsa família ou quando a criança estava doente. Como ACS eu ficava frustrada, desmotivada para trabalhar. Os índices de puericultura eram vergonhosos e a coordenação cobrava a produtividade. Então, o principal objetivo era trazer novamente a população para a Unidade, aumentando a produtividade. Pensei em estratégias que englobassem tudo, tive a ideia das fotos para as mães trazerem as crianças na pesagem e puericultura, depois inclui o CP que elas tinham que fazer para receber as fotos. Tive muitas ideias e a enfermeira organizou e analisou as possibilidades, assim, criamos o projeto "Bebê dez, mamãe mil" para ter um atrativo. Foi um tiro no escuro e deu certo. Ideia Central: O objetivo do projeto foi alcançado e ainda aumentou a afetividade entre mãe e filho. DSC: Além de aumentarem os índices de puericultura e CP, minha surpresa foi com o aumentou da afetividade entre mãe e filho e a higiene das crianças. Antes, durante a pesagem eu tinha que deixar a sala aberta, a minha roupa ficava com o mau cheiro das crianças

e das mães. É muito bom ver este resultado, porque eu sei que naquele dia aquelas crianças têm a oportunidade de ter o olhar da mãe, o carinho dela. É como um dia de festa. Hoje, as mães escutam o que eu falo, deixam o filho à vontade para tirar a foto, a coisa já ficou mais suave entre os dois, elas agacham, olham no olho, conversam, é uma delícia. Então, o que mais me motiva, além da questão do trabalho, é a questão da autoestima da mãe, do filho e da família no geral. O que eu queria aconteceu, as metas foram alcançadas e veio algo a mais, isto para mim é o maior presente. É perceptível a satisfação com os resultados do projeto, pois superaram as expectativas ao intensificarem laços familiares beneficiando toda a família e principalmente a criança. Idéia Central: Este projeto traz bons resultados quali e quantitativos. DSC:Me sinto realizada em trabalhar com as mães e crianças. Toda vez que tem que criar o cenário, que eu paro para pensar que é para as crianças, que elas vão aproveitar aquilo, que vai trazer resultado na vidinha delas, é muito bom. Eu gosto muito deste trabalho, gosto de esclarecer as dúvidas das mães, sinto uma alegria em fazer isso e vejo que meu trabalho é valorizado. Quando o resultado é positivo, tenho muita satisfação em fazer. Fico naquela expectativa para ver quantas crianças vão vir e se vem menos, faço a busca ativa. É um trabalho muito gratificante, com um retorno muito bom, pois para quem já teve uma produtividade de seis na pesagem, hoje ter 70, 80 crianças, é muito satisfatório. Gostaria de dizer para as mãezinhas que amar não é só alimentar, dar banho, mas, todo esse cuidado do dia-a-dia, o carinho, afeto isso que elas estão fazendo, consigo ver a transformação delas. Gostaria também que esse trabalho não parasse aqui, que ele tivesse multiplicações, não só entre profissionais, mas entre mães e crianças que dele participam. As crianças de hoje, amanhã serão mães e, não precisem de um projeto para que olhem para seus filhos de maneira diferenciada. Conclusão: As iniciativas das ACS contribuíram significativamente para o alcance das metas da SMS. Percebeu-se que estratégias simples, que vão além do atendimento biológico, mas que valorizem o acolhimento; o estabelecimento de laços afetivos entre mãe e filhos; preservem laços familiares, entre eles curtir, juntamente com o pai e os avós as diferentes etapas do crescimento dos filhos por meio das fotografias, ter a companhia do pai nas seções de fotos; além de promover a saúde da comunidade e proporcionar efeitos intergeracionais positivos, podem aumentar as taxas de produtividade e a qualidade da assistência. Contribuições/implicações para a enfermagem: Destaca-se a importância da enfermeira, como líder da equipe de saúde, valorizar as iniciativas da ACS, bem como acolher acadêmicas de enfermagem aceitando e propondo parcerias. Desta parceria, um estúdio fotográfico da cidade aliou-se e atualmente os binômios ganham minibooks, além disso, o Grupo PET/Enf concorreu a um Edital no PROEX 2013, tendo como responsável a tutora e co-responsável a enfermeira da UBSF e obtendo o financiamento. DESCRITORES: Saúde da família, Enfermagem, Ensino. EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família Referências: 1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 2. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS): Educs; 2005.

14399

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANO MARQUES DOS SANTOS

ELEMENTOS DEFINIDORES DA VULNERABILIDADE DA FAMÍLIA EM CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: PROPONDO INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DURANTE A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Saradiaslisboa, SDL; Lucianomarquesdossantos, LMS; Silviadasailvapassos, SSP; Valdimeiessantosmoreira, VSM; Jaquelinedantasdasilva, JDS;

ELEMENTOS DEFINIDORES DA VULNERABILIDADE DA FAMÍLIA EM CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: PROPONDO INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DURANTE A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA Sara Dias Lisboa1; Luciano Marques dos Santos2; Silvia da Silva Santos Passos3; Jaqueline Dantas da Silva4; Valdimeires Santos Moreira5 Introdução: A chegada de um filho traz uma série de transformações no seio familiar, seja em razão da aquisição de novos papéis e responsabilidades pelos membros da família, seja pela angústia e apreensão de que algo possa afetar o curso planejado. Quando ocorre a necessidade de hospitalização a família vivencia a sensação de "perder o chão" e, repentinamente vêem seus sonhos e sentimentos de alegria dão lugar a uma realidade cercada por angústia, insegurança e medo. 1 A Família encara a doença e hospitalização como um evento gerador de sofrimento, pois está diante da possibilidade de perda de um de seus membros, provocando um abalo emocional que pode comprometer sua capacidade de lidar com a situação, levando-a a sentir-se vulnerável. A vulnerabilidade da família, em situação de doença ou hospitalização de um filho, é sentir-se ameaçada em sua autonomia, sob pressão da doença, da família e da equipe. É um processo dinâmico e contínuo, influenciado por experiências anteriores e intensificado por interações com a doença, família e a equipe, tornado esta mais fragilizada e temerosa, pois a família traz esse significado negativo à situação de hospitalização atual. 2 Os atributos definidores da vulnerabilidade estão relacionados ao contexto da doença que gera incerteza, impotência, ameaça real ou imaginária, exposição ao dano, temor do resultado, submissão ao desconhecido e expectativas de retornar à vida anterior; ao contexto da família com desequilíbrio em sua capacidade de funcionamento, tendo desestrutura, distanciamento, alteração na vida familiar e conflitos familiares; ao contexto hospitalar com conflitos com a equipe, marcado pela falta de diálogo, desrespeito e afastamento de seu papel. 3 Esses sentimentos que surgem com a hospitalização, não podem ser ignorados, mas sim encarados e trabalhados mediante apoio e diálogo constante da equipe junto à família, tornando possível a elaboração de estratégias que capacitem os pais a lidarem com os desafios diários dessa experiência.1 A inserção da família no ambiente hospitalar, considerando-se seus direitos e deveres, tem demandado novas formas de organização na dinâmica da assistência de enfermagem, na qual, além do cuidado integral à criança, torna-se imprescindível também, voltar a atenção às necessidades da família, desenvolvendo, assim, uma proposta de cuidado centrado na díade criança-família. 4 Objetivo: relatar os elementos definidores da vulnerabilidade da família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e as Intervenções de Enfermagem propostas para o enfrentamento desta situação. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência vivenciado no período de outubro de 2012 a julho de 2013, durante a vigência do Projeto de Extensão intitulado "Modelo Calgary: práticas e estudos com famílias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS)", da Universidade Estadual de Feira de Santana na Bahia. Durante esta atividade acadêmica, a equipe executora do Projeto de Extensão avaliou 36 famílias de recém-nascidos hospitalizados na UTIN no referido hospital, através da construção de genogramas e ecomapas. Destas, 15 famílias foram identificadas como demandando intervenções de enfermagem, e foram convidadas para participar de encontros terapêuticos. Nestes encontros, cada família

foi estimulada a narrar sua experiência de ter um filho em cuidados intensivos neonatais, sendo observadas 14 famílias vivenciando o sentimento da vulnerabilidade, conforme elementos definidores propostos por Pettengill (2003), com um total de 37 indivíduos avaliados. As narrativas das famílias foram analisadas à luz dos elementos definidores da vulnerabilidade e após o final do encontro terapêutico foram sugeridas intervenções de enfermagem que pudessem promover a mudança nos contextos analisados. Resultados: Da análise das narrativas das famílias foram identificados os problemas enfrentados e estes foram comparados e codificados, conforme características definidoras da vulnerabilidade sendo proposta intervenções de enfermagem para enfrentamento da situação. A análise das narrativas colhidas das 14 famílias vulneráveis participantes do Projeto de Extensão permitiu compreender que a doença e a necessidade de hospitalização do recém-nascido na UTIN do HIPS, repercutem de forma negativa na experiência das famílias, tornando-as vulneráveis à situação vivenciada. O nascimento de um bebê em condições críticas de saúde ocorre de forma inesperada para a família, fazendo-a experimentar diversos sentimentos tais como a tristeza, o medo, a ansiedade, a raiva, a preocupação e a culpa. Estes sentimentos estão relacionados ao fato de que a UTIN configura-se como um espaço hospitalar repleto de tecnologias e dispositivos de apoio à vida causam intenso sofrimento para a família, pois para ela os mesmos são causadores de estresse, dor e mesmo sofrimento para o recém-nascido que deles dependem. No contexto da família, devido ao afastamento da puérpera de seu domicílio para permanecer no hospital acompanhando o (a) filho (a) na UTIN, a família vivencia a desestruturação da sua dinâmica de funcionamento, pois há necessidade de reorganização de funções e de tarefas internas e próprias de cada família, para que as demandas diárias possam ser atendidas. Observamos, conforme relatos das famílias, que os trabalhadores da saúde da UTIN, não interagem com as mesmas. As famílias relataram que não são atendidas em suas necessidades e adentram ao cuidado intensivo sem acompanhamento da equipe, o que as torna mais vulnerável e sem suporte, já que nesta condição, permanecem sem informações sobre o recém-nascido e não são escutadas pelos profissionais da saúde. Foram propostas, também, intervenções de enfermagem para o enfrentamento e resolução do sentimento de vulnerabilidade da família, aos participantes dos encontros terapêuticos, oferecendo possibilidades de mudanças para alcançar um novo equilíbrio para o funcionamento familiar. Considerações Finais: Identificar as famílias que vivenciam o sentimento da vulnerabilidade e propor intervenções para resolver este fenômeno, é uma opção para efetivar o cuidado centrado na família na prática clínica e colaborar com elas na recuperação do equilíbrio familiar, que proporciona aos trabalhadores da saúde a oportunidade de auxiliá-las na retomada de sua autonomia de uma maneira mais singular e sem conflitos e à famílias vivências menos sofríveis. Desta maneira, os encontros terapêuticos contribuíram com o enfrentamento das famílias diante das dificuldades encontradas com a hospitalização e na reestruturação da dinâmica familiar, sendo alternativas importantes para ajudá-las e apoiá-las. Contribuições / implicações para a Enfermagem Compreender o sentimento de vulnerabilidade vivenciado pela família diante da necessidade de hospitalização do RN, a identificação e a avaliação dos elementos intensificadores deste sentimento e a proposição de estratégias para a família vencer esse sentimento. Descritores: Enfermagem neonatal; Família; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Referencias 1 Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Corrêa DAM. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 2013 jan -mar; 17 (1):46-53. 2 Pettengill M A M, Angelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 13, n. 6, p. 982-8. 2005. 3 PETTENGILL, M. A. M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. 173 f. 2003. Tese [Doutorado em Enfermagem]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2003. 4 LIMA, A. S.; SILVA, V. K. B. A.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S.; OLIVEIRA, B. R. G. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. Texto e Contexto Enfermagem, v.19, n.4, p. 700-8. 2010.

14027

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANO MARQUES DOS SANTOS

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL UTILIZANDO GENOGRAMA E ECOMAPA: UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO

Lucinanomarquesdossantos, LMS; Thiara Neres Bispo Santos, TNBS; Erikasuanedeoliveirasouza, ESOS; Valdimeiressantosmoreira, VSM; Karinebernadetecamposcardoso, KBCC; Jaquelinedantasdasilva, JDS;

INTRODUÇÃO: As famílias quando passam pelas experiências da doença, hospitalização de um de seus membros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, expõe-se a ruptura de sua estrutura e vivenciam modificações na sua rotina, demandando a realização de novas tarefas e ajustes de novos papéis em prol da recuperação da estabilidade do sistema e unidade familiar. Ao descobrir o diagnóstico do filho, suas condições clínicas e a necessidade de internamento, a família pode sofrer uma desestruturação emocional revelados em sentimentos de insegurança, medo, tristeza e impotência, o que pode contribuir para a ocorrência de conflitos, ansiedade e agrava a sensação de culpa dos pais dificultando sua compreensão de que é importante para o seu bebê que eles estejam presentes no processo de hospitalização (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006; REICHERT; LINS; COLLET, 2011; GIRARDON-PERLINI et al., 2012). Por isso, se faz necessário utilizar metodologias que sistematizem a avaliação da família, a exemplo do Modelo Calgary de Avaliação da Família que uma estrutura multidimensional que consiste em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada categoria contém várias subcategorias que podem ser ou não avaliadas na primeira consulta, ou mesmo nunca ser avaliadas. O foco da avaliação familiar concentra-se mais na interação entre todos os membros da família (WRIGHT; LEAHEY, 2011). Segundo Wright e Leahey (2011, p. 66) "Ao avaliar uma família, é preciso que se examine primeiramente a sua estrutura, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora e qual é o seu contexto". Para isso, existem dois instrumentos de avaliação estrutural da família, o genograma e o ecomapa, que são de utilização simples, prática e rápida, e muito úteis para delinear as estruturas internas e externas da família. OBJETIVO: Analisar a estrutura e rede apoio da família de recém-nascidos hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS) utilizando o Modelo Calgary de Avaliação da Família. METODOLOGIA: Esta proposta é um recorte do Projeto intitulado "Modelo Calgary: práticas e estudos com famílias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Inácia Pinto dos Santos", realizado no período de outubro de 2012 a junho de 2013. Esta experiência foi oriunda da realização de entrevistas, elaboração e análise do genograma e ecomapa de 31 famílias, totalizando-se 61 (sessenta e um) membros do núcleo familiar entrevistados, em local reservado do hospital. No hospital anteriormente mencionado, os pais e avós de recém-nascidos com condições críticas de saúde tem acesso livre ao espaço da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal todos os dias da semana, e aos demais familiares é reservado um espaço de duas horas semanais. Assim, pais, avós, tios e primos dos recém-nascidos foram convidados para participar de encontros terapêuticos para que pudéssemos conhecer sua estrutura e a rede de apoio das famílias foi utilizado um roteiro contendo variáveis relacionadas aos membros das famílias (Família nuclear: Pai, Mãe, filhos; Família ampliada: Avô e Avó maternos, Avô e Avó paternos; Irmãos maternos e paternos, tios, primos; outras pessoas consideradas como famílias; Gênero; Raça/cor e religião; rede de apoio e suporte social). RESULTADOS: A caracterização da estrutura das famílias avaliadas foi realizada através da construção do genograma e demonstrou que as mesmas são formadas em sua maioria por um padrão clássico nuclear, composto por mães, pais e filhos. Entretanto, as famílias que vivenciam a experiência de ter um ente hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possuem em sua estrutura filhos únicos, o que pode colaborar para

a ausência de habilidades ou mesmo intenso sofrimento diante deste processo, já que este é para elas uma experiência nova cercada por muitos anseios, dúvidas e medos, pois acontece a separação abrupta e precoce entre pais e filhos, exigindo da família capacidade de enfrentamento e adaptação a novas demandas. As famílias avaliadas consideraram ainda como membros de sua estrutura a família ampliada, composta por seus pais e irmãos. Elas são formadas em sua maior parte por pessoas do sexo biológico masculino, da raça/cor parda e se consideraram como católicas. Com relação à rede de apoio e suporte social, observou-se que as famílias apontaram a família nuclear, representada pelo marido/companheiro, a família ampliada e a fé em Deus como principais suportes para o enfrentamento da doença e hospitalização do recém-nascido. Notou-se, ainda assim, uma rede de apoio e suporte social com poucos recursos para ser acionados pelas famílias durante o enfrentamento da experiência de ter um filho hospitalizado em cuidados intensivos neonatais, o que pode potencializar intenso sofrimento para os pais, mesmo considerando a fé em Deus como um recurso acionados por eles. Os recursos pouco acionados pelas famílias ou mesmo ausentes em sua rede de apoio e suporte social foram amigos, profissional de saúde e puérperas do alojamento conjunto, vizinhos, a religião e o próprio serviço de saúde de sua comunidade. Estas invisibilidades, mencionadas acima, demonstram a fragilidade na interação social destas famílias com recursos que são apontados pela literatura como importantes para o enfrentamento de problemas pelas famílias nos diversos contextos de atenção à saúde de seus membros, com destaque para as experiências de doença e hospitalizações. CONSIDERAÇÕES: O Genograma e Ecomapa são importantes instrumentos para compreensão da estrutura familiar e da rede de apoio social de famílias em processo de adoecimento. São recursos utilizados para conhecer o processo de saúde-doença das famílias e seus membros, além de suas relações não apenas intrafamília, mas também com os demais sujeitos e instituições com quem convivem, interagem e estabelecem uma rede de apoio e suporte social. É fundamental o conhecimento da estrutura, do desenvolvimento e funcionamento familiar, como uma forma de considerar a família do recém-nascido hospitalizado uma unidade do cuidado de enfermagem. CONSIDERAÇÃOS PARA A ENFERMAGEM: Conhecer a estrutura, rede de apoio e suporte social de famílias durante a experiência de hospitalização do recém-nascido possibilita aos trabalhadores da enfermagem visualizar a família de uma maneira diferenciada e adentrar em um espaço de unidade que se encontra desestruturada em decorrência das perturbações decorrentes das demandas da hospitalização do filho, para assim propor estratégias de intervenção para a reestruturação familiar visando à prestação de uma atenção qualificada, a prática clínica avançada e a implementação da filosofia do Cuidado Centrado na Família. DESCRITORES: Enfermagem Neonatal. Enfermagem Familiar. Hospitalização. REFERÊNCIAS GIRARDON-PERLINI NMO, Viana AAF, Vand der Sand ICP, Rosa BVC, Beuter M. Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI Neonatal. Ciênc Cuid Saúde. 2012; 11(1):26-34. HAYAKAWA, L. Y. et al. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev. Bras. Enferm., v. 6, n. 3. p, 440-445. maio/jun., 2010. Reichert AOS, Lins RNP, Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. Rev Eletr Enf [periódico na Internet]. 2007 [citado 2011 mai 28]; 9(1): [aprox. 13 telas]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf Tronchin DMR, Tsunechiro MA. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14(1):93-101. WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. Enfermeiras e família: guia para avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo; Roca, 2011.

14050

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANO MARQUES DOS SANTOS

IMPACTO DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE A FAMÍLIA AMPLIADA

Lucianomarquesdossantos, LMS; Sheiladasilvasampaio, SSS; Karinebernadetecamposcardoso, KBCC; Saradiaslisboa, SDL; Thiaraneresbisposantos, TNBS; Erikasuanedeoliveirasouza, ESOS;

INTRODUÇÃO: O viver em família não é permeado apenas por rotinas. O inusitado, como a doença, seja ela aguda ou crônica, faz parte desse viver. Porém, quando esta se apresenta, a vida familiar deixa por algum tempo seu leito de estabilidade (HAYAKAWA; MARCON; HIGARASHI, 2009). Passa-se então a enfrentar situações de crise que possibilitará desorganização da estrutura e cotidiano familiar. Quando a doença demanda hospitalização na Unidade de Cuidados Intensivos, a família se depara com um ambiente estranho e gerador de crises por ser comumente associado com a gravidade do estado de saúde e de alto risco de vida do seu ente familiar, considerando-o com um local frio, impessoal e ameaçador para a unidade familiar (SCARABEL, 2011; SCHNEIDER; MEDEIROS, 2011). Assim, a família nuclear, durante a vivência em cuidados intensivos neonatais aciona sua rede de apoio e suporte social, como estratégia para o enfrentamento das demandas decorrentes da doença e hospitalização do recém-nascido. A família ampliada está no centro desta rede de apoio e suporte social, constituindo um ele importante, já que proporciona para a família nuclear recursos físicos e emocionais (RUMOR, 2012). O atual estado da arte sobre o impacto da doença e hospitalização do recém- nascido em cuidados intensivos aponta para uma experiência marcada por intenso sofrimento e expressão de sentimentos, que representam os momentos de desestruturação na dinâmica e rotina da família nuclear. OBJETIVO: relatar a experiência da análise do impacto do processo de hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público da cidade de Feria de Santana-Bahia sobre a família ampliada. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência vivenciado no período de outubro de 2012 a junho de 2013, no Projeto de Extensão intitulado "Modelo Calgary: práticas e estudos com famílias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS)", da Universidade Estadual de Feria de Santana, na Bahia. Este projeto tem como um de seus objetivos "Criar espaço de cuidado e formação profissional qualificado na avaliação e intervenção com famílias de recém-nascidos hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, vislumbrando a redução no impacto do processo de adoecimento e hospitalização sobre os membros da família". Foi elaborado um instrumento para a avaliação do impacto do processo de doença e hospitalização do recém-nascido sobre a família ampliada. Foram atendidas 36 (trinta e seis) famílias através da construção de genogramas e ecomapas, totalizando 61 (sessenta e um) membros do núcleo familiar de recém-nascidos hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do HIPS. Estes instrumentos foram utilizados com as famílias após a entrada na unidade neonatal, sendo as informações fornecidas pelas puérperas e dois ou mais membros do seu núcleo familiar. Deste total, foram identificadas 15 famílias nucleares com necessidade de Intervenções de Enfermagem, que foram convidadas para participar de encontros terapêuticos, objetivando apoiá-las na buscar de reorganização de sua dinâmica de funcionamento e estabilidade. Destes encontros participaram 08 (oito) famílias ampliadas, compostas por avós, tios, primos e vizinhos. Nos encontros terapêuticos, cada família foi estimulada a narrar sua experiência com a doença e hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do HIPS. Para a elaboração deste estudo foram utilizadas e analisadas as falas de cada membro da família ampliada. RESULTADOS: O nascimento do prematuro ocorre de forma inesperada para a família ampliada e suas condições de saúde são consideradas por elas como críticas, fazendo-as

experimentar diversos sentimentos tais como a tristeza, o medo, a ansiedade, a raiva, a preocupação e a culpa por não ter ajudado a puérpera. Estes sentimentos estão relacionados ao fato de que a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal configurar-se como um espaço hospitalar repleto de tecnologias duras, tais como os aparelhos para ventilação pulmonar mecânica, os monitores eletrocardiográficos, as fototerapias, bombas de infusão, sondas orogástricas e os acessos venosos periféricos. Estas tecnologias causam intenso sofrimento para a família ampliada, quando esta adentra o espaço do cuidado intensivo neonatal, pois para ela os mesmos são causadores de estresse, dor e mesmo sofrimento para o recém-nascido prematuro que deles dependem para sua sobrevivência. Assim, a família ampliada passa se sentir impotente diante da situação vivenciada, apresentando intensa dificuldade de aceitar a situação experienciada e até mesmo não se sentindo segura ou confortável para entrar diariamente na unidade neonatal, para vê o recém-nascido. Ainda, notamos o medo da família ampliada com relação ao futuro do bebê, já que diariamente eles convivem com outras famílias cujo recém-nascido apresenta instabilidade clínica, o que a faz pensar que o seu também passará por esta experiência. Diante disso, a família passa a acreditar que seu filho a qualquer momento poderá evoluir para o óbito, o que de fato, intensifica o sofrimento da mesma. No contexto da família, devido ao afastamento da puérpera de seu domicílio para permanecer no hospital acompanhando o (a) filho (a) hospitalizado, a família ampliada vivencia a desestruturação da sua dinâmica de funcionamento, pois há necessidade de reorganização de funções e de tarefas internas e próprias de cada família nuclear, para que as demandas diárias possam ser atendidas. CONSIDERAÇÕES: O nascimento prematuro, a doença e sua hospitalização em cuidados intensivos neonatais, são processos que repercutem de forma profunda na experiência da família ampliada, reaproximando-os da família nuclear na tentativa de recuperar o equilíbrio de funcionamento do sistema familiar. A família ampliada vivencia sentimentos, alteração de rotina diária e ocorrência de sintomas físicos, capazes de deixar marcas na experiência da família. Desta maneira, os dados desta experiência apontam para a necessidade de ampliação do foco dos trabalhadores da saúde atuantes em unidades neonatais, com destaque para os de enfermagem, no sentido de compreensão da experiência vivenciada pelas famílias em sua totalidade, durante a hospitalização do prematuro. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Este estudo torna-se relevante já que os dados encontrados poderão possibilitar a compreensão das experiências vivenciadas por famílias de prematuros em UTIN com um olhar mais profundo e embasado em evidência empírica do conhecimento, proporcionando aos trabalhadores da Enfermagem a possibilidade de utilização de achados qualitativos em sua prática clínica, com vistas a vislumbrar um cuidado centrado na família. DESCRITORES: Enfermagem Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Prematuros. REFERÊNCIAS HAYAKAWA, L. Y.; MARCON, S. S.; HIGARASHI, I. H. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev Gaúcha Enferm., v. 30, n. 2, p. 175-182, jun. 2009. RUMOR P. C. F. O impacto da hospitalização infantil nas rotinas de cuidado das famílias monoparentais. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Cataria, Florianópolis, 2012. SCARABEL, C. A. A. Experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Estudo a partir da psicologia analítica. 2011. 198 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. SCHNEIDER, C.; MEDEIROS, L. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. Unoesc & Ciência - ACHS, v. 2, n. 2, p. 140-154. 2011. Disponível em:

13970

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCILEI CRISTINA CHIODI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A FAMÍLIA DO BEBÊ PREMATURO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Chiodi, LC; Aredes, NA; Scochi, CGS; Fonseca, LMM;

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A FAMÍLIA DO BEBÊ PREMATURO: UMA REVISÃO DE LITERATURA. Introdução: O Ministério da Saúde e o Cuidado Desenvolvimental incentivam a participação dos pais nos cuidados do filho pré-termo, para promoção do vínculo afetivo, diminuição da ansiedade e aumento da confiança no cuidado domiciliar.(1,2) Objetivo: Identificar as necessidades de educação em saúde da família do bebê pré-termo. Metodologia: Revisão integrativa de literatura, com buscas nas bases de dados PubMED e Lilacs, entre os anos 1999 e 2012, nos idiomas inglês, espanhol e português, utilizando os descritores prematuro, enfermagem neonatal, cuidados de enfermagem e alta hospitalar. Resultados: Os dez estudos selecionados foram categorizados em três temáticas: participação nos cuidados do filho, preparo para alta hospitalar e uso de material educativo. A maioria das atividades de educação em saúde é direcionada às mães e está relacionada aos cuidados básicos e, ainda, é incipiente a participação nestas atividades, a fim de promover o vínculo e aumentar a confiança no cuidado. Conclusão: Observou-se a necessidade de elaborar estratégias, embasadas em metodologias ativas de aprendizagem, auxiliadas por materiais educacionais, que facilitem a inserção dos pais na unidade neonatal e nos cuidados. Contribuições: Acredita-se que este estudo agregue valor à prática baseada em evidência pela compilação de dados científicos importantes, podendo contribuir com muitas unidades neonatais no que tange à educação em saúde dos pais do bebê pre-termo, também contribuiu para focalizar a inexistência de estudos relacionados aos programas de educação em saúde em unidade neonatal e o impacto destes programas. Referências: 1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Manual Técnico. 2009. 2. Byers JF. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. MCN The Am J Matern Child Nurs. 2003; 28(3): 174-80. Descritores: prematuro, enfermagem neonatal, cuidados de enfermagem.

14652

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO: A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA NA PRATICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Leite, MTSL; Oliveira, LBO; Pinho, LP; Caldaira, APC; Soares, FAS;

INTRODUÇÃO: A violência na infância constitui um problema social e de saúde pública, sendo responsável por um número crescente de atendimentos nos serviços de saúde[1]. Trata-se de uma realidade dolorosa e traz prejuízos de ordem física e psicossocial, pois as experiências vivenciadas pela criança refletem na vida adulta[2]. OBJETIVO: Analisar a produção cientifica em relação a percepção dos profissionais de saúde da família a cerca à violência doméstica contra a criança. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, optou-se pela busca de artigos baseados em evidências . Os dados foram coletados no período de março a maio de 2013, no sítio da Biblioteca Virtual de Saúde ,utilizando-se as bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE) por meio dos seguintes descritores: saúde da criança, saúde da família, violência doméstica e pessoal de saúde. Os critérios para inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra, que tratavam da abordagem do profissional de saúde em relação à violência doméstica contra a criança, publicados em português e em inglês entre os anos de 2009 e 2013. RESULTADOS: Foram selecionados nove artigos. Em algumas pesquisas os profissionais ressaltaram dificuldades para lidar com a questão da violência como o medo de envolvimento com criminosos, a falta de proteção nas unidades de saúde e o descompromisso dos familiares que optam por não denunciar os agressores2-3. CONCLUSÃO: Existem barreiras envolvidas na lida do profissional de saúde da família com a violência doméstica contra a criança. As praticas de Educação em Saúde sobre notificação de violência e interpretação das leis de maus tratos bem como a colaboração de agências de proteção à criança podem auxiliar as vítimas.

14682

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCIA HELENA DE SOUZA FREIRE

CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE MITROFANOFF E/OU MALONE E DE SUAS FAMÍLIAS: CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Freire, MÁRCIAHELENADESOUZA; Fernandes, CLÁUDIAMARIABARONI;

De acordo com dados do IBGE, o censo de 2000, indicou uma prevalência de cerca de 24,5 milhões de pessoas portadoras de deficiência em nosso país, um montante de 14,5% da população geral na época. Em publicação atual da OPAS (2013) enfatiza-se que do total de pessoas com enfermidades crônicas não transmissíveis são diagnosticadas apenas a metade delas e, deste montante apenas a metade recebe atenção médica, e somente poucos (1/8) conseguem atingir os objetivos do tratamento clínico; o que equivale dizer que apenas uma de cada 10 pessoas com condições crônicas tem êxito em seu tratamento. Dados da OMS, de 2005, revelam que ao menos 10% da população infantil, de cada país, nascem ou adquire restrições físicas, mentais ou sensoriais que trarão consequências para o seu desenvolvimento. Porém, o Ministério da Saúde apontou que, em 1991, apenas 2% dessas pessoas recebiam algum tipo de assistência (pública ou privada). Assim, buscou-se, com o Projeto de Pesquisa "Caracterização das crianças/adolescentes submetidos à cirurgia de Mitrofanoff e/ou Malone e de suas famílias: Contribuição para o cuidado de Enfermagem", conhecer a população infantil que teve acesso a atendimentos cirúrgicos em Hospital público de ensino na Região Sul do Brasil, de 2010 a 2012. Os procedimentos em estudo visam propiciar no futuro a realização de cateterismo intermitente limpo e, enema anterógrado pelos cuidadores dessas crianças e, ainda mais, à medida do crescimento e desenvolvimento do indivíduo ampliam a possibilidade de autocuidado. Portanto, esta pesquisa teve como objetivo primário caracterizar as crianças e adolescentes que foram submetidos à Cirurgia de Mitrofanoff e/ou Malone, e suas famílias, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Como objetivos secundários foi previsto: diagnosticar a ocorrência, nos últimos dois anos, dos procedimentos cirúrgicos; traçar seu perfil clínico-demográfico; e colher informações de familiares de crianças submetidas ao procedimento cirúrgico de Mitrofanoff e Malone sobre o impacto da cirurgia e, sobre suas necessidades de cuidado domiciliar, para a realização de um estudo de caso. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva retrospectiva, com abordagem quantitativa, com a utilização de frequências e percentuais de algumas variáveis; e, qualitativa, com a utilização do Método de Estudo de Caso. Após trâmite e aprovação pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, sob o parecer de número 150.096 iniciou-se a pesquisa com a identificação desta população de crianças e adolescentes, realizada com base nos registros no Livro de Agendamento Cirúrgico Pediátrico, para o período de julho de 2010 a junho de 2012. Foi elaborada uma matriz para a coleta das informações após discussão das variáveis de interesse, e buscaram-se os prontuários das crianças relacionadas no Livro de Agendamento para o levantamento das variáveis que permitissem a caracterização dessa população, a saber: sexo, idade, diagnóstico prévio de indicação cirúrgica, procedência, reinternação, local de pós-operatório, complicações pós-cirúrgicas, realização de cateterismos prévios, história de infecção do trato urinário, realização de outras cirurgias e vínculo do cuidador hospitalar. Assim, todos os dados foram registrados em planilhas de Excel e, também em quadros que permitiram uma leitura adequada dos mesmos e a confecção de Tabelas e Gráficos. Como resultados identificou-se 16 procedimentos realizados, em 11 crianças/adolescentes, essas cirurgias representaram 8,9% de todas as cirurgias pediátricas realizadas no período de 2010 a 2012; nove delas (56%) foram primárias, as sete restantes (44%) foram para revisões, dilatações ou drenagens necessárias como consequência das

cirurgias primárias. Essa população foi procedente de 8 municípios do estado do Paraná, abrangendo 6 Regionais de Saúde (2ª, 3ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª), com prevalência de Curitiba (3 casos); o sexo feminino foi predominante (9 procedimentos); e a faixa etária, para 10 crianças, foi de 6 a 11 anos, ou seja, em idade escolar. Os diagnósticos das 11 crianças para a indicação cirúrgica pertenciam a três grupos, o mais expressivo (seis crianças) foi mielomeningocele + bexiga neurogênica + constipação; 31% (5 casos) tiveram necessidade de internamento pós-cirúrgico em UTI Pediátrica; 91% dos casos exigiram reinternação. Os sinais e sintomas presentes nos pós-operatórios das nove crianças submetidas às cirurgias primárias foram predominantemente dor abdominal, cólica e vômito; pico febril foi registro presente em um caso. Quanto aos cuidadores observou-se que em 82% eram os pais. Não se encontrou registro no prontuário que permita afirmar quais indivíduos cuidadores foram capacitados para proceder aos cateterismos pós-cirúrgicos. Nos registros observou-se início do Cateterismo Intermitente Limpo de 3 a 23 dias após a alta hospitalar, com frequência que variou entre 2 a 8 horas. A lavagem do Malone, de acordo com os registros, foi orientada de uma vez ao dia até a cada dois dias, com Soro Fisiológico num volume de 250 a 700ml, em alguns casos prescrita a adição da glicerina, no entanto, com a observação registrada de necessidade de reavaliação constante e respeito às reações de cada paciente. Por meio de duas entrevistas para a realização dos estudos de casos, demonstrou-se o impacto nas famílias dessas crianças/adolescentes, destacando-se a relevância da assistência de Enfermagem no pré e pós-operatório, com influência nos cuidados domiciliares por meio da educação em saúde e parceria com a família desses pacientes crônicos. Para uma das famílias o procedimento cirúrgico do Mitrofanoff, para correção de anormalidade congênita urinária, não trouxe o resultado esperado, mantendo a criança, de 8 anos, a incontinência urinária com necessidade de uso de fraldas e dependência da mãe e da irmã (12 anos) para a realização dos cateterismo; esta situação pode indicar a necessidade de uma cirurgia reparadora. Esta mãe elogiou a atuação da enfermeira da Unidade Cirúrgica, com suas orientações que permitiram a adaptação à nova situação de vida. A outra entrevistada foi a mãe de uma criança de 2 anos nascida com múltiplas malformações, inclusive imperfuração anal, genitália ambígua, pequena mielomeningocele sacral direita, dentre outras, e foi submetida a cirurgia de Mitrofanoff com 1 ano de idade. A mãe relata satisfação com o procedimento que permitiu maior mobilidade à filha, que iniciava sua marcha, realiza o cateterismo com frequência sem dificuldade, a criança não sente dor e nem medo, elogiou o apoio médico e as orientações recebidas. Conclui-se com este diagnóstico de demanda cirúrgica que a enfermeira tem um importante papel de educadora para a família de crianças portadoras de problemas crônicos, e a elaboração de um folder pode apoiar essa assistência; pode-se notar falta dos registros de enfermagem nos prontuários o que pode levar a uma falta de reconhecimento do seu trabalho; que a doença crônica traz incumbências familiares, exige mudanças de hábitos de vida e aprendizado de um cuidado especial, perdas de relações sociais e prejuízo emocional tanto para a criança quanto para sua mãe-cuidadora e que ambos necessitam de apoio na promoção da qualidade de vida.

13891

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIA ANGÉLICA MARCHETI BARBOSA

OS MUITOS NOMES DO FUTURO: A VISÃO DO PAI SOBRE O AMANHÃ DO FILHO COM DEFICIÊNCIA MENTAL

Zanardo, BVF; Giuliani, LR; Marcheti, MA;

Os muitos nomes do futuro: a visão do pai sobre o amanhã do filho com deficiência mental Introdução: Um filho é gerado na imaginação dos pais muito antes de nascer, e a imagem concebida da criança representa as esperanças, os sonhos, as expectativas da família e a sua continuidade (SÁ; CUNHA, 1996). Estudos mostram que a criança com deficiência representa a quebra de expectativas e de possibilidades de futuro para a família (BUSCAGLIA, 2002). O processo de descoberta da deficiência de um filho traz consigo sentimentos de desilusão na família, em especial em seus pais (KLAUS; KENNEL, 1993). Este evento muda a rotina da família impondo-lhe demandas emocionais, sociais, financeiras e estruturais que a abalam profundamente atingindo a todos os seus membros, modificando sua identidade, estrutura e funcionamento (FRANCO; APOLÓNIO, 2002; MARCHETI, 2012). Evidências da literatura discorrem sobre a experiência da família com um filho com deficiência, processos de enfrentamento e adaptação, entretanto ainda há poucos estudos que descrevem a percepção e a vivência do pai diante deste evento. Objetivo: Conhecer a percepção paterna quanto as suas expectativas sobre o futuro do filho com deficiência e sobre os reflexos desse evento na família. Metodologia: Estudo descritivo de abordagem qualitativa fenomenológica, realizado no Centro de Educação Especial Girassol (CEDEG) da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Campo Grande-MS. Os sujeitos são pais de crianças com deficiência mental matriculadas na instituição. Os dados foram coletados por meio de entrevista gravada em áudio que continha a questão norteadora: "Conte-me como o senhor percebe o futuro do seu filho desde que soube que ele tinha deficiência mental". O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o nº 1913, sendo as entrevistas realizadas somente após a aprovação e a assinatura do TCLE pelos entrevistados. Participaram do estudo 12 pais de crianças e adolescentes com deficiência, no período entre agosto e novembro de 2011. As entrevistas foram transcritas na íntegra, sendo garantido o anonimato dos participantes. Após a transcrição e a leitura minuciosa das descrições, foram extraídas as unidades de significados representativas da experiência dos pais e as mesmas foram agrupadas em subtemas e, posteriormente, em temas explicativos da percepção paterna acerca do fenômeno estudado. Dos temas representativos do fenômeno emergiu uma categoria definidora da percepção do pai sobre a sua experiência com um filho com deficiência. A análise dos resultados foi realizada segundo a fenomenologia de Martin Heidegger. Resultados: Da análise dos resultados emergiu a categoria "Procurando conhecer o futuro da criança com deficiência" e os temas: ?concebendo o futuro a partir do diagnóstico do filho com deficiência', ?ansiando pela independência do filho', ?percebendo a dependência do filho com deficiência pela família' e ?tendo esperança na melhora do filho'. Os pais do estudo fazem constantes questionamentos sobre o futuro do filho, e as dúvidas com relação ao que será no porvir ocorrem desde o momento do nascimento ou do diagnóstico de deficiência, assim o pai se percebe ?concebendo o futuro a partir do diagnóstico do filho com deficiência' de maneira contínua e temerosa. O pai desconstrói seus sonhos pessoais por ocasião do nascimento do filho, não conseguindo vislumbrar seu futuro. Entretanto, percebe o futuro do filho como produto das ações e conquistas do próprio filho e às vezes espera pelo que está por vir. Busca por condições de desenvolvimento e de autonomia da criança ?ansiando pela independência do filho'. Esse anseio se manifesta de diversas formas como na busca por um trabalho para o filho e pela educação escolar especial

que contemple as necessidades da criança, a reabilite e promova a sua inclusão na sociedade. Outra evidência é a que o pai da criança com deficiência mental vive essa experiência ?percebendo a dependência do filho com deficiência pela família', em especial a dependência de cuidados constantes. Entretanto, descobre habilidades especiais no filho e acredita que, com o tempo, ele possa alcançar independência e alguma autonomia. Admite que ao pensar no futuro do filho, sabe que este dependerá do suporte familiar até o fim de sua vida e não tem dúvidas que a família auxiliará no cuidado dele. A esperança é presente no discurso dos pais e revela-se como o desejo de uma vida normal para o filho, através da cura da deficiência, e pela confiança em Deus para uma possível melhora da criança e prossegue sua vida ?tendo esperança na melhora do filho'. Conclusão: Na percepção dos pais do estudo, embora a sua experiência seja marcada por esperanças e perspectivas otimistas, o futuro do filho se mostra como incerto e indefinido o que traz apreensão e expectativas quanto ao seu próprio futuro, pois percebem que o filho pode continuar a depender dele quando for adulto. Busca constantemente conhecer esse futuro e propõe condições para o filho o vive-lo da melhor maneira possível. Entretanto, os desafios emergidos pelo contexto da deficiência, quanto ao manejo e ao cuidado do filho provocam no pai inquietações e ele percebe-se impotente diante do contexto, levando-o a ter que resignificar o sentido de vida. Passa a usufruir dos momentos presentes e aprende com eles. Conforme o filho vai crescendo, as expectativas de futuro ainda são presentes, porém ela é vivida com mais tranquilidade e compreensão de que o filho possui potenciais a serem descobertos e estimulados. Essa percepção permitiu ao pai uma melhor adaptação à situação vivida. O fato dos pais terem aprendido a lidar com seus sonhos e expectativas parece ter lhes permitido manejar mais eficientemente a sua vida e aceitar o processo da paternidade de um filho com deficiência. Contribuição na enfermagem: Ainda há poucos profissionais de saúde preparados para cuidar da família que vive a experiência de ter uma criança com deficiência mental. Muitas vezes a postura do profissional diante da experiência da família em momentos como o diagnóstico de deficiência, e a não valorização do fenômeno como desorganizador, faz com que a família não se sinta apoiada, cuidada e compreendida. O enfermeiro e os demais profissionais da equipe de saúde precisam compreender o contexto vivido também pelos pais que compõe essas famílias, e apoiar seus esforços na busca de estarem dando o melhor de si para o enfrentamento da situação e para o melhor funcionamento familiar. É importante ouvir seus temores, dificuldades e inquietações para o presente e futuro da criança. As interações que o pai estabelece na família e com o filho com deficiência precisam ser conhecidas de maneira a possibilitar intervenções congruentes com o contexto vivido pelo pai e família. Referências: Franco V, Apolónio AM. Desenvolvimento, Resiliência e Necessidades das Famílias com Crianças Deficientes. Ciência Psicológica. 2002; 8:40-54. Marcheti MAM. Programa de intervenção na família no contexto da deficiência mental: um espaço para promover mudanças. 2012. Tese [Doutorado] - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012. Seligman M. The family with a handicapped child. Boston: Allyn and Bacon; 1991. Sá E, Cunha MJ. Abandono e Adopção. O nascimento da Família. Coimbra: Almedina; 1996. Buscaglia L. Os deficientes e seus pais: Um desafio ao aconselhamento. Rio de Janeiro: Record; 2002. Klaus MH, Kennel JH. Pais/Bebês: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. Descritores: família; crianças com deficiência; enfermagem pediátrica

14609

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIANNE LOPES ROBAINA

VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Robaina, MLR; Budó, MLDB; Silva, DCS;

Introdução: A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, que é uma atividade, simultaneamente, educativa e assistencial. Tem-se a família e a comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos.1 A visita domiciliar é o procedimento escolhido para realizar o cuidado à pessoas que possuem dificuldade de acesso ao serviço de saúde, pois possibilita uma interação da equipe de saúde, de um modo geral, e da enfermagem, em particular, com o indivíduo, a família e a comunidade. Durante as aulas práticas do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) os estudantes vivenciam este tipo de cuidado. As visitas domiciliares permitem conhecer as condições do meio relacionada à saúde, como saneamento e moradia, que são de singular relevância para se estabelecer medidas de promoção da qualidade de vida do indivíduo, famílias e comunidades. Assim, visa-se construir uma nova ação com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, interações e relações dos indivíduos, em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio, portanto, considera-se o contexto domiciliar das famílias. As atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar da unidade de saúde da família devem se basear na identificação dos problemas de saúde prevalentes, tendo como referência o perfil epidemiológico, demográfico e social da população.2 Objetivo: Relatar as experiências vividas durante visitas domiciliares, realizadas pela acadêmica de enfermagem da UFSM, junto a equipe de saúde, em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Método: As visitas domiciliares ocorreram durante o estágio administrativo da disciplina Administração II do 7º semestre de graduação em enfermagem da UFSM no primeiro semestre de 2013. A aluna realizava as visitas domiciliares junto à equipe de saúde conforme a necessidade da demanda e também por agendamento realizado pelo agente comunitário de saúde. Foram realizaram as visitas semanalmente juntamente com o agente comunitário da família selecionada, a enfermeira, a médica, a técnica em enfermagem, acadêmicos de medicina e de psicologia, e a equipe de residência multiprofissional composta por uma enfermeira, uma fisioterapeuta e uma fonoaudióloga. Resultados: A equipe que realiza o atendimento domiciliar é compreendida por uma equipe multiprofissional, na qual enfermeiras, médicos, fonoaudióloga, fisioterapeutas, técnicas em enfermagem, acadêmicos, buscam na essência de suas atribuições proporcionarem uma assistência qualificada. Para tanto, viabiliza-se ao máximo a autonomia e independência, levando sempre em consideração o ambiente em que os cuidados são realizados e adaptando estes a realidade individual do âmbito domiciliar de cada paciente em atendido. Percebeu-se, durante as visitas, as dificuldades vivenciadas pelas famílias que vivem na área desta unidade de saúde que é composta por pessoas com acentuada pobreza, alto índice de usuários de drogas, além de não possuir saneamento básico, dificuldade enfrentada principalmente por aquelas famílias que possuem um familiar dependente no domicílio. Encontram-se dificuldade tanto no cuidado com a saúde deste familiar quanto com a própria saúde por não poder sair de casa para ir até a unidade e deixar o familiar dependente sozinho. Durante as visitas foram realizados alguns cuidados como aferimento de pressão arterial e glicemia capilar, tendo em vista que a maioria dos acompanhados tinha Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Também realizam-se curativos, agendamento de consultas médicas e de enfermagem além de encaminhamentos para dentista, fonoaudióloga e fisioterapeuta. Algumas consultas médicas eram

realizadas no domicílio quando viável. A assistência domiciliar à saúde é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que pode ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar e baseia-se na plena interação do profissional com o paciente, sua família e com o cuidador, quando esse existe. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio. 3 A visita domiciliar é a ação que permite ao profissional de saúde, estar mais próximo do cotidiano das famílias permitindo-lhes conhecer, interpretar e vivenciar o meio onde elas vivem.4 A construção do vínculo, portanto, centra-se na formação de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, ou seja, no receber bem cada usuário que comparece ao serviço, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores.5 Conclusões: Esta prática possibilitou a acadêmica de enfermagem vivenciar a realidade da comunidade e praticar o cuidado centrado na busca da autonomia do sujeito, além disso, proporcionou um atendimento integral e acompanhamento regular aos usuários e suas famílias. O contato sistemático com a população propiciou a criação de vínculo e assim muitos preconceitos e mitos foram vencidos pelo conhecimento da realidade contextual do usuário. O vínculo permitiu a circulação de afetos entre pessoas, além de se constituir em ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas de cuidado, pois favoreceu a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo. Verificou-se que o estabelecimento de uma relação fraterna e humanizada entre o profissional da enfermagem e a população atendida torna-se um importante recurso para a saúde pública e para a qualidade de vida. Contribuições: A experiência de atuar no domicílio do usuário permitiu identificar o quão importante é valorizar os saberes e a realidade de cada família para desempenhar um cuidado singular. A relação estabelecida entre o usuário da USF visitados e os profissionais de saúde diminui a distancia entre o saber popular e conhecimento científico, visto que o diálogo é o ponto de partida para que o usuário e seus familiares possam aprimorar e também adquirir novos conhecimentos e assim contribuir para um cuidado mais integral e com mais qualidade. Neste sentido, o profissional da saúde, além de atuar profissionalmente na sua área de formação, passa assumir seu papel de político de cidadão e abre um novo espaço para discutir questões sociais importantes como saneamento básico, muitas vezes inexistente ou precário na comunidade e intimamente ligado as questões de saúde e qualidade de vida. Descritores: Visita domiciliar, saúde pública, enfermagem. Referências 1 Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm. 2007; 6:659-64. 2 Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(4): 645-53. 3 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Brasil: ANVISA; 2006 4 Tulio EC, Stefanelli MC, Centa ML. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. Fam. Saúde Desenv. 2000;2(2):71-9. 5 Campos GWS. Reflexões sobre a clínica ampliada em Equipes de Saúde da Família. In: Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2005.

14608

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIANNE LOPES ROBAINA

IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO A PACIENTES COM ÚLCERA VARICOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Robaina, MLR; Budó, MLDB; Silva, DCS;

Introdução: A úlcera venosa é uma lesão de pele crônica, ocorre em adultos e idosos, acarretando dor, perda de mobilidade e afastamento de atividades1. Faz-se fundamental o preparo da família, visto que o envolvimento dos familiares no processo de recuperação pode interferir positivamente na saúde do indivíduo.2 Objetivos: Relatar as experiências vividas durante a realização do estágio supervisionado I sobre importância da família na rotina de cuidados de pacientes com úlcera venosa. Metodologia: No período de abril a maio de 2013 ocorreu o Estágio supervisionado I do 7º semestre de graduação em enfermagem no ambulatório ala A do HUSM. Resultados: Percebeu-se durante conversas com os pacientes, na realização do curativo e em consulta de enfermagem a importância da família no cuidado com a lesão.Os pacientes mais idosos, principalmente, iam ao ambulatório, acompanhados de um familiar, sendo este responsável pelos cuidados em casa. Assim, na efetivação da relação enfermeiro-paciente-família, o profissional assume papel importante ao capacitar a família para a prática do cuidado como co-responsável.3 Conclusão: Encontra-se a família como participante ativo no cuidado à pessoa com úlcera varicosa e há necessidade de ser instrumentalizada para este cuidado. Contribuições: O trabalho conjunto da equipe de saúde e da família visa compreender as necessidades com o cuidado de forma a beneficiar o paciente. Descritores: úlcera varicosa; família; enfermagem. Referências: 1 Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Rev Eletr Enferm. 2007;9(2):506-17. 2 Miliorini JP; Fernandes MV; Decesaro MN; Marcon SS. A família no contexto hospitalar: apreendendo os anseios e expectativas relacionadas com doença crônica. Rev. Rene. 2008; 9(3):81-91. 3 Barcellos ES; Andrade M. Atendimento domiciliar: a família como co-responsável no processo de cuidar do idoso. Informe-se em promoção da saúde. 2009;5(1).01-03.

14372

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MICHELE DA ROSA GÖSSLING

VIVÊNCIAS DE FAMILIARES NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS TIPO1: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Gossling, M; Schneider, V;

VIVÊNCIAS DE FAMILIARES NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1: UMA REVISÃO INTEGRATIVA GÖSSLING, Michele da Rosa SCHNEIDER, Vânia RESUMO Introdução - O Diabetes Mellitus tipo 1 é um distúrbio metabólico que ocorre mais comumente na infância e adolescência e tem sido considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes1, a incidência de DM 1 vem aumentando entre a população infantil, em especial nas crianças com menos de cinco anos de idade. Em uma pesquisa publicada pela Eurodiab Collaborative Group, 16.362 novos casos foram registrados em 44 centros europeus. As ocorrências estão distribuídas entre crianças de zero a quatro anos (6,3% casos), cinco a nove anos (3,1 % casos) e (2,4% casos) entre os de 10 a 14 anos2. No Brasil, no período de 1986 a 1988, foi realizado o Censo Nacional de Diabetes em nove centros urbanos distribuídos pelo território nacional. Assim, os dados que são disponibilizados nos dias de hoje são estimativas de cálculos realizados a partir da população de cada uma dessas cidades1. Porém, estas informações referem-se à população com idade de 30 a 69 anos, não havendo dados exatos sobre a população infantil no âmbito federal. No estado do Rio Grande do Sul, estima-se que cerca de nove mil indivíduos sejam portadores de DM 1 na faixa etária dos zero a 20 anos. Por ano, são diagnosticados cerca de 312 novos casos3. O cuidar da criança portadora de DM 1 é um grande desafio, principalmente na primeira infância, pois, além de depender totalmente da família, a criança normalmente não manifesta sintomas sugestivos da doença, fazendo com que o diagnóstico aconteça na ocorrência da descompensação clinica. Outrora, durante o tratamento, o controle glicêmico torna-se difícil, pois nessa idade a criança tem atividades físicas irregulares, muda padrões alimentares com rapidez e a sensibilidade insulínica é maior2. Por isso, torna-se fundamental o equilíbrio entre os aspectos que norteiam o tratamento: monitoração, insulinoterapia, alimentação e atividade física. O envolvimento da família e da equipe de saúde tem papel fundamental para o equilíbrio físico e emocional da criança e de seus cuidadores, pois além das alterações orgânicas, a doença crônica causa problemas emocionais e sociais, requerendo constantes cuidados e adaptação4, criando um cenário propício para este estudo. Objetivo - Conhecer as vivências de famílias no tratamento de crianças portadoras de DM tipo 1 através de uma revisão integrativa de estudos publicados por enfermeiros brasileiros no período de 2001 a 2011. Metodologia - O delineamento eleito para esse estudo, a revisão integrativa, consiste em um método que permite analisar pesquisas já realizadas, possibilitando sintetizar o estado de conhecimento de determinado tema e identificar lacunas que precisam ser preenchidas. Permite a realização de novos estudos e traz benefícios na qualidade do cuidado prestado ao paciente5. A pesquisa foi realizada nas bases de dados LILACS, SCIELO e BDEnf, em março de 2012. Foram selecionados e analisados 6 artigos, utilizando a Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo. Resultados - Da análise, emergiram duas categorias: A família convivendo com a doença e o tratamento e A família vivenciando o tratamento. A primeira categoria o mostrou que o diagnóstico do DM tipo 1 veio acompanhado de sentimentos como preocupação, medo, ansiedade em relação à nova condição de saúde da criança, bem como na adoção de novos hábitos. No convívio com a doença, segundo o relato dos pais, os irmãos foram afetados pelas mudanças e a criança com diabetes pareceu sentir-se diferente dos outros, fazendo com que seus pais, sem intenção, acabassem desenvolvendo a superproteção. Os horários das medicações e a alimentação

restrita se mostraram como um aspecto que prejudica a vida social da família, que revelou a necessidade de compartilhar suas vivências e dificuldades. Em relação à equipe de saúde, os artigos mostraram pouca participação do enfermeiro, o cuidado ficou mais centrado na queixa e conduta, sem preocupação com o seguimento e apoio contínuos, tanto na área hospitalar como ambulatorial. Na segunda categoria, a questão da monitoração e insulinoterapia apresentaram problemas referentes à aquisição de materiais e insumos para o controle do DM, pois ainda não eram distribuídos de forma gratuita. Os pais relataram sobre o sofrimento quanto à realização dos procedimentos para controle. A dieta apareceu como um dos aspectos mais difíceis do tratamento, principalmente a adaptação, tanto para a criança quanto para a família. A mudança no cardápio é admitida e constata-se como benéfica pela qualidade dos alimentos consumidos após o redirecionamento. Entretanto, algumas famílias relataram seguir parcialmente as recomendações. A atividade física representou uma das etapas do tratamento com maior adesão, apesar do medo dos pais com a ocorrência de hipoglicemias e a falta de motivação do filho para praticá-la. Considerações finais - A partir da revisão integrativa identificaram-se poucos estudos que tratam da abordagem à família da criança com Diabetes Mellitus tipo 1, nesses últimos 10 anos de pesquisa. A maior parte dos artigos encontrados durante a pesquisa, relacionados à DM 1, são mais voltados à fase biológica e epidemiológica da doença, poucos sobre a experiência da família no tratamento, bem como as questões emocionais e sociais que a circundam. As pesquisas, objeto deste estudo, evidenciaram como importante o cuidado ser centrado na família, pois a criança, sendo dependente da mesma, é influenciada pelos seus hábitos, na promoção da saúde física e emocional. Em relação vivência da família com a equipe de saúde, a fragilidade na comunicação foi enfatizada, além da pouca participação do enfermeiro na orientação sobre o tratamento, elencando à falta de acompanhamento contínuo, com atendimento centrado na queixa e conduta. Desta forma, percebeu-se como relevante a discussão dos resultados das pesquisas já publicadas e que envolvem as vivências de famílias e crianças no decorrer dos últimos 10 anos. Tal debate vem a contribuir com os profissionais da equipe multiprofissional, entre esses a enfermagem, tendo por objetivo repensar ou mesmo aprimorar sua atuação junto à família, identificando suas reais necessidades e desenvolvendo novas formas de abordagem, a fim de promover a educação em saúde. Sugere-se que sejam desenvolvidos novos estudos com familiares de crianças com DM tipo 1, inclusive no RS, para um conhecimento mais aprofundado, no contexto contemporâneo, levando em consideração as políticas de atenção à saúde da família vigentes. Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 1. Criança. Família. 1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. Disponível em:Acesso em: 15 ago. 2011. 2. CALLIARI, L.E.P.; MONTE, O. Abordagem do Diabetes Melito na primeira infância. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica. v. 52, n. 2, p. 243-249. 2008. 3. INSTITUTO DA CRIANÇA COM DIABETES-ICD, RS. Protocolo Clínico para dispensação de insumos para pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 na rede pública de saúde, 2010. Disponível em: . Acesso em: 20 set. 2011. 4. PILGER, C.; ABREU, I.S. Diabetes Mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. Cogitare Enfermagem. v.12, n.4, p.494-501, 2007. 5. Mendes, K.D.S; Silveira, R.C.C.P.; Galvão, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. Texto Contexto Enferm. v.17, n. 4. p.758-764. 2008.

14543

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MIRTES VALÉRIA SARMENTO PAIVA

O CUIDADO À FAMÍLIA COMO DEMANDA DE ATENÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Paiva, MVSP; Sousa, FGMS; Braga, LCB; Santos, MHS; Sousa, RAGS;

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica foi criada com o intuito de promover o cuidado ideal a crianças gravemente enfermas favorecendo seu crescimento e desenvolvimento. Porém, este local ainda é visto por alguns profissionais e familiares como um local agressivo, tenso e traumatizante. Diante dessas características e da vivência de hospitalização da criança, a permanência dos pais em tempo integral no ambiente hospitalar é um direito assegurado por lei e sua participação no cuidado assim como as relações entre crianças, pais e profissionais têm desencadeado novas formas de organização da assistência. Portanto, torna-se necessário dirigir o olhar para a família como objeto de cuidado, num processo de relações e intervenções para além do cuidado clínico. A partir de tais constatações foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: a família acompanhante de crianças em Unidade de Terapia Intensiva configura-se como demanda de atenção do enfermeiro? Objetivo: Compreender o cuidado voltado para família como demanda de atenção do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Metodologia: estudo exploratório, transversal prospectivo de abordagem qualitativa. A operacionalização do estudo seguiu as três etapas da Análise Temática (MINAYO, 2010): a primeira consistiu na consistiu na leitura exaustiva das entrevistas, seguida da organização do material e a formulação de hipóteses. A segunda etapa foi realizada a partir da exploração do material para alcançar o núcleo de compreensão do texto utilizando a codificação dos dados brutos, num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. Esta etapa foi seguida pela classificação e a agregação dos dados em categorias teóricas ou empíricas capazes de especificar os temas. Por último, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Foram sujeitos de pesquisa os 11 enfermeiros que desenvolviam atividades profissionais na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital da Grande São Luís por no mínimo 6 (seis) meses e que não estavam afastados das atividades laborais durante o processo de coleta. Os dados foram coletados por meio da entrevista aberta não diretiva em encontros individuais com os enfermeiros entre os meses de setembro de 2012 a fevereiro de 2013. A entrevista foi precedida por um primeiro contato com os sujeitos para explicar sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e realizar o convite para que os mesmos aceitassem participar. Nesse encontro foi assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias. Este estudo faz parte do projeto intitulado "Necessidades de familiares de pacientes internados e Demandas de Atenção do Enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva" desenvolvido pelo Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente - GEPSFCA do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. O projeto de pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética do Hospital Universitário sob o número 092/11. Os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados visando assegurar os direitos dos participantes no estudo. Resultados: Após análise e agrupamento dos núcleos de sentido o cuidado à família da criança em Unidade de Terapia Intensiva caracterizou-se como subtema do tema Demandas Estruturantes do Processo de Cuidado. O olhar para a família integrando o processo de trabalho do enfermeiro caracterizou-se como demanda de atenção fundamental no planejamento do cuidado, visto que diminuem as inseguranças e estreitam os laços entre a família e a equipe proporcionando o acolhimento e conforto na unidade. Às vezes, os enfermeiros, no processo de cuidar são levados pela rotina e pela alta demanda de trabalho, o que resultam na não reflexão sobre sua realidade e perde a oportunidade de tornar a família uma aliada no

cuidado à criança gravemente doente. Mudar a perspectiva tradicional de cuidado centrado na doença para uma abordagem cujo núcleo está na criança e na família na terapia intensiva pode não ser algo fácil. Para isso, é preciso derrubar as barreiras, eliminar a indiferença, fazer-se presente não pela imposição de rotina, mas pela atitude de interesse e de preocupação com o outro como a maneira mais sensata e capaz de perceber a dimensão humana da criança internada, da família e do profissional. Para Sousa (2008), valorizar a aproximação com a família parece ampliar o papel do profissional no cuidado à criança por oportunizar um espaço de diálogo entre a família e o profissional favorecendo, dessa forma, o relato de problemas, dificuldades e limitações para o cuidado. A dedicação e aproximação com o cuidado abrangendo a família têm repercussões que atingem não somente aqueles que precisam dos cuidados, mas os cuidadores, sendo fatores propulsores do ânimo e satisfação profissional. Conclusão: O cuidado de enfermagem à criança hospitalizada exige que ocorra uma mudança na abordagem realizada nas unidades de internação pediátrica, necessitando de inclusão da família, tornando-a ativa no processo de cuidado. Este cuidado requer conhecimento científico atualizado, habilidades e competências técnicas, além de eficiente capacidade para gerenciar as relações interpessoais com a família, respeitando as diferenças e as peculiaridades. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: o trabalho do enfermeiro intensivista é permeado por múltiplas atividades de atenção e o cuidado à família destaca-se como demanda estruturante do processo de cuidado à criança. De posse dessa evidência cabe ao enfermeiro e a enfermagem um agir compartilhado, enriquecido por subjetividades de profissionais e família, com objetivo de atender às características peculiares do atendimento à criança doente internada em terapia intensiva. O reconhecimento do papel da enfermagem pela família constrói bases de afirmação da profissão, evidenciando a importância do cuidado humanizado cultivando o respeito à criança, à família e à equipe multidisciplinar. Descritores: Unidade de Terapia Intensiva; Atenção; Família EIXO II - Cuidado à Saúde da Criança Referências Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade: uma discussão sobre cogestão e humanização. Interface - Comunic., Saude, Educ.; 2011;15 (37):351-61 Girardon-Perlini NMO, Viana AAF, Van Der Sand ICP, Rosa BVC, Beuter M. Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI Neonatal. Rev Cienc Cuid Saúde, 2012; 11(1): 26-34. SOUSA, F. G. M. Tecendo a teia do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde: dos seus contornos ao encontro com a integridade. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2008. 330 p.

14121

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MONIQUE DE SALES NORTE AZEVEDO

REUNIÃO COM ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS INTERNADAS NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Azevedo, MSNA; Oliveira, ICSO;

Introdução: A reunião com os acompanhantes das crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é um espaço de efetiva troca de experiências e valorização das suas necessidades. Objetivo: descrever a experiência de uma reunião realizada com os acompanhantes das crianças. Trata-se de um relato de experiência, no qual é descrito a experiência de uma equipe multiprofissional com uma reunião1 na UTIP de um hospital pediátrico. Resultados: A dinâmica da reunião na UTIP ocorre da seguinte forma: a equipe faz uma breve apresentação pessoal, explicitando os objetivos da reunião e abre-se espaço para que os acompanhantes iniciem o debate. Os objetivos desta reunião são: informar as normas e rotinas institucionais da UTIP; conhecer os profissionais para elucidar eventuais dúvidas; e discutir sobre situações de convívio na UTIP. A quantidade de participantes depende do número de crianças na unidade. O papel da enfermeira é coordenar, mediar e participar dos debates. Os temas mais abordados pelos acompanhantes são: dificuldades no relacionamento com a equipe de saúde, sentimentos compartilhados com os demais acompanhantes, direitos da criança na unidade, dentre outros. Conclusões: Ao longo dos anos, novos enfoques surgiram a partir das demandas trazidas pelos acompanhantes. A equipe passou a ter uma escuta mais atenta dando voz a este acompanhante. A reunião deixou de ser um espaço de transmissão de informação para ser um momento de troca de experiências. Contribuição: O estudo pretende contribuir para a reflexão crítica dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado prestado à criança e sua família, valorizando a questão da singularidade de cada família. Referência: 1.Fernandes CNS, Andraus LMS, Munari DB. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. Revista Eletrônica de Enfermagem 2006, 8(1): 108-118. Descritores: enfermagem pediátrica, unidade de terapia intensiva pediátrica, família

14448

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MYRIAM APARECIDA MANDETTA

CUIDADO CENTRADO NO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA EM INSTITUIÇÃO PRIVADA

Collaço, BZ; Balieiro, MMFG; Mandetta, MA;

Introdução: o Modelo de Cuidado Centrado na Família considera a família central e constante na vida do paciente e sua fonte primária de força e suporte, reconhecendo a sua individualidade, diversidade e competências. Apesar desse modelo ser considerado uma das melhores práticas na unidade neonatal, ainda está distante de se tornar uma realidade. Objetivo: Identificar a percepção do Cuidado Centrado na Família na perspectiva da família do recém-nascido hospitalizado na unidade neonatal e dos profissionais de saúde de uma instituição privada. Método: Pesquisa quantitativa descritiva survey, realizada na unidade neonatal de um hospital de grande porte, de direito privado, da cidade de São Paulo. Participaram 20 profissionais e 20 familiares de recém-nascidos. Para a coleta de dados foi utilizado o Shields & Tanner Questionnaires. Adotou-se a estatística descritiva para a análise dos dados e o coeficiente de Kappa para a concordância entre família e profissional de saúde. Resultados: os profissionais participantes do estudo tinham pós-graduação em pediatria (100%) e com média de sete anos de atuação; e os representantes de família possuiam nível de escolaridade superior e média de idade de 35 anos. Houve discordância entre as respostas dos familiares e profissionais sobre a forma de cuidar, a questão que mais divergiu foi sobre a privacidade e o sigilo (Kappa - 0,300 e significância de 0,16) e a que menos divergiu foi sobre a possibilidade de permanecer junto ao recém-nascido durante procedimentos (Kappa 0,074 e significância de 0,59). A avaliação dos profissionais de saúde sobre o Cuidado Centrado na Família é pior que a dos familiares. Conclusão: o estudo traz evidências das crenças e organização do cuidado que necessitam ser modificadas para a inclusão da família no cuidado do recém-nascido. Descritores: recém-nascido, família, enfermagem

13868

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NANCY LOUREIRO VALLADARES DA SILVA

A VULNERABILIDADE AO RISCO BIOLÓGICO ENTRE OS FAMILIARES/ACOMPANHANTES PEDIÁTRICOS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Loureiro, NLVS; Galvão, LCGS;

Na hospitalização infantil, o familiar/acompanhante participa do cuidado tornando-se vulnerável aos patógenos existentes no hospital.Os anos de trabalho com crianças permitiu verificar que os familiares/acompanhantes não estão habituados aos conceitos de biossegurança e medidas de prevenção de patógenos, pois noções de biossegurança não fazem parte do seu cotidiano.Ao executarem os cuidados ficam expostos ao risco biológico devido contato direto com fluidos corpóreos, manipulando a criança, roupas de cama.OBJETIVOS: discutir a relação entre os elementos que favorecem a aquisição, disseminação de patógenos no hospital e condição de vulnerabilidade dos familiares/acompanhantes.METODOLOGIA:relato de experiência e observação não sistematizada, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Gama Filho CAAE nº 11385513.30005287.RESULTADOS:necessidade de orientações dirigidas a este grupo sobre conceitos básicos de biossegurança.CONCLUSÃO: a existência de fatores de risco no hospital torna o familiar/acompanhante pediátrico, exposto aos agentes biológicos. Surge a necessidade de estratégias educativas, adoção de medidas de segurança, a propagação de informações pelo acompanhante e assim contribuir para um ambiente seguro, com menor risco de infecções. Descritores: Criança hospitalizada; Pacientes internados, Cuidados de Enfermagem; Exposição à Agentes Biológicos. Referências: 1) Brasil (Ministério da Saúde). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: visita aberta e direito ao acompanhante. Brasília: 2007. 2) Brasil (Ministério da Saúde). Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Materiais Biológicos. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2004. 3) Brasil (Ministério da Saúde). Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: 2012. 4) Nichiata LYI, Bertlozzi, MR, Takahashi, RF, Fracolli, LA . A utilização do conceito vulnerabilidade pela enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. Ribeirão Preto:2008, 16 (5), 923-928. 5)CheregattI, A.L.; Jerônimo, R.A.S. Enfermagem Técnica e Procedimentos. São Paulo: Ridell,2011,(1)21.

13992

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NATÁLIA TIMM AIRES

DISCUTINDO OS DIREITOS DAS GESTANTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Aires, NTA; Matos, GCM; Pires, BMP; Oliveira, TO; Soares, MCS;

Descritores: Promoção da saúde, atenção primária a saúde, parto humanizado .Introdução: O processo de gestação é permeado por uma mistura de sentimentos como o medo e a ansiedade, estas alterações emocionais repercutem nas relações familiares, determinando adaptações de todos a um novo contexto de vida, no âmbito pessoal, familiar e sociocultural[1]. Desta forma o parto representa o início de uma nova fase na vida da mulher e de todos os envolvidos neste processo, sendo um evento social e biológico, único para cada mulher, e guarda relação com sua história de vida, suas crenças e seus valores, por isto o contexto e a vivência das mulheres precisam ser respeitados no sentido de tornar a mulher a protagonista deste evento[2]. Uma das formas de empoderar a mulher para vivenciar o processo de parturição é esclarecer as dúvidas e possibilitar a mulher o papel ativo e de protagonista do processo de parir. O trabalho com a busca por grupos de gestantes e puérperas. Este espaço possibilita que as mulheres cuidem de sua saúde de forma contextualizada e o conhecimento é adquirido por meio da troca de saberes e práticas[3]. Objetivos: relatar as atividades extensionistas promovidas pelo projeto "Prevenção e promoção da saúde em grupos de gestantes e puérperas". Metodologia: Trata-se de um relato de experiência da participação das acadêmicas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) com grupo de gestantes e puérperas de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na periferia da cidade de Pelotas-RS. O encontro ocorre mensalmente, com a participação de acadêmicos de Enfermagem de distintos semestres, docentes e a Enfermeira da UBS. O grupo é composto por mulheres de diferentes faixa etária, idade gestacional e período puerperal. As temáticas abordadas são de escolha das participantes, e durante o encontro são debatidos e incentivados a explanação de dúvidas. Para viabilizar este espaço de troca, são utilizados recursos audiovisuais, painel seriado e rodas de conversa. Resultados: O trabalho em grupo desenvolve naturalmente um ambiente em que ocorre um mutuo aprendizado e crescimento conjunto dos participantes, possibilitando interação entre indivíduos de uma mesma situação, resultando naturalmente na promoção da saúde e na assistência humanizada4 . Nos grupos de gestantes e puérperas, as mulheres sentem maior abertura para expor e dividir com as demais participantes a sua experiência na gestação e esclarecem as dúvidas, e curiosidades pois os grupos oferecem mais tempo que uma consulta individual para esta exposição pessoal5. Conforme escolha das participantes, neste encontro foi abordado a temática direitos das gestantes. Explanou-se os direitos das mulheres durante a gestação trabalho de parto, parto e puerpério, a saber: direito de atendimento prioritário; direitos trabalhistas; direito de acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. sendo realizado de forma humanizada e segura. Enfatizou-se os direitos menos conhecidos como o de acompanhamento durante o pré parto, parto e pós parto imediato e acesso e vinculação prévia á maternidade em que será atendida no momento do parto[3]. A importância da abordagem desta temática foi evidenciada no momento em que as gestantes demonstraram desconhecimento de seus direitos, desta forma não podendo exigi-los, principalmente aqueles que estão relacionados ao momento do parto na maternidade como respeitar a privacidade da mulher e a escolha do acompanhante; durante o trabalho de parto oferecer oferta de líquidos via oral a fim de prevenir episódios de hipoglicemia; suporte emocional e empático; manter a mulher e seu acompanhante informados, ou sempre que solicitarem; encorajar a mudança de posição durante o parto, não deixando a parturiente retida na mesa obstétrica, proporcionando liberdade de deambulação e movimentação; utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor que não

sejam farmacológicos e/ou invasivos, como massagens, técnicas de relaxamento e banhos de imersão. Por meio do diálogo ressaltou-se que estes direitos têm como objetivo garantir um processo de gestação, parto e puerpério tranquilo e humanizado, de forma que esta vivência seja positiva evitando traumas e complicações, Durante a apresentação no grupo, as participantes contaram suas experiências de partos anteriores, nas quais não tiveram seus direitos respeitados, por falta de conhecimento por parte das mulheres e omissão por parte dos profissionais, expondo a gestante a modelos tecnicistas de assistência, esquecendo o protagonismo da mulherdurante todo o processo de gestação e parturição. Ao finalizarmos o encontro, as participantes se mostraram satisfeitas com a explanação do assunto, suas dívidas foram sanadas e tomaram consciência c de seus direitos. Conclusão: Empoderar a mulher de seus direitos, a deixa mais segura para a experiência de gestação e parto. No momento em que conhece seus direitos, a mulher tem mais segurança para exigi-los, e buscar um atendimento humanizado desde o pré natal até o puerpério. Conclui-se com a vivência desta experiência que a participação no projeto fortaleceu nosso aprendizado, proporcionou troca de saberes e experiências entre os participantes, fortaleceu a importância do papel do Enfermeiro na promoção da saúde das gestantes e puérperas e possibilitou o empoderamento das mulheres orientando-a sobre seus direitos. Contribuições/implicações para Enfermagem: O trabalho como grupo de gestantes possibilita aos acadêmicos e aos profissionais de enfermagem, a prevenção e promoção da saúde, a troca de saberes em um espaço de diferentes realidades e vivências. O trabalho com grupos de gestantes e puérperas permite a identificação das necessidades e gera um crescimento mútuo para todos os envolvidos. Desenvolver atividades com grupos específicos contribui para a efetivação de programas da atenção básica, estendendo-se para o atendimento na maternidade e assim solidificando os preceitos do Sistema único de Saúde.Referências: 1. CAMACHO,K. G.; VARGENS,O.M.C.;PROGIANTI, J.M. Adaptando-se à nova realidade:a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. Rev. enferm. UERJ, v.18, n.1, p.32-37, 2010. 2. BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde -SPS. Assistência Pré-natal: Manual técnico- Brasília:Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf Acesso em: 15 Jun 2013. 3. DALL'AGNOL,C.M, et al. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v.28, n.1, p.21-6, 2007. 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde.Política Nacional de Humanização.Brasília:Ministério da Saúde ,2010.

14147

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

NEILA SANTINI DE SOUZA

CORPO-SABER: O CUIDADO DA CRIANÇA COM ASMA SOB A ÓTICA DOS FAMILIARES CUIDADORES

Souza, NS; Neves, ET; Borba, RIH;

Introdução: A asma está entre as doenças crônicas não transmissíveis, sendo importante do ponto de vista epidemiológico e foco de ações estratégicas no Brasil desde 2011(1). Ao reconhecer as dificuldades que os familiares das crianças com asma possuem para prover o cuidado no domicílio, o enfermeiro pode auxiliar na promoção da autonomia e empoderamento da família para estes cuidados. Objetivos: Compreender como os familiares cuidadores desenvolvem o cuidado à criança com asma e descrever o cuidado desenvolvido pelos familiares de crianças com asma no espaço domiciliar. Metodologia: Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob CAAE 07634512.4.0000.5505 em 05/10/2012. Participaram quatro familiares cuidadoras de crianças com asma de um Programa Infantil de Prevenção da Asma no município de Uruguaiana/RS. Para a produção dos dados foi utilizado o Método Criativo - Sensível (MCS). Os dados desta pesquisa foram produzidos em janeiro/2013 a partir da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS) denominada Corpo-Saber. O MCS é um método de produção de dados em grupo, sendo que estes emergem a partir das DCS que conjugam técnicas consolidadas de coleta de dados como a entrevista coletiva, a discussão grupal e a observação participante, produzindo dados no espaço grupal de forma dinâmica, dialógica e interacional (2). Os dados foram submetidos à análise de discurso em sua corrente francesa (3). O referencial teórico tem como base a Teoria Libertadora de Paulo Freire na perspectiva do empoderamento dos sujeitos para cuidar de uma criança com asma. Resultados: Os dados preliminares apresentados neste trabalho são parte de uma pesquisa do Doutorado Interinstitucional em Enfermagem - DINTER UNIFESP/UFRJ/UFSM do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFESP. Por meio de suas situações existenciais, do discurso das cuidadoras emerge um cotidiano de cuidados complexos, permeados pela constante preocupação e superproteção da cuidadora para promover os cuidados à criança com asma: (...) ele gosta de estar correndo no sol, tem que tomar cuidado para não deixar a torneira do tanque ligada, se não ele já sobe e consegue alcançar, só não entra no tanque (...) ele ganhou uma piscina, mas até hoje só tomou um banho nela (Mãe de Leon), {parafraseando seu cotidiano de cuidados com o filho}. Afirma que toma muitos cuidados diários para que o filho não mexa com água, privando-o de brincadeiras que envolvam atividades com água. Em seu discurso refere que: Ele é muito sensível às mudanças de temperatura, esses dias mesmo que choveram uns três dias, ele nem pegou chuva apenas o ar da chuva, talvez uns respingos e ficou doente, internado uns quantos dias, mas já estava recebendo remédio antes, injeção na bunda, na perna, estava todo furadinho {metaforicamente}. Não precisou de soro, só de injeção e oxigênio. A mãe cuidadora, afirma que o filho é sensível às mudanças de temperatura, que mesmo estando sob tratamento, em seu entendimento, ao se expor a estas mudanças o levou a uma internação hospitalar, o que intensificou os cuidados que ele precisava, iniciando com o uso de oxigenioterapia e medicações intramusculares. Polissemicamente, as familiares cuidadoras significaram em seus discursos os cuidados diários que possuem com o ambiente e o corpo da criança, atentando para os sintomas e prevenção das crises de asma. Socializa a avó de Paulinha durante a DCS: (...) é sempre aquela rotina (...) diariamente encatarrada, agora esse xarope que a gente está dando (...) ela está expectorando (...) de manhã então é horrível aquela coisa sabe, pelo narizinho ela coloca quantia daquele negócio (...) sai mês, entra mês e ela está sempre assim encatarrada (...) a gente perguntou para ela: doutora, será que não tem outro? (...) o

jeito que ela olhou pra mim. A avó afirma que já virou rotina aquele quadro sintomático da neta, o que fez com que ela questionasse a médica para substituir a medicação, mas sua conduta, não foi bem vista pela profissional, pois menciona que a mesma lhe olhou de forma diferente do normal. Os cuidados com a administração contínua de medicamentos é enfatizado pelas cuidadoras, que geralmente são quem administram o medicamento à criança, mas em algumas situações, solicitam auxílio da família para compartilhar estes cuidados: Eu dou na água, eu parto e coloco numa colher com um pouquinho de água e ela toma tranquila, toma direto, meio comprimido (...) depende do horário que estou em casa, às vezes dou à tarde, às vezes antes de dormir, mas é uma vez ao dia (Mãe de Sofia). A mãe cuidadora, ao parafrasear sua rotina de cuidados, destaca a forma como oferece o medicamento para a filha, não mantendo um horário fixo para a administração do medicamento, mas associa este cuidado apenas aos horários que está presente em casa. Utilizam a "simpatia" (crendice popular) como complemento ao tratamento medicamentoso prescrito pelo médico, e buscam nos vizinhos e nos familiares, apoio para manter a esperança de que o filho não apresente mais crises de asma. Mãe de Leon compartilha os cuidados e a simpatia que aprendeu com as demais cuidadoras no grupo: (...) No caso dele, eu tempero a água {referindo-se ao cuidado que possui ao oferecer água ao filho, misturando água gelada com água em temperatura ambiente}. (...) Um vizinho meu, me disse uma simpatia, sabe aqueles coqueiros de coquinhos amarelos? (...) tenho que pegar os coquinhos, ferver na água e dar para ele por noventa dias, agora estou fazendo para ver no que dá! Afirma que cuida para que o filho não tome água gelada e utiliza de crendices populares para promover os cuidados do filho no domicílio. Conclusão: Foi possível desvelar parte do cotidiano de cuidado dos familiares cuidadores de crianças com asma. Este apresenta uma cuidadora superprotetora, preocupada com o ambiente em que vive a criança, cuidados com o corpo e sintomas que a criança apresenta. A rede de apoio social e familiar está presente nos cuidados, mas destaca-se o cuidado feminino e singular, por apenas um membro da família, ocasionando sobrecarga da cuidadora. Os cuidados não se limitam ao corpo da criança, mas também a constante preocupação com a prevenção das crises de asma, com a dificuldade no acesso aos exames e medicamentos para o tratamento contínuo. As cuidadoras buscam auxílio na rede de apoio para fortalecer-se. É preciso que os profissionais de saúde revejam suas ações educativas e de acolhimento às necessidades de cada família. Contribuições para Enfermagem: Espera-se que o estudo contribua na perspectiva da inclusão da família nos cuidados, bem como, para a elaboração de políticas públicas que propiciem o acesso aos serviços de saúde às crianças com asma e seus familiares. Referências 1. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Carinhoso: Farmácia Popular terá remédio de graça para asma. [online]. Brasília (DF); 2012. [acesso em 2013 jul 13]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=40109&janela=1 2. Cabral IE. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: Gauthier JHM. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998; 176-203. 3. Orlandi, EP. Análise de discurso. Princípios & Procedimentos. 9ª ed. São Paulo: Pontes. 2010. 100p. Descritores: Asma; Cuidadores; Criança; Enfermagem da família.

13791

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRÍCIA LUCIANA MOREIRA DIAS

ESTRATÉGIAS MOBILIZADORAS DE FORÇAS DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Moreira-Dias, PL; Angelo, M; Cruz, AC; Sanchez, KOL; Souza, EFR; Costa, EAO;

INTRODUÇÃO: Todas as famílias possuem forças, potenciais e recursos. Ajudar a família a desenvolver forças é facilitar o seu enfrentamento na situação, atingindo seus objetivos na resolução de problemas (1). OBJETIVOS: Identificar as forças das famílias que experienciam a internação do filho na UTIN e propor estratégias que podem fortalecê-las nesse contexto. METODOLOGIA: Análise secundária de entrevistas utilizando a técnica da história oral com nove colaboradoras que tiveram o filho internado em UTIN. O McGill Model of Nursing (1) foi utilizado como referencial teórico, cuja abordagem baseada nas forças familiares focaliza a capacidade, competência e recursos da família. RESULTADOS: Foram identificadas forças correspondentes a três tipologias do modelo: (1) Características próprias do indivíduo ou família, envolvendo apoio conjugal, da família extensa, amigos e profissionais; (2) Capacidades, habilidades e competências que a família desenvolve, como a mobilização por informações, capacidade de tomar decisões e habilidade de compartilhar a experiência com outros pais; (3) Qualidades de natureza transitória, como a esperança de um futuro fora daquele ambiente e a motivação de levar o filho para casa. As forças identificadas permitiram a elaboração de estratégias nas dimensões espiritual, interacional e ambiental. CONCLUSÕES: O modelo propiciou um olhar sistematizado para as forças da família, permitindo enfocar na capacidade, competência e recursos oriundos da unidade familiar, possibilitando a construção de estratégias potencialmente mobilizadoras de forças. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: As evidências redirecionam o olhar dos problemas e déficits da família para seus recursos e possibilidades em administrar problemas e superar fraquezas. Algumas estratégias propostas, porém, ultrapassam as atitudes profissionais, pois dependem de políticas que contemplem a família na missão e valores institucionais.
Referências: (1) Feeley N, Gottlieb LN. Nursing Approaches for working with family strengths and resources. J Fam Nurs. 2000; 6(1): 9-24.

13790

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRÍCIA LUCIANA MOREIRA DIAS

O AMBIENTE INTERACIONAL E A PARENTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Moreira-Dias, PL; Angelo, M; Cruz, AC; Sanchez, KOL; Souza, EFR; Costa, EAO;

Introdução: A internação do filho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) desperta nos pais incerteza, culpa e medo. O desenvolvimento de competências parentais é essencial na construção da parentalidade, podendo ser comprometido pelo afastamento ocasionado pela internação(1). Objetivo: Identificar como o ambiente interacional atua na construção da parentalidade na UTIN. Metodologia: Análise secundária de entrevistas utilizando a técnica da história oral com nove mães que tiveram o filho internado em UTIN. Temas comuns nas narrativas individuais originaram categorias representativas da memória coletiva. O modelo teórico "buscando segurança para desenvolver suas competências"(2) guiou a análise. Resultados: Os temas revelaram interações que acarretam a sensação de desamparo na mãe: o desejo pelo papel parental e a luta pelo exercício pleno da parentalidade. Evidenciam um ambiente de carência de suporte e orientação, dificuldade de comunicação, incompreensão e falta de autonomia. Esses elementos interacionais não colaboram com o desenvolvimento de competências para o desempenho do papel parental, ocasionando uma luta constante contra as barreiras para o exercício pleno da parentalidade. Conclusão: As interações na UTIN são primordiais, pois a parentalidade começa a ser construída nesse ambiente. O ambiente interacional no contexto da UTIN não favorece o desenvolvimento de competências necessárias à construção do papel parental. Contribuições para a Enfermagem: As evidências apontam para uma prática de enfermagem avançada, com intervenções focalizadas na interação entre enfermeiro e família, visando ajudar a mãe na aquisição de competências para o exercício do seu papel. Referências: (1) Souza NL et al. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. Rev Bras Enferm 2009; 62(5): 729-733. (2) Silveira AO. Buscando segurança para desenvolver suas competências: a experiência de interação da família [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

14107

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSSANO CARVALHO AYRES

A HUMANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO, PUÉRPERA E FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ayres, RC; Lançanova, SC; Franco, FP; Pieszak, GM; Ebling, SD;

Na última década, a mortalidade infantil no Brasil, teve redução significativa, principalmente no período pós-neonatal. Desse modo, os óbitos neonatais passaram a ser o principal componente da mortalidade infantil1. Conforme o Ministério da Saúde a mortalidade neonatal é definida como o número de óbitos de crianças de zero a 28 dias de vida completos. Nesse contexto, a mortalidade neonatal no Brasil corresponde a cerca de 8,3 óbitos para cada 1000 nascidos vivos e no Rio Grande do Sul esse percentual é de 8,19 para cada 1000 nascidos vivos. No estado do Rio Grande do Sul, cerca de 67% dos óbitos neonatais são de característica precoce e maioria (74%) são ocasionados por afecções originadas no período perinatal2. A mortalidade neonatal está relacionada a fatos ocorridos na primeira semana de vida do RN, levando-se em consideração o tipo de parto e as questões relacionadas com a qualidade do atendimento em serviços de saúde1, 2. Os coeficientes de mortalidade neonatal são considerados indicadores para a avaliação as condições de saúde e atendimento da população, na assistência as pessoas desde o planejamento familiar, consultas pré-natais e a puericultura. A mortalidade neonatal está intimamente ligada à assistência qualificada no pré-natal, parto e nos cuidados imediatos ao RN3. A partir disso, este estudo tem por objetivo relatar a experiência da realização dos cuidados imediatos ao recém-nascido (RN), puérpera e família e sua relação com a humanização em alojamento conjunto de um hospital da região sul do Brasil. Trata-se de um relato de experiência realizado pelos acadêmicos do oitavo semestre do curso de Enfermagem da Universidade Regional Integral do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santiago. As atividades práticas foram desenvolvidas na disciplina de Saúde da Mulher, no período de abril à maio de 2013, na Maternidade e Alojamento do referido hospital. As atividades práticas permitiram o desenvolvimento de cuidados de enfermagem com puérperas, os RNs e suas famílias, tais práticas foram permeadas na humanização da assistência. Tendo em vista a humanização da assistência no período gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde (MS), têm investido na implementação de estratégias e programas que visem o cuidado integral e proporcione a mudança do modelo de cuidado à saúde 4 . Além destas iniciativas, é importante a atuação qualificada dos profissionais e das habilidades que devem ser desenvolvidas para uma assistência humanizada. Compreende-se que a parturição é um acontecimento de relevância na vida da mulher, pois é um processo que envolve fatores fisiológicos, emocionais, interpessoais, culturais e sociais. Portanto é um acontecimento singular, pois constitui uma experiência humana das mais significativas para a família5. Dentro deste contexto, as ações de enfermagem a puérpera e RN foram realizadas de forma integral e humanizada. Para isso, realizou-se o acolhimento à puérpera após o parto, com a realização dos cuidados imediatos, preocupou-se com a preservação da intimidade da mesma e escuta qualificada, atentando às necessidades da mãe e do bebê naquele momento. As condutas de cuidado prestadas a puérpera e ao RN foram: o incentivo ao aleitamento materno, orientações acerca da importância do mesmo, dos benefícios e para a mãe e o RN. Além disso, foram realizados os cuidados com higienização do RN, as trocas de fraldas, cuidados com o coto umbilical, exame físico e concomitante, às orientações à mãe e familiar acompanhante, respeitando a sua autonomia e cultura. Com o conhecimento teórico de que a hospitalização para o parto exige mudanças na rotina da parturiente e família, exigindo adaptações ao ambiente hospitalar, com os profissionais que atuam neste serviço. Sabe-se que essas mudanças podem provocar insegurança e medo, além da própria condição de gestante em trabalho de parto6. Portanto, se o

atendimento as mulheres não for adequado, o cuidado pode tornar-se fragilizado, podendo acarretar em implicações durante o processo de parturição. Neste sentido, ao realizarmos os cuidados de enfermagem, buscou-se atentar para as necessidades da puérpera, deixando clara a valorização da mesma no processo de parturição e assegurando-lhe os seus direitos. Além disso, ao realizarmos os cuidados de enfermagem foi possível a criação de vínculo com a parturiente e sua família, pois se compreende que na realização do cuidado humanizado a relação entre os profissionais e a puérpera/família é fundamental para que desenvolva um cuidado saudável, permeado pela intersubjetividade, formando em conjunto com o espaço físico um ambiente favorável à saúde. Estas ações de educação em saúde no alojamento conjunto junto à puérpera e o acompanhante membro da família permitiram aplicação da escuta qualificada, onde foi possível identificar as questões culturais permeadas nas perguntas dos sujeitos, os mesmos apresentaram conhecimentos empíricos acerca dos cuidados com o RN, além disso, observou-se o despreparo, a insegurança e dúvidas que pode estar relacionados à fragilidade da qualidade do pré-natal, o que permitiu visualizar algumas dificuldades relatadas pelas mães na realização desses cuidados imediato. Sabe-se que as práticas de humanização em saúde permite um atendimento de qualidade e, abarca a melhoria do cuidado ofertado e maior satisfação do sujeito que está sendo cuidado4. Conclui-se que o cuidado humanizado desenvolvido pela enfermagem junto à puérpera e sua família, permitiu a reflexão e a valorização desta prática. Possibilitou a possibilidade de transformação na realidade dos sujeitos envolvidos neste processo e a repercussão positiva em sua saúde. Portanto, o cuidado no puerpério deve estar pautado nas práticas de humanização, que permita um cuidado diferenciado, promovendo uma assistência individualizada e planejada, o desenvolvendo ações de educação em saúde como estratégia de promoção da saúde. Assim, recomendam-se investimentos na qualificação dos profissionais que atuam na assistência ao pré-natal, parto e nascimento. Na promoção de redes de cuidado que englobam os diferentes níveis de atenção. As implicações para a enfermagem devem estar direcionadas para as práticas de humanização principalmente na atenção primária ao pré-natal, na realização de práticas de educação em saúde a fim de proporcionar a prevenção de agravos período perinatal, visando minimizar os riscos relacionados ao parto e ao nascimento. Nesse contexto, os profissionais de enfermagem têm um desafio no desenvolvimento de suas práticas e nas demandas de cuidados, tanto no âmbito de internação hospitalar, quanto na atuação com a comunidade e que invista em seu papel como facilitador do processo de cuidar, mediando conhecimento científico e da prática humanizada, tornando possível a transformação da realidade. Descritores: humanização da assistência, período pós-parto, enfermagem Referências: 1. Brasil. Ministério da Saúde. [Internet]. [acesso em: 21/08/2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual óbito infantil fetal 2ed.pdf 2. Brasil. DATASUS. Brasília. Ministério da Saúde, 2013. [Internet]. [acesso em 2013 agosto 21]. Disponível em:http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=28051 3. Moreira MDS, Gaíva MAM, Bittencourt RM. Mortalidade neonatal: características assistenciais e biológicas dos recém-nascidos e de suas mães. Rev. Cogitare Enferm. 2012; 17(1):113-8. 4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. 5. Pieszak GM, Terra MG, Neves ET, Pimenta LF, Padoin SMM, Ressel LB. Percepção dos Profissionais de Enfermagem acerca do cuidar em Centro Obstétrico. Rev Rene. 2013; 14(3):568-78. 6. Carvalho FAM, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Assistir à parturiente: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. Rev Rene. 2010; 11(1):86-93.

13892

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SELMA RODRIGUES ALVES MONTEFUSCO

GRUPO DE APOIO A FAMILIARES DE PACIENTES COM LEA/LM: UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Sousa, ARS; Macedo, CSM; Sousa, TVS; Papini, ILP; Caldas, JC; Montefusco, SRAM;

RESUMO: Famílias são constituídas por indivíduos que convivem em um determinado espaço e tempo podendo ou não estar no mesmo ambiente. Alguns autores consideram família como quem são membros dizem que são, indo além da definição tradicional baseada na consanguinidade. Normalmente possuem organização específica, objetivos comuns ocasionando na formação de laços afetivos fortes entre os mesmo (1, 2). No processo de internação por agravos à saúde do seu ente querido, a conformação familiar se altera. A família exerce um papel muito importante no processo de saúde doença podendo haver uma mudança no contexto da família. Quando um individuo ou um membro da família fica internado ou passa por um processo de adoecimento, há um rompimento no equilíbrio familiar e na dinâmica, podendo provocar mudanças e inversão de papeis(3). A família de pacientes com lesão medular ou lesão encefálica usualmente fica ansiosa e temerosa devido a incerteza do prognóstico de seu familiar. Essas famílias costumam passar por diversos tipos de sentimentos desde o sofrimento emocional, ansiedade e estresse que são gerados pela hospitalização de um membro da familia(4). Na prática clínica do enfermeiro junto a famílias, são comuns os diagnósticos de enfermagem de tensão do papel do cuidador e conhecimento deficiente(5). Entre as intervenções para estes diagnósticos temos o grupo como importante ferramenta tanto para identificar as necessidades quanto para auxiliar a família para resolução dos seus problemas. OBJETIVO:Diante o exposto este estudo se propõe a analisar o grupo como intervenção de enfermagem diante dos diagnósticos de enfermagem de Tensão do Papel de Cuidador e Déficit de Conhecimento. METODOLOGIA: Este estudo foi realizado em um Centro de Reabilitação em Goiânia- GO, no período de setembro de 2012 a Fevereiro de 2013. Foi utilizada a estratégia de formação de grupo para a coleta dos dados e intervenção junto aos familiares\cuidadores de pacientes internados na unidade durante o periodo de coleta de dados. As reuniões aconteciam todas as sextas-feiras, com duração de 40 a 50 minutos. Durante este período tivemos 24 encontros. As atividades grupais se dividiam em três momentos sendo eles acolhimento: ouvir as famílias\cuidadores a respeito de suas angustias e dúvidas; orientações: relacionadas ao que os cuidadores traziam como dúvida ou tinham trazido na reunião anterior; avaliação: verificação da aprendizagem; por ultimo fechamento do encontro. Os dados foram obtidos apartir da observação direta dos participantes. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Pudemos perceber que a ansiedade do familiar\cuidador do paciente com LEA\LM está relacionada ao prognostico, tempo de cuidado e os cuidados que serão dispensados ao familiar principalmente no domicilio. Destacamos as principais angústias e duvidas apontadas pelos participantes do grupo: déficit teórico e prático relacionado ao cuidado, incapacidade de conciliação das atividades sociais, familiares e profissionais, desesperança, sobrecarga de responsabilidade e afazeres, déficit de enfrentamento e tensão emocional. A NIC (Taxonomia de intervenções para enfermagem) indica intervenções que podem ser utilizadas no grupo como: terapia com exercícios; assistência no auto cuidado e na auto- modificação; estabelecimento de limites e metas; melhora da imagem corporal e da auto estima; promoção de esperança; redução do estresse por mudança; terapia de grupo; apoio ao cuidador; promoção do envolvimento e manutenção familiar; suporte a família e cuidados durante o descanso do cuidado. Com este grupo trabalhamos as orientações diretas e lúdicas relacionadas às temáticas direcionadas ao auto cuidado e o cuidado com seu familiar sendo eles: Alimentação saudável; Prática de exercícios e atividades físicas; Úlceras por pressão; auto estima e auto

cuidado; cuidados com a pele; ingesta de líquidos e sua importância e temas sugeridos pelo cuidadores. A participação do cuidador em grupos auxilia o processo de enfrentamento, de barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, pela possibilidade troca de sugestões construtivas de outros membros que vivenciaram ou estão passando por situações semelhantes(5). O grupo se torna efetivo como intervenção para promover o auto cuidado a familiares e cuidadores para enfrentarem situações conflitantes seja eles no âmbito hospitalar, familiar e/ou social. Para a avaliação da intervenção grupal podemos utilizar os fatores terapêuticos (FT), o mesmo é um recurso capaz de corresponder ao cliente e terapias adequada no auxilio aos seus membros no processo de compreensão, adaptação e mudança do comportamento(3,5). Estudos afirmam que com essa dinâmica os participantes vencem as dificuldade e elevam seu grau de autonomia por ampliar seus conhecimentos e assim se adaptam a nova conjuntura(4). Acreditamos que a intervenção grupal é eficaz por aliviar a tensão de papel do cuidador e elevar o grau de conhecimento quanto à saúde de pacientes. Portanto, sob o olhar da perspectiva dos participantes, podemos inferir que a intervenção grupal foi eficaz. A intervenção feita trouxe um resultado satisfatório para a equipe, demonstrando-se eficiente na busca da manutenção do equilíbrio que havia sido rompido pelo estado de saúde instável do membro familiar, e além de melhorar a ansiedade e o estresse, houve também uma diminuição no déficit de conhecimento quanto ao exercício do cuidado. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Ao analisarmos os resultados das intervenções grupais percebemos que o grupo é útil para a enfermagem como ferramenta para aproximar o profissional da família e com isso fazer intervenções que tenham uma melhor acurácia junto a esta clientela. Descritores: Família, Grupo, Enfermagem, Diagnostico de enfermagem REFERÊNCIAS - 1- Wright L, Leahey M. Fundamentos Teóricos dos modelos Calgary de Avaliação e Intervenção na Família. Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo, Roca, 2009. 2-Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva: experiência de familiares.Rev. Gaúc. Enferm.. 2007; 28(3): 377-384. 3- Gomes GU, Alencar AMPG, Damasceno MMC, Freitas RWJF. Percepção do cuidador familiar acerca da unidade de terapia intensiva. Revista Baiana de Enfermagem. 2009; 22(3) pág. 135-144. 4- Leão Cordeiro JABL, Gualberto SM, Brasil VV, Santos LF, Montefusco SRA, Moraes KL, Silva AMTC. Intervenções de enfermagem no acolhimento aos familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. V SEREX Seminário de Extensão Universitária da Região Centro-Oeste - UFG; 2012 jun 04-06; Goiás, Brasil. Goiânia: Ed. UFG; 2012. 5- Montefusco SRA, Bachion MM; Nakatani AYK. Avaliação de Família no contexto hospitalar: Uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. Text. Contex. Enferm.2008; 17(1): 72-80.

14647

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SHEILA BARBOSA PARANHOS

CUIDADO DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM EPIDERMÓLISE BOLHOSA DISTRÓFICA RECESSIVA E SUA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA GRADUAÇÃO

Parente, AP; Cruz, EN; Gomes, FSR; Mourão, JC; Silva, JT; Paranhos, SB;

A epidermólise bolhosa (EB) é uma dermatose hereditária rara, caracterizada pelo desenvolvimento de bolhas na região cutaneomucosa de todo o corpo, em resposta ao trauma mínimo, ao calor ou a nenhuma causa aparente, podendo manifestar-se ao nascimento ou durante os primeiros anos de vida (ÂNGELO, 2013)O estudo tem como objetivo desvendar sobre a epidermólise bolhosa distrófica recessiva com intuito de oferecer subsídios teóricos aos alunos para a orientação á família assim como cuidados á criança portadora. Estudo exploratório, descritivo com enfoque qualitativo do tipo relato de experiência. Realizado no Hospital de referência a saúde da criança e da mulher no Município de Belém-Pa no período de Julho de 2013 durante as aulas de prática com alunos do 6º semestre. Os dados foram coletados por meio da entrevista padronizada. Percebemos a falta de conhecimento da doença e de aconselhamento genético, haja vista que houve o nascimento de outra criança portadora. Dificuldade da família em lidar com a doença evidenciado pelas sucessivas internações causadas pelas infecções da pele e desnutrição grave, assim como deformidades nos membros comprometendo o seu crescimento e com implicações futuras em sua imagem corporal. A epidermólise bolhosa distrófica e recessiva é uma doença rara e altamente incapacitante. Neste sentido é necessário que haja orientações genéticas á famílias portadoras com gene recessivo da doença para evitar novos casos. A enfermagem diante de uma doença infantil incurável que provoca uma série de complicações em órgãos necessita de intervenção de uma equipe multidisciplinar para minimizar os problemas impostos pela doença. Referências: Angelo MMFC, França DBRL, Volpato LER. manifestações clínicas da epidermólise bolhosa: revisão da literatura.Pesq.Bras.Odontoped. Clin.Integ.João Pessoa 12 (1) : 135-142 jan/mar.2012. Disponível em: www.saude.gov.br.Acesso em: 08 agos 2013. Boeira VLSY. epidermólise bolhosa hereditária: uma revisão de literatura. 2012. Disponível em: https:// repositório.ufba.br. Acesso em 08 de agos. 2013

14450

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

SONIA SIVLA MARCON

SENTIMENTOS DE ACOLHER CRIANÇAS TEMPORARIAMENTE NA FAMÍLIA

Cecilio, HPM; Mariano, PP; Paz, RCN; Decesaro, MN; Marcon, SS;

Introdução: A família é importante para o desenvolvimento psicológico e afetivo da criança, além de ser responsável pela formação de sua personalidade1. Entretanto, em alguns casos, é necessário encaminhar as crianças a serviços assistenciais, como alternativa provisória, quando, existe a necessidade de retirá-las do convívio familiar2. A política de acolhimento familiar promove o amparo a famílias e/ou indivíduos com vínculos rompidos ou fragilizados, a fim de garantir-lhes proteção integral2. Objetivo: Conhecer os sentimentos de mães acolhedoras na vivência temporária com as crianças acolhidas. Metodologia: Estudo qualitativo, realizado junto a sete mães acolhedoras. Os dados foram coletados em junho de 2012 por meio de entrevistas semi-estruturadas e submetidos a Análise de Conteúdo. Resultados: A experiência de acolher uma criança surge da conscientização sobre a necessidade de cuidado e o vínculo aparece naturalmente. As famílias acolhedoras vivenciam sentimentos de alegria e satisfação na convivência, bem como preocupação e tristeza no rompimento deste vínculo. A rotina familiar é adaptada às necessidades da criança, proporcionando um ambiente acolhedor e todos são envolvidos no cuidado. Conclusão: Acolher traz benefícios para as crianças e famílias, entretanto, estas necessitam de acompanhamento para lidarem com mudanças e sentimentos, de modo que esta atividade não prejudique a saúde familiar. Contribuições para a Enfermagem: O papel da família no cuidado com as crianças acolhidas permite ao profissional de enfermagem, além de conhecer as necessidades em saúde da criança, apreender como a família convive com esse novo membro e, a partir disso, direcionar sua ação para atender a família como um todo.

13872

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TATIANY CALEGARI DE DOMÊNICIS

VIVENCIANDO O CÂNCER INFANTIL: O SENTIMENTO DA MÃE CUIDADORA

Silva, POS; Domênicis, TCD;

Introdução: A ocorrência do câncer infantil interfere intensa e rapidamente em aspectos fundamentais da vida da criança que é submetida a uma rotina e procedimentos desconhecidos, propiciando a interrupção súbita da continuidade de seu desenvolvimento (1). As mães permeiam todo o processo do filho com câncer, desde a percepção das alterações de saúde em sua criança até o desfecho do diagnóstico, além de mediar a crise familiar que se inicia, na qual há definição e redefinição de seu papel de mãe (2). É imprescindível compreender os sentimentos das mães nesse período de fragilidade, com a pretensão de trazer maior conhecimento aos profissionais da área da saúde e possibilitar melhor atendimento às crianças com câncer e suas famílias. Objetivos: Analisar o discurso das mães de crianças com diagnóstico de câncer e em tratamento. Caracterizar os sentimentos da mãe frente à confirmação do diagnóstico de câncer e ao tratamento quimioterápico. Metodologia: Estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, realizado de setembro a novembro de 2012, na Enfermaria de Pediatria do Hospital de Clinicas da Universidade Federal de Uberlândia após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da referida instituição. Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e constaram de 10 mães, que declararam ser a cuidadora principal da criança e cujos filhos estavam hospitalizados por quatro dias ou mais. O risco de identificação foi minimizado trocando os nomes das mães pela letra M numerada na ordem de coleta das entrevistas. Foi observado o critério de saturação das falas para delimitação do número de sujeitos. Os dados foram coletados através do auto relato estruturado a partir de um roteiro de entrevista com duas questões norteadoras abertas para a obtenção das informações, por discurso oral face a face: "O que você sentiu quando recebeu o diagnóstico de câncer para seu filho?" e "O que você está sentindo agora durante o tratamento?". As respostas foram gravadas, transcritas na íntegra e os discursos das mães direcionados para o método da Análise de Conteúdo segundo Bardin (3) nas etapas: Pré-análise com a leitura flutuante dos depoimentos e tratamento desses dados brutos em unidades de registro; Exploração do material com a categorização, no qual as unidades de registro foram reunidas em categorias comuns gerando as categorias temáticas; Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Resultados: Serão apresentadas as categorias temáticas e um segmento do discurso das mães que caracteriza o sentimento vivenciado nas situações abordadas pelas perguntas norteadoras. Categoria temática 1: "O mundo desabou - sem estrutura frente ao impacto da notícia". As mães relacionaram a estrutura de enfrentamento que possuíam no momento em que receberam o diagnóstico de câncer para seu filho e o estado emocional que se evidenciou após, com o uso da conotação de "chão" como a base dessa estrutura. A mãe sente o abalo desse alicerce que fundamenta a sua estrutura física, com a intensidade de uma ruptura e o desaparecimento dessa base, como observado no depoimento de M8: "Eu senti sem chão na hora"... "então o mundo caiu pra mim naquele momento, foi o pior momento da minha vida". Categoria temática 2: "Desconhecimento da doença e do tratamento". Observamos nos discursos analisados que as mães mostraram pouco ou nenhum conhecimento sobre o câncer e suas formas de tratamento, como relatado pela mãe M9: "porque ele já falou assim seu filho tá com leucemia e vamo correr"... "e eu nunca nem tinha ouvido falá naquilo". Categoria temática 3: "Sentimentos negativos". A notícia da doença na criança despertou nessas mães sentimentos de aspectos negativos: culpa, morte, tristeza, solidão e dor. Dúvidas e anseios são gerados, como o medo de perder o filho, pois fazem uma relação com a morte ao receber o diagnóstico da doença: "aí você já pensa assim que é a morte... mas no dia que eu peguei o

resultado eu achei que ele ia morrê, pensei ele vai morrê, num tem solução mais pro meu filho" (M4). Categoria temática 4: "Sentimento positivo com o tratamento". Nessa categoria as entrevistas apresentam uma esperança de alcance da cura, conforme o relato de M1: "agora já to mais aliviada que ela já ta fazendo as quimio ta dando resultado bom demais". Vimos também que após serem explicados os procedimentos que seriam realizados no decorrer do tratamento esses sentimentos positivos aumentaram. Categoria temática 5: "Expectativa negativa com o tratamento e as consequências". Apesar da perspectiva real de cura em muitos casos, o medo do sofrimento e a insegurança em relação ao futuro transparecem durante o tratamento que pode não ser eficaz e surgem sentimentos negativos relacionados às consequências físicas e emocionais na criança. O relato de M2 revela esses aspectos: "às vezes assim eu fico com coração apertado querendo, tem hora que eu olho pra ela, igual o cabelinho dela tá caindo né". Categoria temática 6: "Paciente frente às consequências do tratamento". Quando o tratamento é iniciado a criança passa por procedimentos novos no seu cotidiano subitamente, sendo que as atividades simples que antes eram comuns na vida da criança se tornam restritas de forma abrupta, causando sentimento de frustração na criança e consequentemente na mãe: "mas é meio difícil aceitar até porque o modo de vida dele foi totalmente afetado, era uma criança que corria, que jogava bola, que andava de bicicleta e agora não pode faze nada disso, porque tem o cateter que se bate pode machucá, não tem fôlego, porque o problema dele é no pulmão, não tem fôlego nenhum, então a vida dele totalmente mudou" (M10). Categoria temática 7: "Alusão à uma personalidade divina". Quando as pessoas se encontram em momentos de aflição é comum encontrarem em Deus, ou em outras figuras divinas, um alicerce que alivie o sofrimento. Podemos inferir uma personalidade divina que traz a esperança de cura: "eu só peço a Deus que abençoe, abençoe eu, abençoe ela que isso seja só uma fase, peço a Deus que ela sare" (M2). Conclusão: Ao caracterizar os sentimentos das mães observamos que eles são ambíguos e complexos, não entendidos nem pelas próprias mães, em um momento de suas vidas tão delicado que é o adoecer de um filho por câncer. Foi notado em todas as entrevistas que as mães não citam outro familiar ou pessoa próxima além dela e do filho. A expectativa da cura aumenta quando é iniciado o tratamento, propiciando sentimentos positivos. Contribuições para a Enfermagem: É necessário o atendimento às mães de crianças oncológicas por uma equipe multiprofissional preparada para transmitir o diagnóstico e que saberá conduzir as reações da mãe, como no decorrer do tratamento para que essa mãe entenda e apresente enfrentamento às informações recebidas. À equipe de enfermagem cabe a escuta terapêutica e o enfoque nos cuidados com excelência para atender a demanda da criança doente e sua família. Referências: 1 - Menezes CNB, Passareli PM, Drude FS, Santos MA, Valle ERM. Câncer infantil: organização familiar e doença. Rev. Mal-Estar Subj. 2007; 7(1):191-210. 2 - Angelo M, Moreira PL, Rodrigues LMA. Incertezas diante do câncer infantil: compreendendo as necessidades da mãe. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2010; 14(2):301-308. 3 - Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. Descritores: Enfermagem Oncológica. Relações Mãe-Filho. Emoções.

13871

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TATIANY CALEGARI DE DOMÊNICIS

CARDIOPATIAS CONGÊNITAS CIRÚRGICAS: O (DES)CONHECIMENTO DOS PAIS E A PROPOSTA DO PREPARO COM O BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Urias, GM; Domênicis, TC;

Introdução: O advento de uma cirurgia afeta a segurança emocional da criança e de sua família por despertar ansiedade relacionada a diversos fatores, sobretudo o medo do desconhecido, da anestesia, de lesões corporais e da morte (1). Para tornar a hospitalização da criança menos traumática e humanizar a assistência de enfermagem prestada a ela, são imprescindíveis medidas que minimizem o impacto causado por procedimentos e pela mudança brusca de rotinas e de pessoas. O brinquedo terapêutico (BT) é descrito como uma técnica efetiva no preparo de crianças para a cirurgia, sendo ressaltada a importância da família também ser envolvida nessa atividade (2). Os profissionais de enfermagem devem refletir a respeito da maneira como os familiares recebem as informações e do nível de compreensão que apresentam, pois o cuidado com a família ainda acontece de forma discreta e incipiente, realidade a ser alterada exigindo profissionais capacitados para atender as necessidades da família acompanhante (3). Considerando a importância da preparação dos pais no contexto pré-operatório de cirurgia cardíaca de seus filhos é preciso a sistematização desse processo com um instrumento, sendo o BT de extraordinária aplicabilidade. Objetivos: Demonstrar o (des)conhecimento dos pais em relação à cardiopatia congênita e ao procedimento cirúrgico do filho. Realizar sessão de brinquedo terapêutico instrucional para refletir sobre o impacto que essa abordagem causou nos pais. Metodologia: Estudo descritivo, transversal, de campo, de abordagem quantitativa. Os instrumentos utilizados foram o BT e questionário estruturado. A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a setembro de 2012 no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da referida instituição. Constaram como sujeitos da pesquisa pais e mães de crianças que seriam submetidas à cirurgia para correção de cardiopatia congênita, sendo abordados no pré-operatório dos seus filhos: após receberem as informações sobre a pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, preencheram um questionário com dados demográficos e foram consultados a cerca de seu conhecimento prévio em relação à cardiopatia congênita apresentada pela criança, o tipo de cirurgia a ser realizada e os dispositivos hospitalares que estariam na criança no pós-operatório. A seguir participaram de uma sessão de BT instrucional. O BT foi confeccionado com um boneco de plástico resistente no qual foram inseridos objetos hospitalares: tubo orotraqueal, sonda de esvaziamento gástrico, cateter sobre agulha para punção venosa periférica e arterial, dreno de tórax ou mediastino, curativo com gaze e fita localizando a ferida operatória e sonda vesical. Inicialmente, a pesquisadora referia-se ao BT como instrumento de preparo para a cirurgia cardíaca pediátrica que serviria para demonstrar desde a posição da ferida operatória até os dispositivos hospitalares necessários para a recuperação da criança no pós-operatório. Os participantes foram informados que poderiam fazer perguntas a qualquer momento da sessão e manipular o BT se assim o desejassem. Em seguida, o boneco foi apresentado como um personagem que havia sido submetido à cirurgia cardíaca e estava em recuperação. Foi ressaltada a função e a importância dos dispositivos inseridos no BT; o fato de que a permanência de cada um deles seria temporária e à medida que houvesse progresso na recuperação da criança os mesmos seriam retirados gradativamente. Ao término da sessão a pesquisadora solicitou aos participantes que apontassem cada dispositivo e sua função para verificar a compreensão das informações obtidas por meio do BT instrucional. A duração da sessão de BT foi determinada pelo nível de interesse e envolvimento dos participantes (de 15 a 45 minutos). Resultados: A

amostra final foi composta por 10 sujeitos de pesquisa, sendo 8 mães e 2 pais de 8 diferentes crianças. A maioria dos pais (90%) afirmou saber qual seria a cirurgia a ser realizada pelo filho, entretanto, quanto consultados em relação aos dispositivos a serem utilizados no pós-operatório, apenas 30% demonstraram algum conhecimento sobre o assunto utilizando as expressões: "tubo para respirar"; "sondinha para comer"; "negócio no pescoço que vai até o coração"; "dreno e marcapasso"; "luzinha vermelha que fica no dedo". As crianças com cardiopatia congênitas e seus familiares devem receber informações claras sobre todos os aspectos desde a doença, a internação e a cirurgia. Os pais precisam ser orientados antes da cirurgia quanto aos procedimentos que serão realizados para minimizar a ansiedade e temores (4). Para tanto se faz imprescindível uma aproximação entre o acompanhante e a equipe de enfermagem no momento da internação, além da mudança de paradigma sobre o acompanhante que questiona, demanda tempo e atenção da equipe: da visão de inconveniente para o sujeito que assumirá os cuidados da criança no domicílio, responsável por seguir a terapêutica medicamentosa e observar alterações na ferida operatória e na criança (5). Ao término da sessão de BT quando foi solicitado aos pais que apontassem os dispositivos e suas respectivas funções à pesquisadora, 100% dos participantes compreenderam as informações recebidas. Os pais evidenciaram interesse e envolvimento durante a sessão do BT revelando se tratar de uma metodologia inovadora de preparação que até então desconheciam. Relataram um impacto no primeiro contato com o boneco, porém ficaram tranquilos à medida que os dispositivos foram explicados: fizeram pergunta sobre o uso de cada um deles e entenderam seu caráter temporário. Poucos pais (30%) e crianças (20%) tocaram ou manipularam de fato o BT. Conclusão: Os pais de crianças a serem submetidas à cirurgia cardíaca carecem de informações em relação ao procedimento cirúrgico e ao pós-operatório. O BT instrucional foi a técnica escolhida para demonstrar os dispositivos de forma mais próxima à realidade e o seu uso permitiu uma comunicação efetiva entre enfermeiro-família, possibilitando melhor preparo dos pais para vivenciarem especificamente a situação de cirurgia cardíaca congênita. Contribuições para a Enfermagem: O BT constitui-se como instrumento de auxílio na compreensão da cirurgia cardíaca e foi reconhecido pelos pais como efetivo no repasse das informações. Entretanto, a dificuldade em encontrar na literatura uma abordagem sistematizada para informar os pais sobre as alterações na cirurgia e o que eles deveriam esperar de dispositivos no filho na situação de pós-operatório enfatiza a execução de novos estudos sobre essa temática. Referências: 1 - Schmitz SM, Piccoli M, Vieira CS. A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. Cienc Cuid Saúde. 2003 jan./jun.; 2(1):67-73. 2 - Huerta EPN. Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: intervenção de enfermagem. Rev. Esc. enferm. USP. 1996 ago.; 30(2):340-353. 3 - Souza P, Scatolin BE, Ferreira DLM, Croti UA. A relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. Arq Ciênc Saúde. 2008 out./dez.; 15(4):163-169. 4 - Magalhães MF, Gusmam DPP, Grecca KRR. Preparo psicológico em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca pediátrica. Rev. bras. ter. cogn. 2010 dez.; 6(2):144-166. 5 - Méllo DC, Rodrigues BMRD. O acompanhante de criança submetida à cirurgia cardíaca: contribuição para a enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 jun.; 12(2):237-242. Descritores: Jogos e Brinquedos. Cardiopatias Congênitas. Cuidados de Enfermagem.

14498

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

THALITA LODOS DA RESSURREIÇÃO

O PROJETO DE EXTENSÃO ?PROMOFAM-CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA? COMO UMA ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENTRE FAMÍLIA E DISCENTES

Ressurreição, TLR; Venturi, GV; Pereira, GLP; Marques, FRBM; Duarte, AMD; Mandetta, MAM;

Introdução: a família é a primeira unidade social de um indivíduo e quando ocorre um processo de adoecimento sua atuação é indispensável para o tratamento e o enfrentamento da doença. A filosofia do Cuidado Centrado no Paciente e Família favorece o envolvimento da família nas tomadas de decisão e na participação no cuidado. A fim de auxiliar a formação de enfermeiros para abrir-se para familía no contexto da oncologia pediátrica, criou-se um projeto de extensão denominado PromoFam, tendo como um dos objetivos promover troca de saberes entre os discentes e a família de crianças com câncer. Objetivo: relatar a experiência do projeto de extensão PromoFam como uma estratégia de integração entre a família e os discentes. Metodologia: relato de experiência, que utilizou a pesquisa-ação como estratégia para sistematizar as informações da realidade observada. No projeto participam docentes, alunos do curso de graduação e pós-graduação em enfermagem, famílias de crianças com câncer e profissionais da equipe de enfermagem. Resultados: encontros semanais são realizados para trabalhar o conhecimento teórico e discussão de casos com os alunos, a partir de simulações de situações práticas vivenciadas pelos profissionais com crianças e famílias. Para sensibilizar o aluno e promover sua aproximação com a realidade tem sido realizadas visitas de observação na instituição, discussões em grupos, e entrevistas semiestruturadas direcionadas para a identificação das necessidades das famílias nesse contexto. Conclusão: as ações empreendidas são relevantes para aproximar o discente da realidade vivenciada pela criança e família com câncer, gerando questionamentos e hipóteses. As ações dos discentes visam um vínculo entre teoria e prática, e constrói um caminho para a implementação dos princípios do Cuidado Centrado no Paciente e Família na prática. Descritores: Família. Enfermagem Pediátrica. Neoplasias.

13922

EIXO IV - Cuidado à Saúde da Família

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VERONICA NUNES DA SILVA CARDOSO

AS CONTRIBUIÇÕES DO CUIDADO CENTRADO NA CRIANÇA E FAMÍLIA EM UTI PEDIÁTRICA: O CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Rocha, MM; Santos, RA; Cibreiros, SA; Cardoso, VNS;

Objeto: o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre as contribuições da abordagem do cuidado centrado na criança e família em UTI Pediátrica. Objetivos: descrever e analisar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre as contribuições da abordagem do cuidado centrado na criança e família em UTI Pediátrica. Justifica-se por proporcionar uma reflexão sobre a relação entre o ensino e aprendizagem na assistência prestada á criança e sua família em UTI Pediátrica. Metodologia: pesquisa qualitativa do tipo descritiva. Sujeitos: nove acadêmicos do oitavo período, escolhidos aleatoriamente, cursando a disciplina Estágio Curricular Assistencial em Enfermagem Pediátrica. Coleta de dados: entrevista semi-estruturada no período de março a maio de 2012 gravadas e transcritas na íntegra. Análise dos dados: categorização dos conteúdos por Bardin. Primeira categoria: O cuidado centrado na criança e família em UTI Pediátrica de acordo com descrição dos acadêmicos de enfermagem; Segunda categoria, as contribuições da abordagem do cuidado centrado na criança e família em UTI Pediátrica: o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. Conclusão: os acadêmicos demonstraram entendimento quanto à importância da inserção da família no ambiente hospitalar, considerando seus direitos e deveres na organização da dinâmica assistencial, na qual, além do cuidado à criança, torna-se imprescindível à atenção às necessidades da família não apenas clínicas, como também, emocionais, afetivas e sociais, permitindo um cuidado mais abrangente. Referências: Rossi CS, Rodrigues BMRD Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familial da criança hospitalizada. Acta Paul Enferm 2010; 23(5):640-5; Côa TF, Pettengill MAM A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):825-32

14054

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALEX DALLA NORA BITTENCOURT

A MÚSICA COMO UM MODO ALTERNATIVO DE CUIDADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Bittencourt, ANDB; Backes, DSB;

INTRODUÇÃO: A música pode ser considerada uma estratégia de humanização hospitalar. Dessa forma, a música se constitui uma das artes alternativas de cuidado, que ocupa, crescentemente, um importante papel nos diferentes espaços sociais, sobretudo no ambiente hospitalar, no qual prevalece, frequentemente, a dor e o sofrimento de pessoas que, por um motivo ou outro, tiveram que deixar casa e família para tratarem de sua saúde/doença. Com base nos efeitos da música já comprovados por meio de estudos anteriormente realizados1. Uma das teoristas de enfermagem que aborda o cuidado multidimensional com sabedoria é Wanda Horta, a qual destaca que o cuidado de enfermagem deve ser prestado ao ser humano e não à doença propriamente dita. Nessa direção, falar em cuidado ampliado, isto é, criativo e inovador, significa deslocar nosso foco de atenção da doença, propriamente dita, para o ser humano que a abriga, Ir além dos condicionantes externos ou das concepções técnicas enfatizados pela Política Nacional de Humanização, a qual enfatiza que se torna imprescindível o acolhimento do paciente, entendendo que acolher significa amparar, escutar, atender e prestar conforto e segurança ao ser humano. A música faz parte de nossas vidas desde o nascimento, como nas cantigas de ninar, até a morte, com as músicas fúnebres. Basta lembrar que a música integra o ser e o viver desde a manhã à noite, permeia os diferentes ambientes sociais, tanto formais quanto informais2. OBJETIVO: O presente estudo tem por objetivo promover a humanização hospitalar por meio da música, bem como compreender o significado dessa alternativa de cuidado para o bem-estar e conforto do paciente durante sua internação hospitalar. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa-ação, realizada em um Hospital de médio porte, localizado na região central do Rio Grande do Sul. O trabalho, ainda em andamento, iniciou no mês de março de 2013, partindo da iniciativa dos participantes do projeto ?Acordes para a Saúde' do curso de enfermagem do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, instigando-se a transcender a dimensão tecnicista e mecanizada do cuidado de enfermagem e avançando-se no sentido de desenvolver novas tecnologias de cuidado de enfermagem. As sessões de música foram realizadas quinzenalmente, com duração de, aproximadamente, duas horas; Inicialmente, as músicas cantadas por iniciativa dos acadêmicos que integram o projeto, sendo que, a seleção foi se tornando eclética, conforme sugestão dos pacientes e acompanhantes, as quais foram acompanhadas pelo instrumento violão. As sessões de música ocorreram em todas as unidades do hospital, mais especificamente ao longo dos corredores, com enfoque especial na unidade de desintoxicação dos dependentes químicos, em que se encontram adolescentes tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino. RESULTADOS: Com base nos dados coletados após as sessões de música, foi possível perceber a importância do cuidado interativo e criativo por meio da música, proporcionando bem-estar e conforto tanto para os pacientes e acompanhantes quanto para os profissionais de saúde que atuam na instituição em questão. Percebeu-se que a música oferece a possibilidade de transcender as ações pontuais de cuidado e a oportunidade de abrir-se para o novo e o diferente, isto é, sair de um ambiente hospitalar frio e inseguro, para um ambiente mais aconchegante e humano, como expressam as falas: "Eu gostei muito deste momento (...) parece que a gente esquece que está no hospital ou com uma doença" (U7). "Este momento me reportou à época em que eu cantava e participava do coral da Igreja (...) gosto muito do canto e da música" (U9). Na fala dos usuários fica visível que o significado da música vai além da dimensão física, atingindo a dimensão emocional, psíquica e espiritual na medida em que permite sair da situação de estresse, dor, insegurança e reportar-se a momentos agradáveis e de

realização pessoal. Tais atitudes se relacionam à humanização hospitalar, principalmente, na medida em que se estimulam novas formas de cuidado por meio do respeito, dos vínculos de confiança, do acolhimento das diferentes situações e por meio de medidas que tornam o ambiente de cuidado familiar e o promotor de vida e saúde.3 Entre os funcionários, notou-se grande entusiasmo, pois até cantarolavam as músicas com o grupo, alegando ter mudado a rotina monótona do hospital. "Para mim significa paz, alegria (...) estava com vontade de cantar" (P9). "A música me acalma, traz paz e felicidade, e harmonia" (P13). "Bah! Neste momento parece que esqueci que estou doente, faz quase um mês que estou aqui e sempre fico deitado (...) me cansa, fico triste (...) agora parece que esqueci de tudo" (P17). Em contrapartida, alguns demonstraram, inicialmente, certa resistência à música, cuja foi superada pela energia contagiante dos demais. Ao estabelecer processos interativos e participativos, o usuário tem a possibilidade de interagir com o ambiente, praticar a sua autonomia e cultivar corresponsabilidades que podem representar ações acolhedoras4. Ações acolhedoras e humanizadas são desenvolvidas por pessoas, por cuidadores que buscam ir além do cuidado tecnicista e linear. Portanto, os diferentes sujeitos precisam estar satisfeitos consigo mesmos para atuarem na busca de alternativas que tenham como prioridade o bem-estar, tanto do outro quanto de si próprios, tornando-se mais acolhedores. CONCLUSÃO: O cuidado de enfermagem por meio da música representa uma tecnologia valiosa para pacientes e seus familiares e, inclusive, para profissionais de saúde, das diferentes áreas. A música, realizada de forma criativa e interativa, representa alívio, distração, conforto, alegria, paz e serenidade. Logo, representa um cuidado que vai da formalidade técnica e linear, ainda marcante no ambiente hospitalar. A enfermagem, em sua essência, tem um grande potencial intuitivo para perceber os aspectos subjetivos do cuidado e gerenciar situações complexas, fator que lhe possibilita a condição de facilitadora e agregadora de ações, aproximando os diversos atores que atuam na promoção da saúde. A música constitui-se, em suma, num excelente instrumento de cuidado não só para os pacientes, mas também para os profissionais que atuam na instituição. A música proporciona um ambiente mais agradável e eficaz para o alívio da dor, tanto física quanto emocional e espiritual. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A enfermagem contemporânea possui um grande desafio, o cuidado integral. Para que isso aconteça entende-se a importância de considerar métodos que venham trazer benefícios, preocupando-se em transformar o ambiente em que o ?sujeito' esta inserido, e a música é um dos instrumentos capazes de proporcionar uma melhor qualidade de cuidado. DESCRITORES: Enfermagem; Cuidado; Conforto; Musicoterapia. REFERÊNCIAS 1. BARANOW, A. L. Musicoterapia - uma visão geral. Enelivros, Rio de Janeiro, 1999. 19-72-73p. 2. BACKES, D. S. Estratégias de Humanização do Cuidado no Centro de Terapia Intensiva. Santa Maria: Palloti, 2004. 3. BACKES, D. S. et al. Música: terapia complementar no processo de humanização de um CTI. Rev. Nursing, 2003, Nov; 66 (6): 35-42. 5. FONSECA, K. C et al. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 398-403, 2006. Disponível em: . Acesso em: 02/04/2013.

14620

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALINE MEDIANEIRA GOMES CORREA

FATORES DE RISCO DA MORTALIDADE INFANTIL: REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Peserico, AP; Correa, AMGC; Cunha, ALR; Colomé, JSC; Prestes, MLP;

INTRODUÇÃO: Das informações geradas pelo setor saúde, as de mortalidade, quando analisadas propiciam o conhecimento do perfil de saúde de uma determinada comunidade.1 Dos indicadores de mortalidade, o de mortalidade infantil (MI) é classicamente reconhecido por refletir condições socioeconômicas da população, além de ser considerado evento indicador da facilidade de acesso e da qualidade dos serviços de saúde.2 Nessa direção, a MI ocorre como conseqüência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde e, portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.3 Nesse contexto, a mortalidade neonatal (MN) se constitui o principal componente da MI, onde os óbitos fetais, em grande parte, são considerados potencialmente evitáveis.4 No entanto, esses têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução.5 Contudo nas últimas décadas observou-se uma diminuição expressiva da MI.6 O declínio das taxas de MI tem sido atribuído a vários fatores, contudo, conhecer o perfil da MI é fundamental para a formulação de estratégias que permitam seu controle, como uma assistência adequada à mulher durante a gravidez e o parto e, principalmente, um acompanhamento cuidadoso das mães em gestação considerada de risco, pois a redução da parcela neonatal é um grande desafio para os gestores da saúde.7 OBJETIVO: Realizar uma revisão narrativa da produção científica acerca dos principais fatores de risco envolvidos na mortalidade infantil. METODOLOGIA: Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura. A busca ocorreu em janeiro de 2013 foi desenvolvida nas bases de dados LILACS e SCIELO com os descritores: Mortalidade Infantil and Mortalidade Neonatal and Fatores de Risco. O período foi de 1990 a 2012, devido a redução da taxa de MI no país, além de o Brasil ser signatário dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. No que diz respeito à busca nas bases de dados, considerando os critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados oito artigos científicos. RESULTADOS: No estudo "Fatores associados à mortalidade infantil no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle" (2011) os principais fatores de risco para MI estão relacionados à oferta e qualidade dos serviços de saúde, principalmente em seu componente neonatal, idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas; baixo peso ao nascimento; crianças com anomalias congênitas; com escore de Apgar menor de 7 aos cinco minutos e o número insuficiente de consultas pré-natal (PN). O estudo "Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local" (2010) os principais fatores estão relacionados à atenção à gestante e ao RN. Onde as características maternas, como baixa escolaridade; IG até 36 semanas; realização de menos de seis consultas de PN; gestação múltipla; parto vaginal; além do baixo peso ao nascimento estiveram associadas com a MN precoce. No estudo "Mortalidade infantil: comparação entre duas coortes de nascimentos do nordeste e sudeste do Brasil" (2004) os fatores de risco associados com a MI são gestações com natimortos anteriores; idade materna menor que 18 anos; PN inadequado; sexo masculino; habitação com cinco ou mais moradores; o tabagismo materno; além de desigualdades socioeconômicas; diferenças no acesso e qualidade da assistência médica tiveram um impacto sobre as taxas de MI. O estudo "Modelo lingüístico fuzzy para estimação do risco de morte neonatal" (2002) ressaltou o baixo peso ao nascer; extremamente baixo; pré-termo e RN pré-termo extremos como os principais fatores de risco para a MN. Já o estudo

"Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil" (2012) dentre os principais fatores de risco encontram-se os RNs de sobrepeso assim como o extremo baixo peso e os de peso restrito, o predomínio do sexo masculino; apgar menor de 7 no quinto minuto de vida; IG menor de 34 semanas; insuficiência no número de consulta PN; acesso aos serviço de saúde; filhos de mães analfabetas; idade materna; via de parto; condição de nascimento. O estudo cita ainda, algumas causas pulmonares, distúrbios metabólicos e infecções. Já em publicações internacionais, "Estrategias para mejorar la sobrevida del prematuro extremo" (2009) observa-se que os fatores de risco associados são a prematuridade; raça; idade materna; escolaridade da mãe; status socioeconômico; tabagismo materno; metrorragia nos 2 e 3º trimestre; infecções maternas Oligo e polidrâmnio; patologia da mãe (diabetes, hipertensão); IG; peso; sexo masculino; pequenos para a IG; local de nascimento e taxa de ocupação em Unidades de Tratamento Intensivo(UTI). O estudo "Case-control study on infant mortality in Southern Brazil" (2006) aponta como fatores de risco associados a MN: Idade materna; escolaridade da mãe; estado civil; número de consultas de PN; local do parto; via de parto; IG; peso ao nascer; sexo do RN; cor da pele; cinco min de Apgar. CONCLUSÕES: A análise do estudo permitiu elencar os principais fatores de risco associados a MI, os quais abrangem características socioeconômicas; demográficas; reprodutivas e assistenciais.8 No que remete ao âmbito assistencial, o número de consultas de PN insuficiente foi apontada na maioria dos estudos, ainda descrevem sobre o local e o tipo de parto.8,9,10 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Diante dos resultados faz-se necessário a enfermagem trabalhar em busca do apoio dos órgãos responsáveis, através de incentivos para melhorar o desenvolvimento social. Descritores: Mortalidade Infantil; Mortalidade Neonatal; Fatores de Risco. EIXO V - Outros. REFERÊNCIAS 1 Mathias TAF, Uchimura TT, Assunção AN, Predebon K. Atividades de extensão universitária em comitê de prevenção de mortalidade infantil e estatísticas de saúde. Rev. bras. Enferm. 2009; 62(2). 2 Vidal AS, Frias PG, Barreto FMP, Vanderlei LCM, Felisberto E. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do Nordeste brasileiro. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2003; 3(3):281-9. 3 Lansky, S.; França, E.; Leal, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de da literatura. Rev Saúde Pública. 2002; 36(6):759-72. 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde, 2. Ed; 2009. 5 Zanini RR, Moraes AB, Giugliani ERJ, Riboldi J. Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no Rio Grande do Sul por dois modelos de analise. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(1). 6 Granzotto JA, Fonseca SS, Lindemann FL. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil. Revista da AMRIGS, Porto Alegre. 2012 jan.-mar; 56(1):57-62. 7 Silva SLC, Fachel JMG, Kato SK, Bassanesi SL. Visualização dos padrões de variação da taxa de mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil: comparação entre as abordagens Bayesiana Empírica e Totalmente Bayesiana. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2011 jul; 27(7). 8 Mendes KG, Olinto MTA, Costa JSD. Case-control study on infant mortality in Southern Brazil. Rev Saúde Pública. 2006; 40(2):240-8. 9 Soares ES, Menezes GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. Epidemiol. Serv. Saúde. 2010 jan-mar; 19(1):51-60. 10 Doldan RV, Costa JSD, Nunes MF. Fatores associados à mortalidade infantil no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle. Epidemiol. Serv. Saúde. 2011 out-dez; 20(4):491-498.

14605

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ALINE MEDIANEIRA GOMES CORREA

FATORES DE RISCO DA MORTALIDADE INFANTIL: REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Peserico, AP; Correa, AMGC; Cunha, ARC; Colomé, JSC; Prestes, MLP;

INTRODUÇÃO: Das informações geradas pelo setor saúde, as de mortalidade, quando analisadas propiciam o conhecimento do perfil de saúde de uma determinada comunidade.1 Dos indicadores de mortalidade, o de mortalidade infantil (MI) é classicamente reconhecido por refletir condições socioeconômicas da população, além de ser considerado evento indicador da facilidade de acesso e da qualidade dos serviços de saúde.2 Nessa direção, a MI ocorre como conseqüência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde e, portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.3 Nesse contexto, a mortalidade neonatal (MN) (óbitos do nascimento até 28 dias completos de vida) se constitui o principal componente da MI, onde os óbitos fetais, em grande parte, são considerados potencialmente evitáveis.4 No entanto, esses têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução.5 Contudo nas últimas décadas observou-se uma diminuição expressiva da MI.6 O declínio das taxas de MI tem sido atribuído a vários fatores, contudo, conhecer o perfil da MI é fundamental para a formulação de estratégias que permitam seu controle, como uma assistência adequada à mulher durante a gravidez e o parto e, principalmente, um acompanhamento cuidadoso das mães em gestação considerada de risco, pois a redução da parcela neonatal é um grande desafio para os gestores da saúde. 7 OBJETIVO: Realizar uma revisão narrativa da produção científica acerca dos principais fatores de risco envolvidos na mortalidade infantil. METODOLOGIA: Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura. A busca ocorreu em janeiro de 2013 foi desenvolvida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) Scientific Electronic Library Online (SCIELO) com os descritores: Mortalidade Infantil and Mortalidade Neonatal and Fatores de Risco. O período selecionado para a busca foi de 1990 a 2012, devido a redução da taxa de MI no país, além de o Brasil ser signatário dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). No que diz respeito à busca nas bases de dados, considerando os critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados oito artigos científicos. RESULTADOS: No estudo "Fatores associados à mortalidade infantil no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle" (2011) os principais fatores de risco para MI estão relacionados à oferta e qualidade dos serviços de saúde, principalmente em seu componente neonatal, idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas; baixo peso ao nascimento; crianças com anomalias congênitas; com escore de Apgar menor de 7 aos cinco minutos e o número insuficiente de consultas pré-natal (PN). O estudo "Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local" (2010) os principais fatores estão relacionados à atenção à gestante e ao RN. Onde as características maternas, como baixa escolaridade; IG até 36 semanas; realização de menos de seis consultas de PN; gestação múltipla; parto vaginal; além do baixo peso ao nascimento estiveram associadas com a MN precoce. No estudo "Mortalidade infantil: comparação entre duas coortes de nascimentos do nordeste e sudeste do Brasil" (2004) os fatores de risco associados com a MI são gestações com natimortos anteriores; idade materna menor que 18 anos; PN inadequado; sexo masculino; habitação com cinco ou mais moradores; o tabagismo materno; além de desigualdades socioeconômicas; diferenças no acesso e qualidade da assistência médica tiveram um impacto sobre as taxas de MI. O estudo "Modelo lingüístico fuzzy para estimação do risco de morte neonatal" (2002) ressaltou

o baixo peso ao nascer; extremamente baixo; pré-termo e RN pré-termo extremos como os principais fatores de risco para a MN. Já o estudo "Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil" (2012) dentre os principais fatores de risco encontram-se os RNs de sobrepeso assim como o extremo baixo peso e os de peso restrito, o predomínio do sexo masculino; apgar menor de 7 no quinto minuto de vida; IG menor de 34 semanas; insuficiência no número de consulta PN; acesso aos serviço de saúde; filhos de mães analfabetas; idade materna; RNs de mães adolescentes; via de parto; condição de nascimento. O estudo cita ainda, algumas causas pulmonares, distúrbios metabólicos e infecções, como a septicemia e a pneumonia congênita. Já em publicações internacionais, "Estrategias para mejorar la sobrevida del prematuro extremo" (2009) observa-se que os fatores de risco associados são a prematuridade; raça; idade materna; escolaridade da mãe; status socioeconômico; tabagismo materno; metrorragia nos 2 e 3º trimestre; infecções maternas Oligo e polidrâmnio; patologia da mãe (diabetes, hipertensão); IG; peso; sexo masculino; pequenos para a IG; local de nascimento e taxa de ocupação em Unidades de Tratamento Intensivo(UTI). O estudo "Case-control study on infant mortality in Southern Brazil" (2006) aponta como fatores de risco associados a MN: Idade materna; escolaridade da mãe; estado civil; número de consultas de PN; local do parto; via de parto; IG; peso ao nascer; sexo do RN; cor da pele; cinco min de Apgar. CONCLUSÕES: A análise do estudo permitiu elencar os principais fatores de risco associados a MI, os quais abrangem características socioeconômicas; demográficas; reprodutivas e assistenciais.8 Dentre as características socioeconômicas observa-se: a renda; a escolaridade e idade da mãe; e a raça, as quais aparecem na maioria dos estudos. Os estudos apontam a idade materna como fator de risco para a MI, onde RNs de mães adolescentes apresentaram um risco de 2,82 de morrer quando comparados com mães entre 20 e 34 anos.6 No que diz respeito ao peso e a IG, estudos mostram que o risco de morte neonatal diminui monotonicamente quando o peso de nascimento ou a IG aumenta.9 No que remete ao âmbito assistencial, o número de consultas de PN insuficiente foi apontada na maioria dos estudos, ainda descrevem sobre o local e o tipo de parto.6,10,11,8,12 No que tange problemas de saúde propriamente dito, encontram-se: doenças pulmonares, onde predomina a doença de membrana hialina; infecções, onde a septicemia mostra ser mais comum; distúrbios metabólicos, predominando a hipocalcemia e hipoglicemia; nos problemas neurológicos predomina convulsão; ainda se fez presente as anomalias congênitas.6,12 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Diante dos resultados faz-se necessário a enfermagem trabalhar em busca do apoio dos órgãos responsáveis, através de incentivos para melhorar o desenvolvimento social. No que diz respeito ao PN, abordar mais amplamente a importância e a necessidade das consultas de PN, trabalhando ainda os benefícios de um acompanhamento com uma equipe multiprofissional, melhorando o acesso e qualificando a assistência. Faz-se relevante, ainda, socializar que o componente de PN é um direito da população oportunizado pelo Sistema Único de Saúde, contando mais especificamente com a estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde. Além disso, qualificar o acesso na Atenção Básica e a ampliação das Unidades de Tratamento Intensivo neonatais, disponibilizando tecnologias específicas e profissionais qualificados para atender e tratar os recém-nascidos de alto risco. Sendo assim não se pode medir esforços no que diz respeito à melhoria dos índices de MI.

13961

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

AMANDA DE FIGUEIROA SILVA CARMO

AVALIAÇÃO DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA MISTA.

Carmo, AFSC; Salun, RDLS; Felzemburgh, RDMF; Camargo, CLC; Quirino, MDQ; Nunes, HPSN;

Introdução: a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica mista, é um local de grande especialização e tecnologia, que atende crianças e recém nascidos graves, constituindo-se um espaço laboral destinado aos profissionais da saúde que possuem alto nível de conhecimento, habilidades e destreza diferenciados para a realização de procedimentos os quais definem o limite entre a vida e a morte dos pacientes1. Deste modo, há necessidade de número adequado de trabalhadores para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem prestada nestas unidades durante as 24 horas do dia fazendo-se necessário manter este pessoal qualificado e adequadamente dimensionado2. Entende-se como dimensionamento de pessoal de enfermagem, um processo inicial e sistemático de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de profissionais de enfermagem por categoria, necessária para atender, direta e/ou indiretamente, às necessidades de cuidados de enfermagem da clientela3. A estimativa do quantitativo do pessoal de enfermagem deve ser realizada através do cálculo de pessoal de enfermagem, estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução COFEN n° 293/2004, que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados4. Considerando a distribuição do pessoal de enfermagem em relação ao número de leitos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 26 de maio de 2012, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva a qual estabelece que o quantitativo mínino de profissionais de enfermagem assistenciais em relação ao número de leitos, deve ser no mínino 01 enfermeiro assistencial para cada 08 leitos, em cada turno; 01 técnico de enfermagem para cada 02 leitos, por turno4. Objetivo: avaliar o dimensionamento e a distribuição do pessoal de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista de referência em saúde materno infantil do estado de Pernambuco. Metodologia: Tratou-se de uma pesquisa de campo, originada de uma dissertação de mestrado cujo produto final foi um trabalho de conclusão de curso, descritiva e avaliativa, que utilizou as abordagens quantitativa e qualitativa. A UTI Pediátrica Mista, no período de março a novembro de 2011, possuía 10 leitos sendo 02 pediátricos, 07 neonatais e 01 isolamento. Estabeleceu-se o grau de dependência dos pacientes como sendo de cuidados intensivos. A obtenção de dados qualitativos deu-se através de um roteiro de entrevista semi-estruturada aplicada aos profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), abordando a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da carga de trabalho e do dimensionamento e analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Na abordagem quantitativa, fizeram parte da amostra as escalas da equipe de enfermagem dos meses de março a maio 2011; o quantitativo e a carga horária semanal de trabalho dos profissionais; a taxa de ocupação e média de permanência dos pacientes no período de março a maio de 2011 e a quantidade de leitos disponíveis. Para análise dos dados quantitativos, utilizou-se a Resolução COFEN n° 293/2004, bem como, a RDC Nº 26 de maio de 2012. Foi realizada uma avaliação comparando-se as normativas referidas com o cálculo do dimensionamento referente ao serviço pesquisado. Para fins de avaliação foram considerados os cálculos de dimensionamento de enfermagem e a distribuição dos profissionais por categoria. Desta forma, foram utilizados como parâmetros de resultados os tercis, avaliou-se como adequada a UTI que possuia 100% do quantitativo de profissionais por categoria; parcialmente adequada a

UTI que possuiu menos de 100% até 70% do quantitativo de profissionais por categoria; e inadequada a UTI que possuiu menos de 70% do quantitativo de profissionais por categoria. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética sob protocolo CAAE nº 6137.0.000.441-10. Resultados: o quadro de pessoal encontrava-se quantitativamente em conformidade com a Resolução COFEN nº 293/2004, porém, em relação à distribuição por categoria, percebeu-se que em relação aos técnicos de enfermagem há uma conformidade com a resolução vigente enquanto que em relação ao quantitativo de enfermeiros, a proporção encontrada foi de apenas 37,5%, inferior ao mínimo percentual preconizado pela RDC. Observando-se a distribuição por categoria em relação ao número de leitos verificou-se que em relação aos enfermeiros há uma correta distribuição no turno diurno de um enfermeiro para cada 08 leitos, porém, no turno da noite, essa proporção não obedece a RDC, permanecendo apenas um enfermeiro para os 10 leitos. Já em relação ao profissional de nível técnico, a proporção de um técnico de enfermagem para cada 02 leitos é respeitada e estão em consonância com a RDC em cada turno. Utilizando-se os tercis, observou-se que com relação aos enfermeiros a Unidade encontra-se inadequada, mas considerando os profissionais de nível técnico, a Unidade encontra-se adequada. Ao analisar a percepção dos profissionais acerca da carga de trabalho, observou-se que a maioria dos profissionais referiu a de sobrecarga de trabalho associada à quantidade de horas trabalhadas no setor e ao ambiente, tornando a atividade cansativa e estressante. Conclusão: o cuidado de enfermagem de qualidade está diretamente relacionado com os recursos humanos, que devem ser quantitativamente e qualitativamente adequados. Foi possível levantar a hipótese de que determinadas ações de enfermagem, direcionadas aos de cuidados intensivos em pediatria e neonatologia, com maior grau de complexidade e gravidade, deveriam ser avaliadas e executadas pelo enfermeiro, segundo a Lei do Exercício Profissional (1986). Contribuições para a enfermagem: o déficit de enfermeiros, identificado neste estudo, sugere que suas funções estão sendo executadas pelos técnicos de enfermagem, o que pode em alguns casos, comprometer a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, além de gerar sobrecarga de trabalho para os técnicos de enfermagem. Ademais, as tarefas gerenciais que os enfermeiros executam e que demandam bastante tempo, tornam suas atividades cansativas e estressantes e reduzem o tempo destinado à assistência. O comprometimento do número ideal de funcionários repercute na assistência, visto que, uma alocação correta de funcionários por meio de dimensionamento de pessoal e distribuição, melhora a qualidade da assistência e, consequentemente, do cuidado prestado ao cliente. Portanto, a não previsão de quantidade e qualidade do pessoal compromete diretamente a qualidade do cuidado. REFERENCIAS 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília: Diário Oficial de União, 2005. 2 TRANQUITELLI, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo, vol. 41, n. 3, p. 371-7, 2007. Disponível em: . Acesso em: 17 fev. 2011. 3 ANTUNES, A. V.; COSTA, M. N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, vol. 11, n.6, p. 832-9, 2003. Disponível em: . Acesso em: 15 fev. 2011. 4 Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Legislação: Resolução COFEN 293-2004. Dispõe sobre parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem. Disponível em: . Acesso em: 12 mar. 2011. 5 Brasil MS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária RDC nº 26, de 11 de maio de 2012. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. 2012 [Acesso em 13 Set 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html Descritores: Dimensionamento; UTI pediátrica; Avaliação em saúde.

13943

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANA LUCIA DE LIMA HAMPE

GRUPO DE ROTINAS EM PEDIATRIA: SISTEMATIZANDO AÇÕES PARA O TRABALHO DE ENFERMAGEM

Hampe, ALL; Ricalcati, CS;

INTRODUÇÃO: A enfermagem atua ativamente na identificação das necessidades de cuidados do paciente. Utiliza-se de estratégias, planejando intervenções que atendam as demandas identificadas1. Assim, a existência de um grupo de rotinas favorece a organização do ambiente de trabalho e a comunicação entre seus integrantes. OBJETIVO: Caracterizar e descrever um grupo de rotinas em enfermagem na Internação Pediátrica. METODOLOGIA: Relato de experiência sobre o funcionamento do grupo de rotinas. RESULTADOS: O grupo de rotinas é composto por enfermeiros e técnicos de enfermagem e reúne-se quinzenalmente. Visa analisar a sistemática e dinâmica da unidade, bem como refletir e discutir processos de trabalho, baseados em normas internacionais de qualidade e segurança, incentivando melhores práticas assistenciais2. Atua no dimensionamento dos materiais de consumo e equipamentos, incentiva a equipe na realização de trabalhos científicos e treinamentos, e procura manter um ambiente pediátrico lúdico e acolhedor3. CONCLUSÕES: Nas ações deste grupo, identificou-se uma enfermagem comprometida e participativa nos processos e metas estabelecidas, através de melhorias na organização do processo de trabalho. CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Acredita-se que a promoção de estratégias que facilitem a assistência de enfermagem, favorece o cuidado à criança e sua família proporcionando benefícios e oportunidades de participação de diferentes integrantes da equipe. Descritores (DECS): Gerência, Organização e Administração, Administração dos Cuidados ao paciente. REFERENCIAS 1. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Revista de Saúde Coletiva. RJ, 21(2): 629-646, 2011. 2. Manual JCI - Padrões de Acreditação da Joint Comission International para hospitais. 4 ed.RJ: CBA, 2010. 3. Garcia SD, Haddad MCL, Dellaroza MSG, Costa DB, Miranda JM. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. Rev Brasileira de Enfermagem 2012 mar-abr; 65(2): 339-46

13879

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDRIELA BACKES RUOFF

O GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM NA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Ruoff, ABR; Martineli, RM;

Introdução: O serviço de enfermagem, na sua prática diária, encontra uma série de empecilhos relacionados aos aspectos quantitativos e qualitativos na administração de recursos, sejam eles humanos, materiais ou físicos. Por sua vez, o hospital, independente da sua característica de instituição pública, particular ou filantrópica, visa à qualidade no atendimento ao cliente e a ausência de desperdícios ao gerenciar os recursos[1]. Atualmente as unidades pediátricas vêm encontrando dificuldades para utilizar um método de classificação de pacientes, visto que não há uma metodologia específica para isso, sendo utilizados sistemas para classificação de pacientes adultos2. Todavia, sem uma classificação de pacientes adequada, o enfermeiro não consegue bases estatísticas para comprovar a necessidade de mais mão de obra por meio do dimensionamento de pessoal. Por sua vez, o incorreto dimensionamento de profissionais de enfermagem leva a uma assistência de má qualidade, comprometendo o cuidado prestado aos pacientes3. As conceituações para as categorias de cuidado encontradas na literatura carecem de adequações à realidade da pediatria, uma vez que não contemplam o perfil e as necessidades dos pacientes pediátricos4. A necessidade de um instrumento para a classificação de pacientes pediátricos foi percebida durante o estágio supervisionado da sétima fase do curso de enfermagem realizado na Unidade Pediátrica do Hospital de estudo, quando se aplicou um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)2 e este evidenciou lacunas na classificação desta clientela. Objetivo: Desenvolver um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. Metodologia: Pesquisa metodológica e documental, realizada entre os meses de março a agosto de dois mil e doze em uma Unidade de Pediatria de um hospital geral de um município de grande porte no catarinense. Para a elaboração do instrumento foram identificados o perfil epidemiológico da unidade e dos pacientes internados no ano de 2012, através da análise de prontuários e do Sistema de Informação TASY®. A partir da análise do perfil dos pacientes internados e da unidade pediátrica, juntamente com o embasamento em literaturas pediátricas[3], foi possível estabelecer as necessidades de cuidado por meio da elaboração e conceituação de indicadores de cuidado, sendo o paciente classificado dentro de cada indicador em um nível de dependência e gravidade que pode ir de 1 a 4. Esses indicadores de cuidado remetem à necessidade assistencial de cada paciente, agrupando-os em categorias de cuidado: cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Regional de Blumenau e todas as prerrogativas da resolução 196/96 foram seguidas, no que tange às informações contidas nos prontuários dos pacientes. Resultados: A unidade pediátrica da pesquisa atende pacientes de 0 a 14 anos e é composta de vinte e oito leitos dispostos em nove quartos. A equipe de enfermagem que nela trabalha é formada por uma enfermeira, três técnicas de enfermagem no período matutino e duas técnicas de enfermagem no período vespertino e noturno. Os pacientes também recebem atendimento de uma pedagoga, psicóloga e uma assistente social. Em relação às patologias mais atendidas observou-se que o principal motivo de internação foi por causas respiratórias com 34,76%, em segundo lugar estão as afecções gastrintestinais correspondendo 20,40%, em terceiro lugar estão os pacientes em pós-operatório com 16,12%, em quarto lugar, com 10,08%, os acidentes domésticos e por último estão as disfunções neurológicas, renais/urinárias, cardíacas e oncológicas que somam 9,28%. No perfil dos pacientes internados pode-se observar que a maioria deles são meninos com 66,75% e a idade que prevalece é entre 29 dias a 2 anos com 41%, seguida das crianças de 6 a 14 anos (33%), depois de 2 a 6 anos (22%) e menos frequente os recém

nascidos de 0 a 28 dias (4%). Desses pacientes, 78% são submetidos à punção de acesso venoso periférico, 14,6% necessitam fazer curativos, 4% fazem uso de sonda nasogástrica, 3,77% possuem algum tipo de dreno e 1,5 são ostomizados. Para compor o instrumento, após traçar o perfil dos pacientes de acordo com suas necessidades assistenciais, elencou-se 11 indicadores de cuidado para avaliar o grau de complexidade assistencial, são eles: atividade neuropsicomotor compatível com o desenvolvimento, mobilidade e deambulação, cuidados terapêuticos, temperatura, integridade cutâneo-mucosa, oxigenação, nutrição, hidratação, eliminações vesicais, eliminações intestinais e participação do acompanhante. Para verificar o grau de complexidade assistencial o instrumento avalia dependência e gravidade do paciente, diferente de outros instrumentos já produzidos que avaliam apenas a dependência da enfermagem. Com paciente pediátrico, avaliar apenas a dependência não torna o instrumento fidedigno, pois a criança por si só é um ser dependente de cuidado, dessa forma a gravidade vem avaliar o grau de atenção a mais que esse paciente deverá receber. Cada indicador foi subdividido em quatro níveis de dependência/gravidade que variam de 1 a 4, sendo a pontuação mínima de 11 e a pontuação máxima de 44 pontos somando todos os indicadores no final do instrumento. Os pontos foram distribuídos nas 4 categorias correspondentes aos níveis de cuidados: cuidados mínimos de 11 a 19 pontos, cuidados intermediários de 20 a 28 pontos, cuidados semi-intensivos de 29 a 37 pontos e cuidados intensivos de 38 a 44 pontos. Considerações finais e contribuições/implicações para a enfermagem: O estudo viabilizou uma proposta de categorização dos pacientes pediátricos relativamente simples e com elevado potencial de utilização para fundamentar o dimensionamento de pessoal em enfermagem pediátrica. O instrumento, denominado Escala de Avaliação de Complexidade Assistencial Pediátrica, se propõe a nortear o cuidado de enfermagem, a partir de uma adequação das especificidades pediátricas, evitando-se enquadrar a criança dentro de uma categoria de cuidado não compatível com suas necessidades, sub ou superestimando o seu nível de complexidade assistencial. A literatura existente na área, embora escassa, proporcionou o embasamento necessário para a elaboração do instrumento, a definição das categorias de cuidado e os indicadores de dependência e gravidade, mas, sabe-se que este estudo dependerá de outras pesquisas que analisem a sua aplicabilidade na classificação das necessidades de cuidado da criança hospitalizada. Entretanto, acredita-se que a elaboração de um instrumento de classificação específico para a pediatria fará com que a prática gerencial do enfermeiro em unidade de internação pediátrica contemple uma alocação adequada de recursos humanos e melhore a monitorização da produtividade e dos custos da assistência de enfermagem. Desta forma, fica clara a importância do papel do enfermeiro no dimensionamento da equipe de enfermagem para prestar um cuidado integral e livre de riscos à criança internada. Referências: 1. Martins EAP, Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. Rev. latinoam. enfermagem. Ribeirão Preto. 2000;8(2):74-82. 2. Fugulin FMT, Gaidzinsk RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação de perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev. Latino-am. enfermagem. 2005;13(1):72-8. 3. Wong, MJH. Fundamentos de enfermagem pediátrica. 8.ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2011, 1303 p. 4. Dini AP, et al. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de categorias de cuidado. Rev Esc Enferm. USP. 2011;45(3):575-80. 5. PAOLIS, Maria I.M. et.al. Redesenho do processo de assistência na enfermaria de pediatria por meio de sistema de classificação de pacientes. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Gestão por Processos. Campinas, 2008.

13800

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANDRIELA BACKES RUOFF

O GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM NA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Ruoff, AB; Martineli, R;

Introdução: O serviço de enfermagem, na sua prática diária, encontra uma série de empecilhos relacionados aos aspectos quantitativos e qualitativos na administração de recursos, sejam eles humanos, materiais ou físicos. Por sua vez, o hospital, independente da sua característica de instituição pública, particular ou filantrópica, visa à qualidade no atendimento ao cliente e a ausência de desperdícios ao gerenciar os recursos[1]. Atualmente as unidades pediátricas vêm encontrando dificuldades para utilizar um método de classificação de pacientes, visto que não há uma metodologia específica para isso, sendo utilizados sistemas para classificação de pacientes adultos2. Todavia, sem uma classificação de pacientes adequada, o enfermeiro não consegue bases estatísticas para comprovar a necessidade de mais mão de obra por meio do dimensionamento de pessoal. Por sua vez, o incorreto dimensionamento de profissionais de enfermagem leva a uma assistência de má qualidade, comprometendo o cuidado prestado aos pacientes3. As conceituações para as categorias de cuidado encontradas na literatura carecem de adequações à realidade da pediatria, uma vez que não contemplam o perfil e as necessidades dos pacientes pediátricos4. A necessidade de um instrumento para a classificação de pacientes pediátricos foi percebida durante o estágio supervisionado da sétima fase do curso de enfermagem realizado na Unidade Pediátrica do Hospital de estudo, quando se aplicou um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)2 e este evidenciou lacunas na classificação desta clientela. Objetivo: Desenvolver um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. Metodologia: Pesquisa metodológica e documental, realizada entre os meses de março a agosto de dois mil e doze em uma Unidade de Pediatria de um hospital geral de um município de grande porte no catarinense. Para a elaboração do instrumento foram identificados o perfil epidemiológico da unidade e dos pacientes internados no ano de 2012, através da análise de prontuários e do Sistema de Informação TASY®. A partir da análise do perfil dos pacientes internados e da unidade pediátrica, juntamente com o embasamento em literaturas pediátricas[3], foi possível estabelecer as necessidades de cuidado por meio da elaboração e conceituação de indicadores de cuidado, sendo o paciente classificado dentro de cada indicador em um nível de dependência e gravidade que pode ir de 1 a 4. Esses indicadores de cuidado remetem à necessidade assistencial de cada paciente, agrupando-os em categorias de cuidado: cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Regional de Blumenau e todas as prerrogativas da resolução 196/96 foram seguidas, no que tange às informações contidas nos prontuários dos pacientes. Resultados: A unidade pediátrica da pesquisa atende pacientes de 0 a 14 anos e é composta de vinte e oito leitos dispostos em nove quartos. A equipe de enfermagem que nela trabalha é formada por uma enfermeira, três técnicas de enfermagem no período matutino e duas técnicas de enfermagem no período vespertino e noturno. Os pacientes também recebem atendimento de uma pedagoga, psicóloga e uma assistente social. Em relação às patologias mais atendidas observou-se que o principal motivo de internação foi por causas respiratórias com 34,76%, em segundo lugar estão as afecções gastrintestinais correspondendo 20,40%, em terceiro lugar estão os pacientes em pós-operatório com 16,12%, em quarto lugar, com 10,08%, os acidentes domésticos e por último estão as disfunções neurológicas, renais/urinárias, cardíacas e oncológicas que somam 9,28%. No perfil dos pacientes internados pode-se observar que a maioria deles são meninos com 66,75% e a idade que prevalece é entre 29 dias a 2 anos com 41%, seguida das crianças de 6 a 14 anos (33%), depois de 2 a 6 anos (22%) e menos frequente os recém

nascidos de 0 a 28 dias (4%). Desses pacientes, 78% são submetidos à punção de acesso venoso periférico, 14,6% necessitam fazer curativos, 4% fazem uso de sonda nasogástrica, 3,77% possuem algum tipo de dreno e 1,5 são ostomizados. Para compor o instrumento, após traçar o perfil dos pacientes de acordo com suas necessidades assistenciais, elencou-se 11 indicadores de cuidado para avaliar o grau de complexidade assistencial, são eles: atividade neuropsicomotor compatível com o desenvolvimento, mobilidade e deambulação, cuidados terapêuticos, temperatura, integridade cutâneo-mucosa, oxigenação, nutrição, hidratação, eliminações vesicais, eliminações intestinais e participação do acompanhante. Para verificar o grau de complexidade assistencial o instrumento avalia dependência e gravidade do paciente, diferente de outros instrumentos já produzidos que avaliam apenas a dependência da enfermagem. Com paciente pediátrico, avaliar apenas a dependência não torna o instrumento fidedigno, pois a criança por si só é um ser dependente de cuidado, dessa forma a gravidade vem avaliar o grau de atenção a mais que esse paciente deverá receber. Cada indicador foi subdividido em quatro níveis de dependência/gravidade que variam de 1 a 4, sendo a pontuação mínima de 11 e a pontuação máxima de 44 pontos somando todos os indicadores no final do instrumento. Os pontos foram distribuídos nas 4 categorias correspondentes aos níveis de cuidados: cuidados mínimos de 11 a 19 pontos, cuidados intermediários de 20 a 28 pontos, cuidados semi-intensivos de 29 a 37 pontos e cuidados intensivos de 38 a 44 pontos. Considerações finais e contribuições/implicações para a enfermagem: O estudo viabilizou uma proposta de categorização dos pacientes pediátricos relativamente simples e com elevado potencial de utilização para fundamentar o dimensionamento de pessoal em enfermagem pediátrica. O instrumento, denominado Escala de Avaliação de Complexidade Assistencial Pediátrica, se propõe a nortear o cuidado de enfermagem, a partir de uma adequação das especificidades pediátricas, evitando-se enquadrar a criança dentro de uma categoria de cuidado não compatível com suas necessidades, sub ou superestimando o seu nível de complexidade assistencial. A literatura existente na área, embora escassa, proporcionou o embasamento necessário para a elaboração do instrumento, a definição das categorias de cuidado e os indicadores de dependência e gravidade, mas, sabe-se que este estudo dependerá de outras pesquisas que analisem a sua aplicabilidade na classificação das necessidades de cuidado da criança hospitalizada. Entretanto, acredita-se que a elaboração de um instrumento de classificação específico para a pediatria fará com que a prática gerencial do enfermeiro em unidade de internação pediátrica contemple uma alocação adequada de recursos humanos e melhore a monitorização da produtividade e dos custos da assistência de enfermagem. Desta forma, fica clara a importância do papel do enfermeiro no dimensionamento da equipe de enfermagem para prestar um cuidado integral e livre de riscos à criança internada.

13896

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ANGELA MARIA LA-CAVA

IMPLANTAÇÃO DE AUDITORIA INTERNA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL PEDIÁTRICO EM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL

Oliveira, CSV; Pisani, LAÍS; Moreira, MMV; La-Cava, AM;

IMPLANTAÇÃO DE AUDITORIA INTERNA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL PEDIÁTRICO EM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL Cristina de Souza Vieira de Oliveira Laís Pisani Márcia Martins Vivas Moreira Angela Maria La-Cava (Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: angelacava2@globo.com). "A forma de gerir a qualidade nas organizações de saúde vem causando ao longo dos últimos anos uma inquietude nos gestores, dirigentes e nos profissionais da área de saúde. Tal momento reflete o descompasso existente entre as práticas de gestão, as exigências das organizações e as necessidades dos profissionais. Minimizar essa disritmia exige o conhecimento de conceitos sobre indicadores, auditorias e certificações, várias ferramentas de qualidade para ajudar a compreender e complementar práticas renovadas na gestão das organizações de saúde enquanto prestadores de serviços à população. As organizações de saúde precisam mais do que nunca compreender a necessidade de mudar, avaliar, certificar e acreditar para assim responder às expectativas e necessidades dos clientes, encantando-os num processo contínuo". Esta fala de D'Innocenzo1 representa o padrão atualmente encontrado em alguns serviços de saúde, apontando para novas tendências na avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Assim, a utilização de processos de avaliação e de gestão de qualidade como avanço efetivo na teoria e prática das ações das organizações de saúde que prezam a modernização é primordial. Assim, a auditoria nos serviços de saúde é uma ferramenta eficaz. Incorporamos a definição de Chiavenato2, acerca da auditoria, como um sistema de revisão de controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento; sua função não é somente indicar os problemas e as falhas, mas, também, recomendar sugestões e soluções, assumindo um caráter eminentemente educacional. O Hospital cenário do relato vem adequando sua administração, passando de uma gestão familiar para uma gestão contemporânea, preparando-se para novos desafios e expansão, motivo pelo qual a implantação de um Programa de Auditoria Interna em 2009 mostrou ser um instrumento eficaz no controle e prevenção de não conformidades. As metas de melhorias na estrutura e nos processos almejadas pela instituição foram vinculadas a um Programa de Qualidade e Acreditação Internacional pela Joint Commission Internactional3 (JCI) e Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Diante desta realidade, percebeu-se a importância da criação de um comitê de auditoria interna para monitoramento dos processos funcionais de gestão do ambiente e controle dos documentos e processos, com foco em segurança e qualidade dos serviços prestados. Com base no exposto, o objetivo do estudo é relatar a experiência da implantação do processo de auditoria interna em hospital pediátrico. METODOLOGIA. Trata-se de um relato de experiência, cujo cenário é uma instituição hospitalar de assistência pediátrica, privado, localizado na cidade do Rio de Janeiro, que atende a alta complexidade e de pequeno porte. A descrição do processo de auditoria interna será realizada em 3 fases: inicial, intermediária e final, conforme descrito a seguir. A partir da decisão estratégica institucional da adoção de um Programa de Qualidade, baseado na metodologia de Acreditação Internacional pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA/Joint Commission International - JCI, foi estabelecido o Programa de Auditoria Interna como um recurso auxiliar à preparação do Hospital para a adequação aos padrões de excelência internacionais. Para a implantação da auditoria interna tornou-se necessária a capacitação de uma equipe multidisciplinar composta inicialmente por 10 auditores internos.

A auditoria interna ocorreu nas seguintes áreas: CTI, Nutrição e Lactário, Farmácia Central, Satélite e Dose Unitária, Laboratório, Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização, ambulâncias e central de estoques. Um Comitê de Auditoria Interna foi instituído a partir da convocação de uma equipe e da organização de "check-lists" baseados nas recomendações do Ministério da Saúde/ANVISA e dos Capítulos do Manual de Acreditação (CBA, 2010). Fase Intermediária. Elaboração de cronograma de visitas semestral levando-se em conta as características de cada unidade a ser visitada, classificadas pelos seguintes critérios: complexidade, estrutura física do serviço, impacto na assistência e rigor no controle pelos órgãos externos de fiscalização. A partir desta fase os relatórios foram enviados aos serviços auditados para que os gestores responsáveis priorizassem os itens pontuados e viabilizassem as propostas de correção ou melhorias no Plano de Ação. Fase Final. A adoção de ferramentas de qualidade possibilitou o trabalho em consenso, estímulo à cultura do planejamento, reuniões com atas registradas, visitas de inspeções focais, plano de ação com atribuição de prazos e responsáveis, realinhamentos periódicos com ações corretivas, relatórios de visitas e evidências objetivas. Resultados e Considerações finais. Foram feitas 28 visitas dos auditores nos setores citados. Foram evidenciados um grande número de não conformidades que envolvem processos (curto prazo) e Infra-estrutura (longo prazo). Quanto às não conformidades foram encontradas: de infraestrutura, um total de 75 (41,7%); de processos, um total de 95 (52,8%) e de documentos, um total de 10 (5,5%). Entre os pontos positivos do processo de auditoria destacamos como benefícios obtidos: a maior vigilância, a preocupação em manter a estrutura predial em condições adequadas de manutenção e organização e profissionais mais preparados para receberem as visitas de inspeção por órgãos externos, que tem alto nível de exigência e abrangência. Como ponto negativo, a auditoria interna foi considerada como um instrumento para apontar falhas e não como um instrumento de prevenção; ainda foi encontrada a cultura inadequada do foco do erro no indivíduo. A necessidade de aprimoramento do processo de Auditoria Interna na Instituição focada na aplicação dos protocolos médicos e procedimentos em saúde como um todo é nossa perspectiva de futuro. O processo de acreditação na instituição tem se consolidado como metodologia de avaliação da qualidade do serviço, sendo hoje utilizada como ferramenta efetiva de avaliação e melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado ao paciente pediátrico. Descritores: Acreditação, auditoria médica, auditoria de enfermagem. Referências D'Innocenzo, M et al. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo; Martinari; 2010. 208 p. graf. Chiavenato, I. Recursos humanos: o capital humano nas organizações. 9. ed. - rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

14567

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRENDA RITIELLI TOSSIN

O CUIDADO TERAPÊUTICO EM UM SERVIÇO SUBSTITUTIVO DE SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIENCIA

Tossin, BRT; Souto, VTS; Mostardeiro, SCTSM;

O CUIDADO TERAPÊUTICO EM UM SERVIÇO SUBSTITUTIVO DE SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIENCIA INTRODUÇÃO: A atenção em saúde mental, até o final do século XX, tinha como única alternativa os hospitais psiquiátricos, espaços em que a pessoa acometida pela doença era excluída da sociedade. Os questionamentos ao modelo de instituição asilar e a prática médica culminaram na Reforma Psiquiátrica, processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública4. A Reforma Psiquiátrica visa implantar um novo modelo assistencial com enfoque na humanização da assistência e inclusão social. Surge, então, a necessidade de criação de novos serviços de atenção à saúde mental[1]. O surgimento de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), serviços de emergência psiquiátrica, unidades de internação em Hospital geral, ambulatórios de psiquiatria, entre outros, configurou a criação de uma rede de atenção, substitutiva ao hospital psiquiátrico e capaz de promover a ressocialização dos usuários[2]. Sob a ótica da reforma psiquiátrica, tais serviços buscam oferecer atendimentos individuais e grupais, atividades ressocializadoras, e de construção de possibilidades para os indivíduos, que possam qualificar o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico[2]. OBJETIVO: Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de participação em um serviço de acompanhamento terapêutico ambulatorial para pacientes psiquiátricos, de um hospital de ensino da região central do Rio Grande do Sul/Brasil, assim como percepções acerca da participação da equipe multiprofissional nesse cenário, visto que, é importante que se discuta o funcionamento desse serviço e o papel de cada área representada pelo profissional na atenção ao paciente psiquiátrico. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica de Enfermagem que presenciou e participou de encontros com pacientes psiquiátricos em um ambulatório de saúde mental, enquanto cursava a disciplina de Enfermagem no cuidado ao adulto em situações críticas de vida, do quinto semestre do curso de graduação em Enfermagem de uma Universidade Pública. O ambulatório de saúde mental está vinculado a um hospital de ensino da região central do Rio Grande do Sul/Brasil, e possui um espaço que proporciona o encontro de pacientes que realizam o acompanhamento terapêutico. Nesse espaço, o trabalho é desenvolvido por profissionais que compõem a residência multiprofissional, e participam pacientes com transtornos, como transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, borderline, depressão. RESULTADOS: A reforma psiquiátrica buscou reformular o tratamento psiquiátrico, tendo, na ampliação de ambulatórios, uma forma de reorganizar as atividades terapêuticas fora do âmbito hospitalar. Nesse contexto, a enfermagem vinculada à equipe multiprofissional precisa estar inserida de forma a propor em sua prática tais atividades, visando diminuir as dificuldades na readaptação do indivíduo ao meio social em que está inserido[3]. O Serviço de Psiquiatria da Instituição Hospitalar em estudo é composto por Ambulatório de Psiquiatria, Pronto Atendimento Psiquiátrico (PA), e as Unidades de Internação para tratamento das psicoses agudas, tais como: transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtorno de personalidade, depressão e pessoas com necessidades educacionais especiais que realizam acompanhamento assistencial no Ambulatório de Saúde Mental do Hospital. Taís serviços atendem uma demanda de saúde mental local e demais municípios que

fazem parte da 4ª Coordenadoria Regional da Saúde, que iniciou seu trabalho na década de 90. No espaço destinado ao grupo de encontro, os profissionais de enfermagem, juntamente com a equipe da residência multiprofissional, desenvolvem atividades de integração entre os usuários, através de dinâmicas de leituras, confecções de tapeçarias, trabalhos didáticos e artesanais que estimulam o raciocínio e as potencialidades dos sujeitos. Sendo dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural, se vê a necessidade de dar mais atenção a esses lugares, pois facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais na sociedade. A equipe multiprofissional atua como ferramenta de grande importância no desenvolvimento do trabalho de inserção dos pacientes psiquiátricos, concretizando uma abordagem global do mesmo, em seus aspectos biopsicossociais e que evita a fragmentação do cuidado sendo que o maior beneficiário desse processo é o próprio paciente, como pode ser visto na atenção em que cada um recebia ao chegar ao local de acolhimento. A atuação da Enfermagem é vista exercendo a função de gestor e facilitador do cuidado em saúde, de modo que necessita transitar pelos mais variados espaços relacionais e inter-relacionais, junto ao paciente e a equipe de saúde5. CONCLUSÃO: Foi possível perceber, através das conversas realizadas com os pacientes que o cenário do relato é um ambiente que propicia o surgimento de trocas afetivas e sociais, que trazem ao usuário um lugar em que eles se sentem bem e está intimamente inserido em suas vidas, já que organizam-se em sua rotina diária para estarem ali nos dias em que eles juntamente com a equipe de saúde estipulam. Foi possível perceber uma relação intensa de dependência com o serviço, o que evidencia a importância de uma atenção qualificada que vise à integralidade e a singularidade do sujeito. Vale ressaltar a necessidade de que os profissionais direcionem sua assistência considerando as necessidades individuais dos usuários, e incorporem uma reflexão contínua sobre os processos terapêuticos ao seu trabalho, a fim de que, não se transformem em atividades rotineiras sem tanta relevância para o cuidado. Percebe-se a importância que o profissional da saúde tem para a vida dos pacientes. A realização do relato de experiência proporcionou uma maior aproximação com a temática do cuidado em saúde mental, assim como uma melhor percepção de como a saúde mental é articulada nesse espaço, como é realizado o cuidado pelos profissionais de saúde aos pacientes, assim como a importância da oferta desse serviço. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Diante da realidade com que nos deparamos na assistência em saúde mental, faz-se necessário repensar as práticas assistenciais da enfermagem nos serviços substitutivos para que estas possam ser potencializadas em suas metas terapêuticas, assim desenvolvendo-se de forma a tentar, de fato, reduzir o sofrimento psíquico de seus pacientes. A enfermagem necessita incorporar um processo crítico reflexivo nas ações em seu cotidiano de trabalho, direcionando cuidados que priorizem o acolhimento, a escuta, o respeito à singularidade dos sujeitos, organizando sua prática pautada nas propostas preconizadas pela Reforma psiquiátrica, com uma atenção que incentive a ressocialização e autonomia dos pacientes.

14299

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRUNA LAIS ALCARÁ DE MORAIS

MODIFICAÇÕES NA SAÚDE DA MULHER DECORRENTES DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Morais, BLAM; Missio, LM; Carvalho, ACPC; Gerk, MASG; Nunes, CBN;

INTRODUÇÃO: Existem várias definições de violência. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará/ONU que ocorreu em 1994 define violência contra a mulher como "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado"1. A violência traz sofrimento moral e emocional para as mulheres que a vivenciam, além de interferir no cotidiano familiar e na qualidade de vida dos membros da família2. OBJETIVOS: Este trabalho visa compreender as modificações na saúde da mulher após o enfrentamento da violência doméstica. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa foi realizada no centro de atendimento à mulher em situação de violência, VIVA MULHER, no município de Dourados-MS. A amostra foi definida por conveniência. Foram entrevistadas oito mulheres vítimas de violência doméstica, atendidas no programa no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011. A pesquisa atendeu os preceitos Éticos, com aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, sob o protocolo número 1861. As entrevistas foram realizadas após orientação e o aceite da participante com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram analisados sob a ótica da fenomenologia. RESULTADOS: Durante e após o enfrentamento da violência doméstica as mulheres passam por diversas dificuldades que podem interferir na sua saúde física e mental. Dentre as marcas deixadas pela violência podem-se notar algumas físicas, como por exemplo, as patologias e, marcas psicológicas como sentimento de inferioridade e a depressão, dificultando a saída dessa mulher da relação vivenciada e aumenta o tempo de recuperação. O enfrentamento da violência pelas participantes foi complicado, envolvendo sentimentos de vergonha, medo e fracasso. Várias participantes do estudo relataram modificações em sua qualidade de vida após sofrer com agressões tanto físicas como verbais, como nas falas que seguem: [...] Eu tenho muito ferimento por causa das pancadas que eu levei, tem dia que eu to boa e outro que não to boa (E 6). [...] eu tenho medo até da minha sombra, eu não confio em ninguém (E 1). [...] e eu mesma chorei de raiva quando não consegui ir pra frente, quando não consegui trabalha, até hoje tenho muita dor nas pernas, dor de cabeça e eu fico naquela né, trabalhei um dia só e não aguentei de dor [...] a pressão eu to dependendo de remédio né e é má circulação né, faz dias que eu to sentindo dor e a perna ta ficando tudo preto (E 4). Portanto, como observado nas falas, existe uma repercussão grande na vida da mulher, para esquecer-se do sofrimento algumas começaram a ingerir bebidas alcoólicas, a fazer uso do tabaco, uma passou a não confiar nas pessoas e, outras, tiveram consequências físicas como doença sexualmente transmissível, ferimentos, dentre outros agravos. A violência contra a mulher acarreta em muita tensão, ansiedade por parte das vítimas, sendo que isso interfere no processo saúde-doença das mesmas. As autoras afirmam ainda a necessidade de acolhimento pelos profissionais, além disso, faz-se importante ressaltar a prevenção, por meio de estratégias que diferem do modelo biotecnicista3. Pesquisas demonstram que existe um grande impacto no trabalho dessas mulheres, onde 16,2% das participantes relataram alguma incapacidade no trabalho devido à violência. Após este enfrentamento várias mulheres entrevistadas relataram modificações na vida afetiva. Muitas não desejam mais possuir companheiro, não possuem mais desejo de ter uma vida sexual ativa4. Como se pode observar na fala que segue: [...] Eu tomei um nojo tão grande dele que eu não tenho mais vontade de ter relação mais com ele e com homem nenhum [...] filha eu

tenho nojo de homem (E 1). Assim, a violência deve ser entendida pelo profissional, principalmente pelo enfermeiro (a) que irá atender esta pessoa. Além de conseguir identificar o problema o profissional precisa saber lidar com a situação por meio de escuta sensível, permitir a participação de um indivíduo de confiança da paciente e adotar medidas que não exponha a mulher, acarretando em mais sofrimentos5. Observou-se a necessidade de apoio do serviço de atendimento dos casos, pois em várias falas foram mencionadas que sem este apoio as mulheres não teriam conseguido se desvencilhar do problema. A enfermagem possui papel fundamental, pois os casos podem ser identificados nas Estratégias de Saúde da Família e nos Pronto-socorros, cabendo ao profissional inserido nesses serviços encaminhar e orientar os casos identificados. CONCLUSÃO: Este assunto é muito difícil de ser abordado, pois interfere na qualidade de vida das vítimas e de suas famílias, como apontado na literatura e evidenciado no estudo, são vários os danos causados na mulher, desde psicológicos até físicos. Por isso, faz-se importante conhecer as modificações na saúde da mulher após a violência para que o profissional possa saber assistir estas mulheres conforme suas necessidades e fazer uso de uma comunicação terapêutica, além de orientar esta mulher e ouvir suas dúvidas, anseios, medos e temores. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Acreditamos que se faz importante o profissional de enfermagem conhecer e entender sobre as questões envolvidas na violência contra a mulher, pois é necessário conhecer a população e os fatores envolventes na sua qualidade de vida, posto que a saúde inclui fatores sociais, ambientais, psicológicos e biológicos. Além disso, com a nova abordagem da área da saúde, com ações preventivas e de promoção da saúde ao invés de curativas, com o foco desta forma de atendimento na estratégia de saúde da família, é de extrema relevância que a equipe, principalmente o enfermeiro, conheça sua população. Descritores: Violência contra a mulher; Saúde da Mulher; Enfermagem. EIXO V - Outros.

REFERÊNCIAS 1- Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher- convenção de Belém do Pará/ONU, 1994. [citado em 2013 Ago 27] Disponível em: http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm 2- Dahmer TS, Gabatz RIB, Vieira LB, Padoin SMM. Violence in the context of family relationships: implications on Women's health and life. Cienc Cuid Saude 2012 Jul/Set; 11(3):497-505. 3- Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RGMS. A violência de gênero e o processo saúde- doença das mulheres. Esc. Anna Nery [internet]. 2009 [citado em 2013 ago 27]; 13 (3): 625-631. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300024&lng=pt 4- Miranda MPM, Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2010 [citado em 2013 ago 27] ; 27(4): 300-308. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000400009&lng=en. 5- Silva LR, Silva MDB, Meneses TMX, Barrego MAR, Santos IMM, Lemos A. O fenômeno da violência de gênero à mulher a partir da produção científica da Enfermagem. Enferm. glob. [internet]. 2011 [citado em 2013 ago 27]; n. 22: 1-10. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt_enfermeria2.pdf

14052

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

BRUNA NUNES MAGESTI

PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM SOBRE O MANEJO DA DOR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Magesti, BNM; Christoffel, MMC;

INTRODUÇÃO: A dor é uma experiência altamente individual, subjetiva, complexa, e exaustiva, com características próprias de cada organismo, envolvendo componentes físicos, emocionais e cognitivos. A equipe de enfermagem é um elemento fundamental por ser a que mais convive com o paciente. Com isso, é necessário que seus integrantes saibam como avaliar, reconhecer e registrar os sinais de dor para assim buscar intervenções corretas para seu alívio1. OBJETIVOS: Analisar a produção cientifica sobre o conhecimento dos alunos do curso de graduação em enfermagem sobre o manejo da dor. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão integrativa, utilizando-se as bases de dados Pubmed, Medline e a biblioteca virtual Scielo. Foram utilizados os descritores conhecimento, alunos de enfermagem e dor. Os critérios de inclusão foram artigos em português, inglês e espanhol, que tratassem do tema. Foram encontrados 79 artigos e selecionados 13 de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. RESULTADOS: Os estudos apontam que a maioria dos alunos de graduação em enfermagem apresentou um baixo nível de conhecimento em relação aos mecanismos, tratamentos e manejo da dor. CONCLUSÃO: As instituições formadoras de profissionais de enfermagem são responsáveis pelo ensino dos conceitos básicos sobre dor e de suas terapêuticas para o controle do fenômeno doloroso, cabendo às mesmas a inclusão do tema dor no currículo de seus cursos. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Poderá contribuir para melhorar a assistência, pois, tendo os alunos um maior conhecimento sobre dor, estes poderão realizar um cuidado de enfermagem na perspectiva dos direitos humanos e da humanização. Descritores: Conhecimento, Alunos de enfermagem, Dor. 1. Pedroso R.A, Celic KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):270-6.

14397

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAMILA CRISTINA FERREIRA CALEFFI

RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE ? PAPEL DO ENFERMEIRO RESIDENTE EM MATERNO-INFANTIL

Caleffi, CCF; Ribeiro, RM; Ramos, BJ;

INTRODUÇÃO: Criadas a partir da promulgação da Lei n° 11.129 de 2005, as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). As residências abrangem as profissões da área da saúde e são criadas a partir de necessidades e realidades locais e regionais, com objetivo de formar profissionais qualificados para atuação nos mais diversos campos de prática, pautando-se para isso no princípio de educação em serviço. OBJETIVO: Refletir o papel do enfermeiro residente na área de concentração em Materno-Infantil. METODOLOGIA: Trata-se de uma reflexão teórica. RESULTADOS: O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (RIMS/HU/UFSC), criado em 2010, inclui os profissionais de Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Odontologia, Farmácia e Fisioterapia. Possui três áreas de concentração: Alta Complexidade; Urgência e Emergência e Materno-Infantil, sendo a última implantada em 2013. O enfermeiro residente na área Materno-Infantil atua em todas as áreas que envolvem a saúde da mulher e da criança, adquirindo através da prática maior conhecimento teórico e segurança na assistência à saúde, além de compreender a importância do trabalho em equipe para uma assistência mais humanizada e qualificada, principalmente nessa área tão delicada da saúde. CONCLUSÕES: Conclui-se que a experiência de realizar uma residência multiprofissional, em particular na área materno-infantil, contribui para a formação de profissionais mais qualificados para atuarem com mais segurança e efetividade em suas ações, constituindo uma enfermagem cada vez mais fortalecida e enriquecida na associação teórico-prática. REFERÊNCIAS: RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Disponível em: . Acesso 12 agosto 2013. DESCRITORES: Enfermagem Materno-Infantil; Internato e Residência.

13908

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAMILA NEVES SAMPAIO

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL DE PACIENTES DE UMA UTI PEDIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE LAGES/SC.

Sampaio, CNS; Krieger, DK;

RESUMO Trata-se de um estudo qualitativo descritivo fundamentado na Pesquisa Convergente-Assistencial, cujo propósito foi analisar os cuidados de enfermagem na avaliação da necessidade de aspiração endotraqueal em pacientes de uma unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP), no município de Lages/SC, e promover a reflexão sobre os critérios utilizados pela equipe de enfermagem nesses cuidados ao paciente intubado, que é um paciente crítico pela sua própria condição. Os cuidados que a equipe de enfermagem realiza com este paciente são inúmeros e devem promover o conforto e bem-estar, sendo um deles a aspiração endotraqueal. Participaram do estudo 16 sujeitos entre enfermeiras e técnicas em enfermagem. Os resultados mostram que as profissionais de enfermagem utilizam em sua prática cotidiana critérios de avaliação que se baseiam na presença de secreção visível na cânula e na queda de saturação. Foram levantados pontos críticos desse procedimento que merecem reflexão constante dos profissionais permitindo que o cuidado prestado à criança hospitalizada seja de qualidade. Palavras-chave: aspiração endotraqueal, cuidados intensivos, enfermagem pediátrica. REFERÊNCIAS 1. Rezende JM. Linguagem médica. 3. ed. Goiânia: AB Editora e Distribuidora de Livros Ltda; 2004. 2. Archer E. (org.). Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005; v. 2. 3. Carvalho WB, Souza N, Souza RL. Emergência e terapia intensiva pediátrica. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2004. 4. Avena MJ, Carvalho WB, Beppu OS. Avaliação da mecânica respiratória e da oxigenação pré e pós aspiração de secreção em crianças submetidas à ventilação pulmonar mecânica. Revista Associação Médica Brasileira, v. 49, n. 2, p. 156-162; 2003. 5. Grossi SAA, Santos BMO. Prevenção de hipoxemia durante a aspiração endotraqueal. Revista Latino-americana de enfermagem, v. 2, n. 2, p. 87 - 102; jul.1994.

14286

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAMILA TENUTO MESSIAS DA FONSECA

A VIVÊNCIA DO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO NA VISÃO DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Tenuto, CTMF; Rodrigues, LRS;

Introdução: O aleitamento materno é um ato insubstituível e apresenta inúmeras vantagens para o binômio mãe e filho. É o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento infantil, além de promover a saúde materna pós-parto. A partir de 2001 até os dias atuais é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e, posteriormente, a criança deve receber alimentos complementares, estendendo a amamentação por pelo menos dois anos, desde que a mãe e a criança o desejem(1). O ato de amamentar é carregado de expectativas culturais e conjunturas sociais. Além disso, é visto apenas como um ato natural, próprio da espécie e impregnado de ideologias, sendo deixados de lado os aspectos psíquicos da mulher, que enfrenta adversidades que surgem como possíveis obstáculos diante desse processo. A amamentação não é totalmente instintiva no ser humano, muitas vezes deve ser aprendida para ser prolongada com êxito, considerando-se que a maioria das nutrizes precisa de esforço e apoio constantes (2). Alguns fatores podem interferir na iniciação e duração do aleitamento, tornando-se motivos alegados pelas mães para o desmame precoce. A atuação do profissional de enfermagem materializa-se num processo de orientação e aprendizagem em todo o ciclo gravídico-puerperal da mulher assistida, através de reuniões de grupo, visitas domiciliares, além de aconselhamento para incentivo, apoio e manutenção do aleitamento materno exclusivo. Ao admitir que profissionais de enfermagem conheçam os benefícios do aleitamento materno e estão capacitadas para desempenhar o papel de assistir e orientar a mulher-mãe-nutriz, parte-se do pressuposto que essas profissionais aderem com mais facilidade ao vivenciarem o processo de aleitamento. Assim, surgiu o desejo de estudar como era vivenciada a amamentação pelas trabalhadoras de enfermagem quando estas se tornaram as protagonistas nesse processo. Objetivos: conhecer as vivências a respeito da amamentação na visão das trabalhadoras de enfermagem do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), listar os fatores limitantes da amamentação, verificar os benefícios obtidos durante o período de amamentação e analisar os fatores limitantes e favoráveis nesse processo. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram 11 mulheres trabalhadoras de Enfermagem (Enfermeira e Técnicas de Enfermagem) que atuam nos diversos setores de internação do HUAP que vivenciaram o processo de amamentação num período máximo de 7 anos. Os dados foram coletados utilizando um roteiro de entrevista semi-estruturada, durante o mês de junho de 2011. A análise e categorização das falas foram realizadas a partir das respostas dos sujeitos à entrevista. Resultados: Durante a pesquisa foi possível conhecer o universo da vivência do processo de amamentação na visão dessas trabalhadoras. A faixa etária das participantes da pesquisa encontrava-se entre 23 a 38 anos. Menos da metade das entrevistadas amamentaram na primeira meia hora de vida, momento no qual o recém-nascido usualmente está bem alerta e atento, com o reflexo de sucção ativo, estimulando precocemente a produção de ocitocina e prolactina. Todas realizaram o parto por cesárea, sendo poucas realizadas por conta da não progressão do trabalho de parto e a grande maioria eletiva, o que influencia no contato pele a pele e a lactação mais precoce, visto que dificilmente a criança permanece com a mãe antes das primeiras seis horas após o parto e facilita a introdução da alimentação artificial no berçário. O apoio oferecido pelos profissionais de saúde (no alojamento conjunto ou quarto) foi quanto à questão da pega, a posição mais adequada e o intervalo entre as mamadas e algumas ainda saíram do hospital com

dificuldades na amamentação, influenciando na manutenção do aleitamento materno em casa. Todas as entrevistadas reconheciam as vantagens do aleitamento materno para ela, para a criança e para a família. Para algumas, o apoio recebido da família, além da participação do companheiro foram fundamentais para a manutenção da amamentação e um ambiente tranquilo era ideal quando fosse amamentar. Quanto aos fatores limitantes, algumas demonstraram dúvidas quanto à produção de leite, visto que o choro da criança estava sempre associado à fome pelos familiares. Além disso, as complicações mamárias foram bastante comuns no período de amamentação, tais como fissuras, ingurgitamento mamário e mastite - todas preveníveis. Apesar de todas terem realizado mais do que o número mínimo preconizado de consultas de pré-natal, este não foi um ambiente de apoio, incentivo e ensino quanto ao manejo clínico da amamentação pelo profissional de saúde. Pode-se observar que durante as consultas de pré-natal, as orientações quanto ao manejo da amamentação não foram abordadas. Exercer os múltiplos papéis de mãe e de mulher foi exposto como uma prática que acarretava fadiga e limitação no desempenho de suas funções, visto que além da atenção a ser dada a criança, a mulher tem suas tarefas em casa e que muitas vezes não pôde contar com o suporte familiar, além de pressões da família quanto à qualidade e quantidade do leite materno, o que gerou momentos de dúvida, insegurança e falta de tranqüilidade - sentimentos que prejudicam a fisiologia da lactação. Amamentar em um ambiente público também foi um fator limitante para a maioria das entrevistadas, visto que elas precisam se expôr. Para aquelas trabalhadoras que tiveram a oportunidade de ter um maior contato com outras mulheres nesse processo de amamentação - como as trabalhadoras da maternidade e UTI neonatal - estas se sentiram mais seguras quando vivenciaram os mesmos obstáculos com as quais lidavam em seu dia a dia de trabalho no hospital. Embora reconheçam as vantagens do aleitamento materno, esta prática não ocorreu até os seis meses de forma exclusiva conforme o preconizado. Com isso, o estudo demonstra que não basta apenas o conhecimento científico da mulher trabalhadora, o diferencial na manutenção do aleitamento materno é o apoio, incentivo e auxílio que receberam da família e do companheiro. Conclusão: O estudo alcançou os objetivos propostos, visto que foi possível conhecer a vivência do processo de amamentação na visão da trabalhadora de Enfermagem. Implicações para a Enfermagem: Ressaltamos a responsabilidade de avaliarmos este estudo de forma a destacar a importância de mobilizar autoridades competentes e com o compromisso de permitir à mulher, seja ela trabalhadora de enfermagem ou não, o direito de permanecer com seu filho, para assim favorecer o aleitamento exclusivo até os seis meses, contribuindo para a diminuição da taxa do desmame precoce. Os resultados obtidos nesse estudo demonstram que não basta apenas o conhecimento científico da mulher trabalhadora, o diferencial foi o apoio, incentivo e o auxílio que estas receberam da família e do companheiro durante esse processo. Em virtude de se tratar de um Hospital Universitário, com muitas trabalhadoras em idade reprodutiva, como fica a situação dessas mulheres quanto à manutenção da lactação/amamentação ao retornarem para suas atividades? Descritores: aleitamento materno, Enfermagem, trabalho feminino, desmame 1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 2. Araújo OD; Cunha AL; Lustosa, LR; Nery IS; Mendonça RCM; Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. Rev bras enferm, Ago 2008; 61 (4): 488-492.

14573

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAROLINA MELO ROMER

PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Romer, CMR; Wegner, WW; Bandeira, LEB; Silveira, JS; Girard, FRG; Clos, ASC;

INTRODUÇÃO: A situação atual dos serviços de urgência e emergência é motivo de preocupação para as instâncias governamentais da área da saúde e para a sociedade. A grande procura por atendimento nesses serviços tem inúmeras causas que podem estar associadas ao aumento de acidentes e da violência urbana, questões socioeconômicas, falta de leitos para internação na rede pública e aumento da longevidade da população, assim como, falta de agilidade e de resolutividade das ações e serviços de saúde, ou seja, à insuficiente estruturação da rede(1). A população entende o serviço de urgência e emergência não como um serviço voltado para o atendimento de pacientes graves, mas sim, como alternativa para a falta de retaguarda na atenção básica e para garantir agilidade e resolutividade no tratamento(2). Essa situação provocou uma reorganização e normatização do atendimento aos pacientes nos serviços de urgência e emergência em todo o território nacional. O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), estratégia proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH), foi criada com o objetivo de ampliar o acesso e reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento(1). O AACR na saúde da criança/adolescente consiste em uma avaliação do paciente de forma dinâmica, ágil e humanizada embasado em protocolos internacionais, possibilitando identificação de sinais de alerta, de doenças e/ou agravos, conferindo um atendimento centrado no nível de complexidade e não pela ordem de chegada(3). As experiências descritas na literatura têm mencionado o enfermeiro como o executor desse processo. Esse profissional consegue obter uma escuta qualificada, realizar um julgamento clínico e crítico das queixas e classificar o risco do paciente(2). A cartilha sobre acolhimento e classi?cação de risco nos serviços de urgência, do Ministério da Saúde, sugere a classificação dos pacientes em dois eixos: do paciente grave, com risco de morte, incluso no eixo vermelho; do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, incluso no eixo azul. O eixo vermelho compreende três áreas de classificação dos pacientes: área vermelha, onde está a sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes em morte iminente; área amarela, para pacientes já estabilizados, porém com risco de morte que ainda requerem cuidados especiais; e área verde, para pacientes de urgência menor, sem risco de morte. O eixo azul compreende a área azul, com pacientes sem risco de morte, que poderiam ser encaminhados à atenção primária(4). Essa classificação pode ser desenvolvida na atenção à saúde da criança/adolescente. OBJETIVOS: apresentar a sistemática do processo de classificação de risco e priorização do atendimento; descrever o perfil dos atendidos realizados em um Pronto Atendimento Pediátrico da cidade de Porto Alegre/RS; explicar os critérios utilizados pelo enfermeiro na avaliação do paciente. METODOLOGIA: trata-se de um relato de experiência realizado no segundo semestre de 2013 sobre o processo de classificação de risco e priorização do atendimento em emergência pediátrica de hospital de grande porte da cidade de Porto Alegre/RS. A descrição das atividades foi realizada em conjunto por docente, enfermeiro assistencial e estudantes de enfermagem que desenvolvem suas atividades no setor escolhido para o relato. A coleta das informações ocorreu a partir da experiência dos envolvidos e atuação no setor. A análise das informações ocorreu a partir da descrição do processo de classificação de risco e problematização com as evidências disponíveis na literatura. RESULTADOS: No serviço onde os dados foram levantados são atendidos por mês aproximadamente 2000 crianças e adolescentes. Destes 84,3% dos atendimentos são classificados na cor verde, quando a espera pelo atendimento é até 2 horas e caracterizam-se por situações que não precisariam de um Pronto Atendimento

para ser solucionada. Somente 13,2% são classificadas na cor amarela, quando o atendimento se dá em no máximo 15 minutos. Entretanto, a Instituição apresenta algumas peculiaridades nesse sistema de classificação, no qual os pacientes que já realizam acompanhamento com especialidades médicas como oncologia, nefrologia ou cardiologia tem prioridade e são classificados na cor amarela para minimizar o contato com demais pacientes que aguardam por atendimento, independente da gravidade e motivo da procura pelo serviço. Esse serviço não atende crianças/adolescente politraumatizados e/ou queimados fato que diminui a classificação de pacientes na cor vermelha. Poucos casos são classificados na cor azul, pois nessa modalidade a criança poderia esperar pelo agendamento de uma consulta por até 4 horas. Os profissionais justificam que a criança por condições próprias de crescimento e desenvolvimento sempre acaba sendo classificada como verde para garantir atendimento médico. O processo de classificação começa a partir da avaliação prévia do enfermeiro, antes mesmo da emissão do boletim de atendimento. Nessa avaliação o enfermeiro vai preencher dados da anamnese como: queixa principal, alergias, medicações de uso, doenças prévias, entre outros. Após realização do exame físico focado no principal problema/suspeita do caso, dados gerais como temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, avaliação da dor e oximetria de pulso são parâmetros iniciais coletados nesta avaliação. A verificação dos demais itens do exame físico segue a proposta das necessidades humanas básicas necessárias a criança/adolescente que é conduzida para o serviço de emergência. Por exemplo, no inverno a maioria das crianças atendidas apresentam problemas na oxigenação e no sistema respiratório, situação que exigirá do enfermeiro avaliação do padrão ventilatório que consiste na ausculta pulmonar, inspeção tóraco-abdominal (identificar uso da musculatura acessória), avaliação das vias aéreas superiores e perfusão periférica, além da verificação dos itens gerais comuns a todos as crianças/adolescentes. CONCLUSÃO: A emergência pediátrica é a porta de entrada no serviço de saúde, sendo que muitas mães procuram o Pronto Atendimento pela falta de médicos pediatras na rede básica de saúde e pela morosidade do sistema de saúde nos aspectos de referenciamento a serviços especializados. Isso potencializa a superlotação e demora no atendimento. O enfermeiro ao realizar a classificação de risco da criança/adolescente durante a avaliação inicial deve estar bem preparado para identificar as peculiaridades das doenças da infância e, sobretudo, conhecer os parâmetros de normalidade fisiológica na criança/adolescente que buscam atendimento conforme a faixa etária. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: o enfermeiro é quem realiza a classificação do risco das crianças e adolescentes que buscam o Pronto Atendimento. É fundamental o enfermeiro ter olhar criterioso sobre as queixas e sinais apresentados pela criança e relatos do cuidador/acompanhante para prevenir situações que a coloquem em risco. A prática baseada em evidências e os pressupostos da segurança do paciente são fundamentais na atuação nesse cenário. DESCRITORES: identificação de emergência, saúde da criança, enfermagem em emergência. REFERÊNCIAS: 1 Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KCG. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Rev. Eletr. Enf. 2011;13(4):597-603. 2 Souza, R.S.; Bastos, M.A.R. Acolhimento com Classificação de Risco: o Processo Vivenciado por Profissional Enfermeiro. Reme-Rev. Min. Enferm.; 2008;12(4): 581-586. 3 Magalhães,FJ; et al. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria: Fatores Intervenientes na Implementação. Anais do 16º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE). Campo Grande/MG: Aben; 2011. 4 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Acolhimento e classi?cação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

13846

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CAROLINA SPINELLI LEVI

O USO DO PORTFÓLIO NA FORMAÇÃO DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM: CONSTRUINDO O CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA EDUCAÇÃO BÁSICA

Silva, MAI; Levi, CS; Gonçalves, MFC; Andrade, LS; Fortuna, CM;

Este trabalho buscou analisar como a experiência e a reflexão levam à apropriação do conhecimento e do aprender a fazer e ser na formação de alunos do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, tendo como eixo a promoção e a educação em saúde junto à escolas de educação básica, especialmente entre adolescentes, a partir da disciplina: "Promoção da Saúde na Educação Básica", ministrada no quarto semestre do curso cujo método se operacionaliza por meio do ciclo pedagógico: imersão em cenários de prática profissional, síntese provisória, busca de fundamentação teórica e nova síntese. A disciplina tem como base o currículo por competência e integrado, que propõe a articulação da formação e do mundo do trabalho, o referencial pedagógico crítico-reflexivo, o mesmo que orienta o projeto político pedagógico do curso. O material produzido durante a disciplina, especialmente os portfólios, são parte integrante do processo de aprendizagem proposto, no qual os alunos relatam e fazem reflexões sobre todas as etapas do ciclo pedagógico. Considerando-se que o processo de ensino-aprendizagem, no curso em questão, tem por tarefa a produção de sujeitos críticos-reflexivos e capazes de aprender no cotidiano das práticas de saúde e da educação, atuando com competência e responsabilidade social, faz-se importante indagar sobre a pertinência dos atuais instrumentos e métodos utilizados para o alcance dessa tarefa, e particularmente neste estudo como a experiência e a reflexão levam à construção do conceito de promoção da saúde. O material empírico desta investigação foi constituído de 21 portfólios escritos pelos estudantes do 2º ano do Curso, que frequentaram e foram aprovados na disciplina Promoção de Saúde na Educação Básica, ministrada no segundo semestre de 2008. Dois grupos desta disciplina foram abordados para a autorização do uso de seus portfólios, em uma primeira etapa realizamos as digitalizações dos portfólios em sua totalidade. Um destes portfólios foi descartado por questões de ordem técnica, tendo sido digitalizados 20 portfólios, o que resultou em 1.528 páginas digitalizadas. Nesta etapa do estudo realizou-se a análise de três portfólios. A análise dos dados foi realizada tendo como referência a técnica de análise de enunciação, proposta por Bardin (2004). A análise de enunciação possibilita a interpretação dos escritos em seus aspectos explícitos e também implícitos nos enunciados ambíguos, nas rasuras, na ausência de pontuação entre outras. Os portfólios foram analisados conforme o andamento da análise de enunciação, que propõe a divisão dos textos em proposições, buscando-se identificar sequências, figuras de linguagem, figuras típicas da escrita e estilo de cada um dos portfólios atendendo ao objetivo deste estudo. O aporte teórico metodológico ancora-se na perspectiva da elaboração dos conceitos e do próprio desenvolvimento dos sujeitos através da linguagem, seja ela oral ou escrita, caminho este indicado por Vygotsky (2001), considerando ainda a aprendizagem um processo de idas e vindas que pode ser identificado nas narrativas produzidas pelos sujeitos. A linguagem é uma estrutura simbólica e emergente do contexto sócio histórico que produz o sujeito ao mesmo tempo em que é por ele produzida. Para tanto, compreende-se a promoção da saúde como uma estratégia e uma política cujas atividades são dirigidas à transformação dos comportamentos dos sujeitos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no contexto familiar e no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Por sua vez, baseia-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida;

ambiente físico adequado; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2000). Com relação ao contexto escolar, a promoção da saúde, pode ser definida e direcionar-se para aquelas atividades que visam melhorar e/ou proteger a saúde de todos os membros da comunidade escolar, no caso os adolescentes, compreendendo um conceito mais amplo do que o da educação para a saúde e inclui a disponibilização e o desenvolvimento de atividades relacionadas com políticas escolares saudáveis, o ambiente físico e social da escola, o currículo, a interligação com a comunidade, famílias e com os serviços de saúde. (WHO, 1995; NAIDOO; WILLS, 2009). A construção do conceito de promoção de saúde gradualmente se fundamentou nos relatos dos alunos, a cada ciclo pedagógico. Na análise percebeu-se a individualidade do aprendizado, alguns aplicavam com mais facilidade o conceito de promoção de saúde, apesar de não conseguir descrevê-lo ou o associavam quase que exclusivamente à prevenção de doenças. O processo de ação/reflexão/ação permite a ressignificação do conceito de Promoção de Saúde, pelos estudantes, que passam a englobar o reconhecimento do contexto e do coletivo, da educação enquanto processo participativo e emancipatório, a articulação com as equipes de saúde e educação e a potencialização de atividades educativas por meio de metodologias ativas, o que vem de encontro com o desafio da implementação do Sistema Único de Saúde que requer a formação de trabalhadores críticos reflexivos contribuindo para o pensar e o fazer cotidiano na direção da melhoria da qualidade de vida da comunidade e aquisição de habilidades e competências para o exercício profissional. Conclui-se que a disciplina e consequentemente a adoção do portfólio, enquanto um instrumento de aprendizagem e avaliação possibilita agregar um espaço concreto de reflexão conceitual e aplicabilidade prática a cerca da promoção da saúde, particularmente no contexto escolar. Desta forma amplia-se e qualifica-se a formação do enfermeiro, particularmente em contextos muitas vezes minimizados, a exemplo das escolas de educação básica, bem como para a qualidade do cuidado e transformação dos modelos de atenção em saúde. Referências: Bardin L. Análise de conteúdo. 1.ed. Lisboa: Edições 70; 2011. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria executiva, Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da saúde; 2004. 57p. Pai D, Schrank G, Eva P. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado [Internet]. 2006 [acesso em 2013 abr 28] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100013&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000100013. Vygotsky LS. Pensamento e linguagem. Edição eletrônica: Ed RidendoCastigat Mores [Internet]. 2001 [acesso em 2013 abr8]. Disponível em: http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/vigo.html Naidoo J, Wills J. Health Promotion in schools. In: Naidoo, J.; WILLS, J. Foundations for health promotion. 3. ed. Oxford: BaillièreTindall, Elsevier; 2009. p. 205-13.

14524

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CATIA BARROS LISBOA

ATUALIZAÇÃO EM NEONATOLOGIA: CONTRIBUINDO COM O APRIMORAMENTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Lisboa, CB; Lima, CM; Lima, PC; Medeiros, MA; Fernandes, AJC; Silveira, BL;

Introdução: A neonatologia apresenta hoje um vasto campo de trabalho e de pesquisa, cuja meta é a redução da mortalidade e da morbidade perinatais, bem como a procura de sobrevivência do recém - nascido nas melhores condições funcionais possíveis1. No período neonatal, momento de grande vulnerabilidade na vida, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados es¬peciais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, caracterizada pela segurança técnica da atuação profissional e por condições hospitalares adequadas2. Com vistas à qualificação e adequação da prática assistencial é necessário o desenvolvimento de ações que proporcionem uma abordagem por parte dos profissionais de saúde que seja fundamentada na integralidade do cuidado neonatal2. Considerando a necessidade das instituições de saúde em buscar o aprimoramento dos recursos humanos para que estejam aptos a desenvolverem suas atividades de modo qualificado, a Educação Permanente surge como uma importante ferramenta de aperfeiçoamento das equipes. De acordo com a Portaria 198/GM/MS a Educação Permanente é definida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Deve-se ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde3. A educação permanente no setor da saúde vem para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Todo processo de educação permanente requer uma análise da realidade do cotidiano das práticas de trabalho, da cultura institucional, e a partir disso, realizar a elaboração de estratégias para então executá-las4. Até o momento o sistema de Educação Permanente em Saúde (EPS) vem sendo compreendido enquanto um conjunto de alternativas educacionais, articulado, visando ao desenvolvimento de ações voltadas à aprendizagem significativa no e para o processo de trabalho. Este, entendido enquanto eixo para a transformação das práticas, de forma participativa e contextualizada, objetivando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde3. A idéia de realizar este projeto de atualização surgiu a partir da motivação das residentes de enfermagem em neonatologia em conjunto com a coordenação de enfermagem das Unidades Neonatais, a fim de proporcionar uma contribuição ao aprimoramento da prática assistencial dos profissionais que prestam uma assistência direta ao recém - nascido, como forma de também desenvolver uma integração entre ensino e prática, sendo este um dos objetivos propostos pelo programa de residência. Objetivo: O presente estudo tem como objetivo relatar a interação das residentes de neonatologia com a equipe e suas percepções na realização de uma atualização da equipe de enfermagem da unidade neonatal em relação aos cuidados prestados aos recém- nascidos e identificar as principais. Metodologia: Estudo descritivo do tipo relato de experiência, que teve como público-alvo a equipe de enfermagem de uma Maternidade Escola Referência para Alto Risco no Estado de Alagoas, composta por Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, das Unidades Neonatais. Resultados: O curso foi realizado no decorrer do ano, durante o horário em que os participantes estavam no plantão, para que dessa forma o maior número possível de profissionais participassem. Os temas propostos foram: Banho, Cuidados com a Pele, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Oxigenoterapia, Nutrição Enteral e Parenteral, Dor no recém-nascido, biossegurança. Dentre as estratégias utilizadas nesta capacitação destacamos: aulas expositivas e

dialogadas com a intervenção do grupo; exibição de vídeos que tinham relação com os temas abordados; oficinas para discussão de casos e situações do cotidiano profissional. No decorrer da execução desta atualização, as dinâmicas propostas foram redirecionadas, de acordo com as necessidades do grupo, no intuito de garantir um melhor aproveitamento do conteúdo programático, bem como estímulo à integração e à troca de experiências entre os participantes. A equipe mostrou-se disponível e disposta a participarem em sua maioria da atualização trazendo contribuições e também suas dúvidas e inquietações quanto ao serviço, surgiram discussões enriquecedoras, proporcionando uma boa interação entre as residentes e a equipe. Cada tema abordado foi exposto sempre de modo a instigar na equipe a sua participação bem como levá-lo a refletir sobre suas condutas na prática diária, fazendo com que os mesmos se tornassem vigilantes do seu cuidado. As dificuldades que a equipe expunha era quase sempre o déficit de recurso físico e humano, mas partimos da premissa de que mesmo diante das dificuldades não podemos ficar justificando as atitudes de negligência ou de (des)cuidado dos profissionais. Conclusão: A partir da nossa proposta de atualização dos cuidados que norteiam uma assistência humanizada ao recém nascido, verificamos ser um processo complexo, uma vez que exige relações entre as pessoas e entre pessoas e serviço. Por isso, sentimos a necessidade de que haja uma aproximação de todos que fazem parte desse cuidado, seja profissional- gerência, tentando prover as necessidades básicas para se prestar assistência e entre profissional- família, porque a família precisa sentir-se parte desse processo. A atualização proporcionou aos participantes uma renovação ou confirmação de conceitos já conhecidos, é portanto de extrema importância que a instituição busque sempre viabilizar a realização de cursos que proporcionem uma melhor qualificação de seus profissionais para que os mesmos estejam aptos e atualizados na prestação de seus cuidados, visto que atualmente novos estudos e tecnologias são desenvolvidos rapidamente e é preciso como instituição prover que os profissionais estejam sempre atualizados. Contribuições e implicações para a enfermagem: com este trabalho pretendemos que os profissionais tenham sido sensibilizados para uma prática de enfermagem humanizada, atualizada e qualificada. E também, levados à reflexão do cotidiano e que reafirmem o compromisso de sua prática profissional para prestar um cuidado humanizado, embasado nas evidências científicas.Referência: 1. Marcondes, E. Pediatria Básica. 9ed- São Paulo: Savier. 2003. 2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 2. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 3. Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação Permanente no Contexto da Enfermagem e na Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) set/out;57(5):605-10. 2004. 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Descritores - educação em Enfermagem, recém nascido, assistência de enfermagem.

14295

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CLARISSA BOHRER DA SILVA

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV/AIDS: ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Silva, CB; Nascimento, L; Paula, CC; Magnago, TSSB; Kinalski, DDF; Piovesan, G;

Introdução: As crianças e adolescentes com HIV/AIDS precisam de acompanhamento de saúde devido à especificidade de sua condição sorológica, resultado de uma doença crônica e até então sem cura.1 Este acompanhamento de saúde é desenvolvido em serviço de referência que se localiza em cenário hospitalar.2 Recomenda-se que esses serviços de referência contem com os serviços de atenção primária de saúde (APS) pela importância da integração entre estruturas especializadas e mecanismos de assistência descentralizada sendo o primeiro nível de atenção do sistema de saúde.3 Para que um serviço de APS apresente efetividade e qualidade este deve apresentar os atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção. Aumenta-se o seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária.3 Diante disto, o presente estudo apresenta um recorte dos resultados da pesquisa de avaliação da APS de Santa Maria/RS realizada com os profissionais de saúde. Esta pesquisa objetivou avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS às crianças e aos adolescentes com HIV/AIDS. Serão destacados os resultados da avaliação dos atributos derivados, sejam eles, a orientação familiar, que implica em considerar a família como o sujeito da atenção, e a orientação comunitária que pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem.4 Objetivo: avaliar os atributos derivados da APS do município de Santa Maria/RS, segundo o instrumento PCATool-Brasil versão profissionais. Metodologia: Esta pesquisa integra um projeto matricial intitulado "Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS de Santa Maria/RS/BR" vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva de abordagem quantitativa. Para coleta de dados utilizou-se o instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) versão Profissionais. Ressalta-se que em Santa Maria, a rede pública de APS é constituída por Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). A cobertura de ESF no município é de 21,45%. Possui aproximadamente 122 profissionais de saúde nos diferentes serviços. Os critérios de inclusão foram: profissional médico, enfermeiro e odontólogo que atue na APS do município de Santa Maria/RS. Critérios de exclusão: profissionais que estavam em período de férias, atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período da coleta de dados. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a julho de 2013. Para a inserção dos dados foi utilizado o programa Epi-info®, versão 7.0, com dupla digitação independente, para garantir a exatidão dos dados. Após a verificação de erros e inconsistências a análise dos dados foi realizada no programa Predictive Analytics SoftWare (PASW) versão 18.0 for Windows. O instrumento PCATool mede a presença e a extensão de cada atributo da APS por meio da média aritmética dos itens constantes no instrumento. Valores de escore igual ou superior a 6,6 foram considerados extensão adequada de cada atributo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob a CAAE: 12223312.3.0000.5346. Este estudo respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução n. 196/96. Resultados: A população deste estudo totalizou em 118 profissionais de saúde atuantes na APS do município de Santa Maria/RS, ocorreram quatro perdas de profissionais que recusaram participar do estudo. A avaliação dos escores dos atributos da orientação familiar da APS de Santa Maria recebeu média de 7,80, acima do ponto de corte de

6,6, sendo considerada satisfatória. No entanto, o outro atributo derivado, orientação comunitária, ficou com média de 5,41, sendo abaixo do indicado. Ressalta-se que apesar de a orientação comunitária ter ficado abaixo do escore indicado, a média geral dos atributos derivados apresentou escore 6,61. Diante disto, o escore atribuído à dimensão derivada do município de Santa Maria/RS pressupõe que os profissionais permitem a participação familiar na escolha do tratamento e do cuidado às crianças e adolescentes com HIV/AIDS. Ao mesmo tempo, se demonstram dispostos em atender os membros da família destes para discutir um problema de saúde ou problema familiar quando necessário. Porém, percebeu-se o distanciamento dos profissionais com a comunidade e com a prática de incentivo à população em participar dos conselhos de saúde. Conclusão: Os dados sugerem que a APS de Santa Maria/RS está atuando em coerência com os princípios e diretrizes do SUS. O atributo orientação comunitária pode não ter atingido o ponto de corte devido à baixa cobertura de ESF no município persistindo os modelos tradicionais. Nesse sentido, há a necessidade de investimentos na ampliação de cobertura da ESF para aproximar os profissionais de saúde com a comunidade onde residem as crianças e adolescentes com HIV/AIDS. É necessário que os serviços de saúde aprimorem ações com foco nesta população utilizando-se das visitas domiciliares para o reconhecimento das demandas de saúde. Contribuições / implicações para a Enfermagem: Destaca-se a importância da inclusão da família como corresponsável no cuidado às crianças e adolescentes com HIV/AIDS. Nesse sentido, há a necessidade de aproximação dos profissionais de saúde com a família e comunidade para que as ações de cuidado sejam programadas de acordo com o contexto comunitário em que estão inseridos. Assim, o desenvolvimento de ações de educação em saúde pode apoiar o cuidado cotidiano a fim de promover, paulatinamente, a autonomia das crianças e adolescentes com HIV/AIDS para o cuidado de si. Nesse sentido, se reconhece o potencial do enfermeiro como educador em saúde, na promoção de ações individuais e coletivas no cenário comunitário. Descritores: atenção primária à saúde; síndrome da imunodeficiência adquirida; enfermagem. Referências

1. Padoin SMM, Paula CC. Programa aids, educação e cidadania: perspectivas para a segunda década de extensão. Saúde (Santa Maria). 2012;38(1):51-62. 2. Sherlock MSM, Cardoso MVLML, Lopes MMCO, Lélis ALPA, Oliveira NR. Imunização em criança exposta ou infectada pelo HIV em um serviço de imunobiológicos especiais. Esc Anna Nery. 2011 jul-set; 15 (3):573-80. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.80 p. 4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

14057

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

CLARISSA BOHRER DA SILVA

AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV/AIDS

Silva, CB; Paula, CC; Magnago, TSBS; Nascimento, L; Piovesan, G; Kinalski, DD;

Introdução: As crianças e os adolescentes com HIV/AIDS necessitam de acompanhamento permanente nos serviços de saúde, visando à prevenção do adoecimento somada a manutenção da saúde.1 Esse acompanhamento acontece majoritariamente em serviço de referência, devido à organização do serviço e experiência dos profissionais.2 Recomenda-se que o serviço de referência conte com os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo de aproximar os serviços de modo a facilitar o acesso à saúde.1,3 A APS é considerada a melhor estratégia para produzir cuidado qualificado e equidade à população, e pode ser definida como um conjunto de valores, princípios e atributos estruturais e complementares do sistema de saúde. Esses atributos consistem em: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação da atenção, competência cultural, orientação familiar e comunitária. Nessa perspectiva, o presente estudo apresenta um recorte dos resultados da pesquisa de avaliação da APS de Santa Maria/RS às crianças e aos adolescentes com HIV/AIDS, sendo desenvolvida com os profissionais de saúde.4 Será destacado o atributo acesso de primeiro contato aos serviços de saúde, sendo conceituado como a acessibilidade e a utilização do serviço como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. Objetivo: Avaliar o atributo acessibilidade por meio do instrumento PCATool-Brasil na Versão Profissional. Metodologia: Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa com delineamento transversal, intitulada "Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS". O campo de coleta de dados foi os serviços de APS do município de Santa Maria, sendo desenvolvida com os profissionais de saúde. Critérios de inclusão: profissional médico, enfermeiro e odontólogo que atuam na APS do município de Santa Maria/RS. Critérios de exclusão: profissionais que estavam em período de férias, atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados. A etapa de campo ocorreu de fevereiro a julho de 2013. O estudo utiliza o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool)4, denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil).5 Este questionário avalia o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS, a partir de respostas de profissionais de saúde (versão Profissional). As respostas do PCATool-Brasil são em escala Likert, sendo "com certeza sim" (valor=4), "provavelmente sim" (valor=3), "provavelmente não" (valor=2), "com certeza não" (valor=1) e "não sei / não lembro" (valor=9). Após a consolidação dos dados relativos ao atributo, os valores foram transformados em uma escala contínua, variando entre zero e dez. Valores de escores ? 6,6 foram definidos como extensão adequada de cada atributo e equivalentes ao valor três ou mais na escala Likert. O estudo respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução n. 196/96 e possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CAAE:12223312.3.0000.5346). Resultados: A população do estudo foi composta por 118 profissionais de saúde. A avaliação do escore do atributo acessibilidade da APS de Santa Maria resultou na média de 4,02. Diante disso, o escore atribuído pressupõe que a acessibilidade aos serviços de APS de Santa Maria/RS está aquém do esperado. Os dados indicam que os serviços não garantem o acesso de primeiro contato, como preconiza a legislação, à saúde de usuários com HIV/AIDS em situação de adoecimento e nem o aconselhamento destes por telefone quando necessário. Além disso, percebe-se a dificuldade de conseguir agendar uma consulta de revisão de saúde nos serviços de APS e o longo tempo de espera destes usuários

para serem atendidos pelos profissionais de saúde. Conclusão: Conclui-se que o escore desse atributo está abaixo do considerado adequado. Percebe-se que ainda existem barreiras que dificultam o acesso das crianças e adolescentes com HIV/AIDS aos serviços de saúde. É possível que as dificuldades de alcance desse atributo estejam vinculadas às particularidades dessa população e às demandas curativas apresentadas aos serviços de saúde. Há a necessidade de reconhecimento dos serviços de saúde quanto à maior vulnerabilidade biológica e social dessa população para programação específica e provimento de maior acesso. Contribuições / implicações para a Enfermagem: A APS de qualidade é uma estratégia efetiva na busca de maior promoção da saúde, prevenção de doenças, melhor estado de saúde das crianças/adolescentes e maior satisfação dos cuidadores. As implicações para o cuidado de enfermagem pautam-se na fragilidade clínica, na demanda de cuidados contínuos e na prevenção da transmissão do HIV/AIDS para outros e da reinfecção. As crianças e adolescentes com HIV/AIDS necessitam de atendimento por profissionais de diversas especialidades e de ações que promovam a adesão ao tratamento com TARV. Destaca-se a atuação do enfermeiro diante de estratégias de acolhimento e de aconselhamento, de busca ativa dos usuários, de consultas de enfermagem desde o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento até o processo da adesão, de grupos de apoio, entre outras. Nesse sentido, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de melhoria do atributo acessibilidade na pratica assistencial, o que implica em reformulações de alguns aspectos de sua estrutura e processo para a APS da qualidade que se propõe. Descritores: Atenção primária a saúde; Acesso aos serviços de saúde; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Referências 1. Paula CC, Padoin SMM, Langendorf TF, Mutti CF, Hoffmann IC, Valadão MC. Acompanhamento ambulatorial de crianças que tem HIV/AIDS: cuidado centrado na criança e na família. R. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá. 2012; 11(1):196-201. 2. Sherlock MSM, Cardoso MVLML, Lopes MMCO, Lélis ALPA, Oliveira NR. Imunização em criança exposta ou infectada pelo HIV em um serviço de imunobiológicos especiais. Esc Anna Nery. 2011 jul-set; 15 (3):573-80. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. QUALIAIDS - Avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p. 4. Brasil, Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf 5. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006;22(8):1649-59.

14500

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DAIANE MARQUES DURANT

CONSULTA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA NO AMBULATÓRIO DE FIBROSE CÍSTICA EM CENTRO DE REFERÊNCIA UNIVERSITÁRIA

Durant, DDM; Ardenghi, AVA; Gonçalves, GA; Issi, IHB;

CONSULTA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA NO AMBULATÓRIO DE FIBROSE CÍSTICA EM CENTRO DE REFERÊNCIA UNIVERSITÁRIA Introdução: A Fibrose Cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva, crônica e multissistêmica. Destacam-se as alterações no sistema respiratório, gastrointestinal e reprodutivo, além da disfunção de glândulas de secreção exócrina. Como característica de doença crônica, os pacientes pediátricos portadores de FC necessitam de acompanhamento multidisciplinar ambulatorial. A rotina de cuidado domiciliar é trabalhosa, envolve disciplina, motivação e comprometimento. O paciente portador, desde a infância, deve estar preparado para o enfrentamento social referente à doença crônica, necessitando aprender a ser diferente dentre "os iguais" e aderir ao tratamento no seu dia-a-dia, incluindo o ambiente escolar e familiar. Objetivo: Relatar a experiência da consulta de enfermagem ao paciente pediátrico portador de fibrose cística como ferramenta para adesão ao tratamento. Método: Trata-se de relato de experiência acerca da implantação da consulta de enfermagem como uma nova modalidade de cuidado no contexto da atenção multidisciplinar no Programa da Fibrose Cística do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS). Resultados: A consulta de enfermagem pediátrica no ambulatório de FC requer uma visão do paciente em sua totalidade, englobando a assistência ao paciente e sua família. Consiste em espaço para promoção de estratégias diferenciadas onde são revisadas questões referentes ao tratamento, enfrentamento social, a adesão, desgaste do cuidador principal, autonomia do sujeito portador e o conhecimento do paciente e da família sobre a doença e terapêutica. Considerações Finais: A consulta de enfermagem tem se revelado importante ferramenta na promoção da adesão ao tratamento à medida que possibilita conhecimento abrangente sobre a história familiar e o modo como é exercido o cuidado domiciliar. Implicações para a Enfermagem: Nesta perspectiva, a enfermagem pediátrica orienta estratégias de enfrentamento para promover as forças da família, auxilia na aderência a terapêutica, promovendo melhor qualidade de vida.

14481

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELA DA SILVA CORRÊA

EDUCADORAS INFANTIS E SAÚDE: APROXIMAÇÕES E AFASTAMENTOS

Corrêa, DS; Moura, R;

EDUCADORAS INFANTIS E SAÚDE: APROXIMAÇÕES E AFASTAMENTOS Segundo o ECA é dever do estado assegurar às crianças de zero a seis anos atendimento gratuito em creches municipais. A educação infantil deve atender os aspectos relacionados à educação, cultura, à proteção e à saúde. Desta forma, a educação da criança pequena envolve simultaneamente dois processos complementares e indissociáveis: educar e cuidar [1]. Para isso, seus profissionais devem ter no mínimo ensino médio. Neste estudo buscamos elucidar questões como: quem são as educadoras infantis do município? Qual seu conhecimento e suas práticas acerca de sua saúde e da saúde das crianças? Para responder seguimos os passos de uma pesquisa epidemiológica transversal e utilizamos na análise dos dados os referenciais da pesquisa quantitativa e qualitativa. Participaram da pesquisa 214 educadores de 17 escolas infantis da zona urbana de um município do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados através de questionário autoaplicável. Os resultados evidenciaram que: as educadoras são todas mulheres com idade média de 46,2 anos; 15,1 anos de serviço; 85% são monitoras/atendentes; 6,1% são mães de um ou dois filhos; 86,9% moram com suas famílias; 68,7% têm ensino médio completo ou mais; 79,9% não estão estudando no momento e 81,3% dedicam-se exclusivamente a creche por seis horas diárias. Apesar de 18,7% ter referido hipertensão, 4,7% diabetes e 49,7% obesidade, a maioria (87,9%) considera-se saudável. Os primeiros socorros e o atendimento de crianças com necessidades especiais foram fragilidades referidas. A presença de um profissional de saúde na escola foi referida como importante e urgente. Palavras - chave: educação infantil; saúde da criança; [1]- BRASIL. Projeto de Cooperação Técnica MEC e UFRGS para Construção de Orientações Curriculares para a Educação Infantil. Práticas Cotidianas na Educação Infantil: Bases para a reflexão sobre as orientações curriculares. Brasília: MEC/UFRGS, 2009.

14097

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELA DAL FORNO KINALSKI

PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL: REVISÃO INTEGRATIVA DOS ATRIBUTOS DERIVADOS

Kinalski, DDF; Kleinubing, RE; Paula, CC; Padoim, SMM; Vasconcelos, LS; Piovesan, G;

Introdução: No Brasil, a APS é definida como o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social1. Sendo, então, o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, caracteriza-se, principalmente, pela presença dos atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação da assistência no próprio sistema de saúde e derivados: atenção centrada na família (orientação familiar), da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais2. Os atributos, conjuntamente, atuam como elementos que qualificam as ações dos serviços de APS, determinando se os sistemas de saúde promovem melhorias nos indicadores de saúde e na satisfação dos usuários, diminuição de custos e maior equidade no acesso3. Nesse sentido, existem estratégias que visam à avaliação dos serviços de saúde. Para tanto, desenvolveu-se um instrumento, o Primary Care Assessment Tool (PCATool).Ele foi baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde, e tem como objetivo avaliar o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS. O grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) realizou a validação deste instrumento para a realidade brasileira, denominando-o de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil)4. A partir disso, esse trabalho trata-se de um recorte da pesquisa que objetivou identificar as evidências sobre a aplicação do instrumento PCATool em artigos de pesquisas de avaliação da APS. Será destacado neste trabalho os resultados da avaliação dos atributos derivados. Objetivos: Identificar as evidências sobre os atributos derivados na aplicação do instrumento PCATool em artigos de pesquisas de avaliação da atenção primária à saúde. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que teve como questão norteadora: "Quais as evidências cientificas presentes nos estudos que utilizaram e aplicaram o instrumento PCATool nas pesquisa cientificas?" A busca desenvolveu-se nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS, no período de janeiro de 2013 com a estratégia de buscas "PCATool" or "PCATool-Brasil" [Palavra] or "Primary Care Assessment Tool" [Descritor de assunto]. Para a composição do corpus do estudo, elencou-se como critérios de inclusão: artigos de pesquisas, disponíveis online, gratuito e na íntegra; nos idiomas em inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Resultados: incluiu-se trinta e quatro estudos com nível de evidência 2 e 6. Observou-se, de acordo com a distribuição temporal das produções, um expressivo aumento na utilização do PCATool nas pesquisas de avaliação de serviço, majoritariamente (88,3%) no último quadriênio (2008-2012). Quanto à origem das produções científicas, o Brasil (47%) apresentou o maior número de publicações. Quanto à área de conhecimento, a Medicina apresentou maior concentração de pesquisas (47%), sendo os usuários a população mais estudada (58,3%). A atenção primária à saúde apresentou com melhor efetividade entre os serviços, principalmente a Estratégia Saúde da Família. Com relação aos atributos derivados: Quanto à orientação familiar (32,4%), reconheceu que o processo familiar interfere no cuidado integral (11,8%) e que, de certa forma, se faz mais presente na prática primária (14,7%). Indicou-se a necessidade de maior atenção às ações que privilegiem a atenção á família (8,8%). No que se refere à orientação comunitária (50%), também obteve maior desenvolvimento do escore na ESF (29,4%), destacando o contato direto com a população, planejamento e avaliação do serviço. Entretanto, a participação na comunidade é pouco

incorporada pelos serviços de saúde (5,88%), e que a orientação comunitária ainda recebe piores avaliações (2,9%) e pode influenciar na acessibilidade (2,9%). Evidenciou-se maior orientação comunitária no serviço de atenção primariam quando comparado ao serviço Privado (2,9%). Os usuários atendidos em visitas de grupo apresentaram melhoras no cuidado habitual (8,8%). A presença da enfermeira mostrou-se de grande importância na orientação comunitária (5,88%). A competência cultural (8,8%) mostrou a influência deste atributo na obtenção de maiores pontuações na avaliação da ESF (5,88%). A qualidade do cuidado junto com a habilidade e o respeito cultural aos usuários desenvolveram serviços mais íntegros e abrangentes (2,9%). Observou-se então, de um modo geral que o desempenho da APS foi superior em todos estes trabalhos na ESF. Conclusões: O PCATool mostrou-se um instrumento avaliativo eficaz, apontando a importância da avaliação para a identificação de necessidades de aprimoramento e investimentos nos serviços. Na avaliação dos atributos derivados, constatou-se a grande importância da orientação familiar, comunitária e competência cultural quando busca-se ações voltadas para o comprometimento com uma assistência integralizada e humanizada, reportando à necessidade de maior investimento para que se possa dar continuidade à melhoria e qualificação da atenção. Contribuições para a enfermagem: O presente estudo torna-se uma ferramenta de aprendizado no que tange iniciativas que visam qualificar os profissionais de saúde, sobretudo a enfermagem, devido ao vínculo estabelecido continuamente nos serviços, contribuindo na análise das principais deficiências na prática assistencial.Acredito, que por mais que a APS esteja sujeita a novas reformulações, para prestar um serviço de melhor eficiência a população assistida, o PCATool é um caminho profícuo para a identificação de um cuidado integral e coerente entre as esferas de saúde, e que estes estudos avaliativos se tornam a forma mais concreta de entendermos como isso está se desenvolvendo atualmente e prospectivamente na Enfermagem. Descritores: Atenção Primária á Saúde; Enfermagem; Referências: 1 Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, v. 204; 2011 Out 24, seção 1, p. 48-55. 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: 2010. 80 p. 3 Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States Int J Health Serv 2007;37(1):111-26. 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80 p.

14091

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELA DAL FORNO KINALSKI

UTILIZAÇÃO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL: UM DESTAQUE DO ATRIBUTO INTEGRALIDADE

Kinalski, DDF; Paula, CC; Padoim, SMM; Nascimento, LD; Vasconcelos, LS; Silva, CB;

INTRODUÇÃO: Atualmente, no Brasil, a Portaria 648/2006 define a Atenção Básica à Saúde como o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (1) A Atenção Primária á Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde apresentando atributos essenciais e derivados os quais qualificam as ações dos serviços de APS. Os atributos essenciais consistem em: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação da assistência no sistema de saúde. Sendo complementados pelos três atributos derivados: atenção centrada na família, orientação comunitária das ações e competência cultural dos profissionais. (2) Desta forma, um serviço de APS pode ser considerado provedor da mesma, quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando o seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados, sendo capaz de promover a atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial da comunidade adscrita.(3) Neste sentido, a identificação empírica dos atributos da APS permite qualificar a atenção sobre a saúde da população no primeiro nível do sistema de saúde. Sendo que a avaliação minuciosa dessas iniciativas é essencial para a definição de políticas públicas e privadas relacionadas à prática de APS. (3,4) Para avaliação da APS, esses atributos podem ser analisados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática. Nesta perspectiva, entre as estratégias de avaliação e investigação dos serviços de saúde, o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool)tem se destacado (5). Este instrumento tem como objetivo avaliar o quanto os serviços de saúde então orientados para os atributos definidores da APS. Diante disso, este estudo é um recorte da pesquisa que objetivou identificar as evidências sobre a aplicação do instrumento PCATool em artigos de pesquisas de avaliação da APS. Será destacado neste trabalho os resultados da avaliação do atributo integralidade. OBJETIVO: Avaliar o atributo integralidade em artigos de pesquisas de avaliação da atenção primária à saúde que utilizaram o instrumento PCATool. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que teve como questão norteadora: "Quais as evidências cientificas presentes nos estudos que utilizaram e aplicaram o instrumento PCATool nas pesquisa cientificas?" A busca desenvolveu-se nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS, no período de janeiro de 2013 com a estratégia de buscas "PCATool" or "PCATool-Brasil" [Palavra] or "Primary Care Assessment Tool" [Descritor de assunto]. Para a composição do corpus do estudo, elencou-se como critérios de inclusão: artigos de pesquisas, disponíveis online, gratuito e na íntegra; nos idiomas em inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. RESULTADOS: Os resultados apontaram que o atributo integralidade apareceu em 76,5% dos artigos analisados, e contemplou as variáveis, serviços disponíveis, serviços prestados e orientações. Dentro dos estudos, exploraram-se ações que buscavam responder as necessidades em saúde que abrangiam a promoção da saúde e proteção. Destacou-se a gama de serviços disponíveis e prestados na comunidade, como imunizações (5,9%), aconselhamento para uso de drogas (2,9%), planejamento familiar (5,9%), exames preventivos (2,9%) e orientação de cuidados domiciliares (2,9%). Neste atributo o escore mais alto foi obtido pela atenção primária em comparação com outros serviços (8,8%), especialmente na ESF (8,8%). Os principais fatores que contribuíram para este escore

foram: cuidados realizados pelo médico da família (8,8%), a presença da enfermeira (5,9%), a diversidade de serviços (11,7%), experiência profissional (2,9%), a propensão ao encaminhamento para especialidades (5,9%), o uso da educação em saúde (26,5%) e os cuidados em equipe (2,9%). Houve estudos em que a saúde secundária e terciária obtiveram maiores pontuações devido a melhor acessibilidade e profissionais especialistas no cuidado (11,7%). O serviço público abordou questões preventivas adequadas quando comparados ao serviço privado que o fizeram substancialmente menos (5,9%). CONCLUSÃO: O instrumento PCATool é considerado um excelente instrumento avaliativo dos serviços de saúde, sendo um dos mais completos. Contempla aspectos populacionais, sociais e epidemiológicos necessários para uma saúde com eficiência. A avaliação do atributo integralidade apontou que ESF tem se destacado com ações de promoção e proteção de saúde em comparação com os serviços privados, porém, ainda há necessidade de investimentos no sistema de saúde para promover melhor atenção à população.O fruto desse trabalho torna-se uma ferramenta de aprendizado para aqueles que têm interesse para iniciativas que visam qualificar os profissionais de saúde, contribuindo na análise das principais deficiências na prática na saúde da população. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O PCATool se torna um aliado da enfermagem, o qual juntos resolvem a efetividade das ações sobre a saúde da população. Acredito que a enfermagem tem muito a ganhar com o uso desse instrumento na prática, principalmente na melhoria dessa assistência em saúde e para o desenvolvimento técnico-científico tanto para profissionais, usuários e gestores. Além de ser um instrumento que nos trás a visão de ações coesivas e concretas intimamente relacionadas com o desenvolvimento da assistência e suas contribuições com as reais necessidades de saúde para determinada especificidade. DESCRITORES: Atenção Primária á Saúde; Enfermagem; REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006. 2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2010. 3. Harzheim E, Starfiel B, Rajmil L, Dardet CA, Stein AT. Consistência interna e a confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde. Cad. Saúde Pública 2006; 22(8):1649-59. 4. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Services Research 2006; 6(????):156-63. 5. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001; 50:161-75.

14275

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DANIELLE APARECIDA PEREIRA BRAGA

OFICINA EDUCATIVA: DA COLETA DE DADOS DE PESQUISA À REFLEXÃO E ANÁLISE DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Braga, DAP; Veríssimo, MDLOR;

Introdução:Apresenta-se a oficina educativa como instrumento metodológico de pesquisa com potencial para promover exercício de postura crítica(1). Objetivos:Relatar e analisar uma experiência educativa, resultante da utilização da oficina educativa para coleta de dados de pesquisa. Metodologia: Relato de experiência da utilização da oficina educativa como estratégia de coleta de dados em pesquisa com oito enfermeiras de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), em hospital de grande porte, filantrópico, geral, localizado na cidade de São Paulo. A oficina, estruturada como evento científico intitulado "Pensando o desenvolvimento infantil no contexto da UTIP", abordou os temas: concepções de promoção do desenvolvimento; cuidado voltado às necessidades essenciais da criança; facilidades e dificuldades no cuidado para o desenvolvimento; perspectivas para melhoria da assistência à criança. Analisaram-se os dados relativos às avaliações das participantes acerca da oficina como estratégia de pesquisa.Resultados:As participantes reiteraram que a oficina se diferencia em relação a outras técnicas de pesquisa, pois possibilitou crescimento de todas e maior conhecimento acerca das necessidades e desenvolvimento da criança na UTIP, reflexão sobre a prática, troca de experiência, e produziu sentimento de bem estar e satisfação na apropriação do próprio trabalho.Conclusão:A oficina educativa é um instrumento do processo de construção do saber, agir e fazer, que propicia transformar as diferentes compreensões a respeito do cuidado para o desenvolvimento inclusive na situação de hospitalização.Contribuições:À efetividade do uso da oficina na pesquisa,soma-se seu potencial de contribuir para o crescimento dos participantes. Descritores: metodologia,pesquisa em enfermagem, desenvolvimento infantil Referência: 1. Chiesa AM, Veríssimo MLOR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.p. 34-42.

14575

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

DÉBORA CÂMARA DE CAMPOS

A EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA COMO INSTRUMENTO PARA PREVENÇÃO DE AGRAVOS MENTAIS

Campos, DCC; Rocha, KCR; Penna, TLNP; Freitas, TFF; Vernaglia, TVCV;

Introdução: Este é um relato da experiência de atividades de educação em saúde sobre sexualidade a uma turma do 5º ano do ensino fundamental de uma escola municipal no Estado do Rio de Janeiro. A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde[1]. A educação sexual - ou orientação sexual, como se refere o Ministério da Saúde - é uma importante ferramenta para promoção do bem-estar sexual atual e futuro de escolares e adolescentes[2].O desenvolvimento sexual da criança e do adolescente sofre as influências dele próprio, da família, de sua cultura e subcultura e de seus companheiros, sendo que a pressão do grupo é, talvez, o fator mais poderoso para determinar seu comportamento[3]. A orientação sexual, por sua vez instituída como temática transversal no ambiente escolar, visa contribuir para o desenvolvimento sexual saudável e a prevenção de agravos físicos e psíquicos que podem ocorrer por práticas sexuais indesejadas ou descuidadas[2]. Entre estes estão a gravidez na adolescência, o abuso sexual, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS, a discriminação sexual e o bullying, com suas respectivas consequências para o indivíduo, família e coletividade. Analisando a sexualidade como um processo de amadurecimento global do indivíduo, tanto intelectual, quanto físico, afetivo-emocional e sexual propriamente dito, utilizamos a educação em saúde que é considerada um processo autocorretivo, em que a partir das experiências expostas no grupo, o indivíduo pode perceber seus pontos falhos e corrigi-los, sem que diretamente alguém o diga 3,4. Objetivos: Descrever a experiência de educação em saúde sobre sexualidade vivenciada por acadêmicos de enfermagem do 8º período da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto com alunos do 5º ano de uma escola municipal no Estado do Rio de Janeiro. Metodologia: Relato de experiência vivenciado por acadêmicos de Enfermagem do 8º período da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO durante o Estágio Curricular de Enfermagem na Atenção em Psiquiatria. Os encontros ocorreram semanalmente ao longo de aproximadamente quatro meses. Para isso, utilizava-se a sala de leitura da escola, onde a metade da turma sentava-se em círculo na altura dos educadores por uma hora . Para abordagem da sexualidade, foram reservados dois encontros que estavam inseridos no módulo de discussão sobre o corpo humano. Resultados: Para falar de sexualidade, precisaríamos saber as demandas dos escolares, afim de não ultrapassar seus limites no que tange à sexualidade. Num primeiro momento, introduzimos o encontro com uma conversa sobre o corpo humano. Em seguida, os subdividimos em dois subgrupos, disponibilizando uma folha em branco para cada subgrupo a fim de que escrevessem nelas suas dúvidas sobre o corpo humano. O mesmo foi feito com a outra metade da turma. Na semana seguinte, preparamos palavras para jogar forca com as crianças a fim de responder seus questionamentos, discutindo-os de maneira clara e introduzir suavemente os conceitos de difícil abordagem. As palavras usadas foram pênis, vagina, transar, puberdade, hormônios, menstruação, menopausa, entre outras que foram preparadas mediante suas perguntas, mas não utilizadas. Isso porque, durante a conversa alguns assuntos eram esclarecidos, então retirávamos a palavra do jogo. Meninas contra meninos, cada grupo poderia dizer uma letra que julgavam ter na palavra. A cada duas letras citadas, dávamos uma dica e, assim, introduzíamos alguns conhecimentos científicos sobre o conceito. O grupo que acertasse a palavra ganhava um ponto. Se um grupo falasse na vez do outro, dava o ponto para a outra equipe. Depois de cada palavra, discutíamos os pontos abordados e o conhecimento ia sendo juntamente construído. Conclusão:

Há várias conclusões que podem ser tiradas desse relato. A primeira delas é que a orientação lúdica é uma maneira simples, barata e muito eficiente de tratarmos sobre conceitos tão difíceis de abordar. Conseguimos falar sobre a importância e os meios de higiene íntima, sobre o uso de preservativos, sobre o planejamento familiar. Em segundo lugar, estes encontros ensinaram que cada grupo tem suas características peculiares que o diferem do outro, embora pertençam à mesma escola e vivenciem o mesmo território; há fatores como a educação familiar, a genética e as experiências anteriores que mudam a forma de cada pessoa se relacionar com o mundo e o novo. Sendo assim, o educador deve se moldar ao grupo, e não o contrário. Os tabus existentes, somados às normas sociais que não aceitam algumas manifestações sexuais, geram sentimentos de culpa e conceitos no adolescente que se refletem num ajuste sexual acompanhado de preocupações, ansiedades e/ou problemas. O objetivo desse tipo de trabalho foi problematizar, levantar questionamentos e ampliar os conhecimentos a fim de facilitar as escolhas de cada criança e adolescente assistido e, apesar da impossibilidade de vermos esses resultados, a escola nos afirmou (e também os próprios alunos) que os encontros estavam sendo muito produtivos e desejáveis. Em terceiro e último lugar, conclui-se que atividades como esta são importantes para a formação dos então acadêmicos no que tange à educação em saúde; mas, muito além disso, no que tange à aceitação do outro, no emprego de práticas incomuns e simples e no enfoque à promoção da saúde - todos esses conceitos essenciais à prática do enfermeiro. Contribuições: Os enfermeiros generalistas são plenamente capazes de promover ações como esta. A educação em saúde no ambiente escolar promove o bem-estar físico, mental e social dos escolares, sendo, portanto, uma responsabilidade também dos profissionais de saúde5. Assim, é necessário que a universidade incentive, promova e apoie que seus estudantes de enfermagem desenvolvam ações educativas horizontalizadas, dialéticas e eficazes. Este relato de experiência vem, então, encorajar outras universidades a investirem nos seus acadêmicos enquanto formadores de opinião; e embasar outros relatos de experiências bem-sucedidas com orientação sexual em escolas, tais como: o aumento do rendimento escolar (devido ao alívio de tensão e preocupação com questões da sexualidade) e aumento da solidariedade e do respeito entre os alunos[2]. Referências: 1. Costa M, López E. Educacion para La salud. Madrid: Pirámide; 1996. 25-86p. 2. Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais : pluralidade cultural, orientação sexual / Secretaria de Educação Fundamental. - Brasília : MEC/SEF; 1997. 3. Beraldo FN. Sugestões Práticas. Sexualidade e escola: um espaço de intervenção. Psicol Esc Educ (Impr.) vol.7 no.1. Campinas: 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572003000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 Jun. 2012. 4.Teixeira G. Vantagens da Discussão em Pequenos Grupos como Método Didático. Disponível em: http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/m%C3%B3dulos/m%C3%A9todos-grupais/vantagens-da-discuss%C3%A3o-em-pequenos-grupos-como-m%C3%A9todo-did%C3%A1tico. Acesso em 27 Mar. 2012. 5. Cardim MG et al. Educação em saúde: teoria e prática de alunos de graduação em Enfermagem. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental. Rio de Janeiro, ano 9, n. 1/2, p. 57-64, 1./2. sem. 2005. Disponível em: http://www.unirio.br/repef/arquivos/2005/07.pdf. Acesso em: 20 Jun. 2012.

13905

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ELIZA CRISTINA MACEDO

Capacitação em Oncologia para Enfermeiros Pediatras: Subsídios para o Aprimoramento do Cuidado

Quintans, PQP; Macedo, ECM; Nascimento, IBCN; Lucas, DMSL; Bax, AMCB; Pontes, NCP;

A assistência à criança portadora de doença oncohematológica requer cuidados específicos que fazem parte de uma lacuna dos cursos de graduação em enfermagem1 e ainda, na pós-graduação em enfermagem pediátrica. Tal especialidade não é abordada com o aprofundamento suficiente para formar enfermeiros com capacitação teórica e prática que fundamente o cuidar em oncologia pediátrica2. A criança com câncer necessita de enfermeiros que estejam habilitados às particularidades dessa complexa clientela e que reconheçam suas necessidades assistenciais, levando-se em consideração os sinais e sintomas da doença neoplásica, o manejo das modalidades do tratamento, a intervenção durante as emergências oncológicas e a necessidade da construção de um vínculo nas relações enfermeiro-paciente-família. Tendo em vista este cenário de deficiência na formação dos enfermeiros para esta área de atuação profissional, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência das autoras, enfermeiras pediatras, no processo de capacitação em oncologia pediátrica para Enfermeiros do Serviço de Pediatria de um hospital federal da cidade do Rio de Janeiro. Este projeto originou-se após a identificação de uma demanda do serviço, por meio da escuta dos enfermeiros pediatras nas reuniões da chefia de enfermagem do Serviço de Pediatria, onde foram relatadas as dificuldades reais em executar cuidados de enfermagem específicos a essa clientela, principalmente em relação à administração de quimioterápicos, a manipulação dos diversos tipos de cateteres venosos centrais utilizados na oncologia, ao manejo da criança neutropênica febril e o uso de medicamentos de suporte específico, tais como: fatores de crescimento hematopoiéticos, uroprotetores, antifúngicos e outros. Outro aspecto fundamental para a revelação dessas necessidades foi o aumento significativo das internações da criança com neoplasia na enfermaria de Pediatria geral, oriundas do reflexo da reforma e reestruturação do setor de Oncohematologia no ano de 2007, fruto da parceria do Ministério da Saúde com o Instituto Desiderata, o que ampliou o acesso aos serviços. O projeto deu maior visibilidade ao setor de oncohematologia pediátrica, o que ocasionou o aumento de encaminhamentos de crianças portadoras de doença neoplásica de vários serviços de Pediatria do estado do Rio de Janeiro. A consequência dessa reestruturação gerou a mudança do perfil da clientela atendida na enfermaria de Pediatria Geral, antes mais direcionadas para as patologias respiratórias e infecciosas. Este fato gerou um impacto desafiador no grupo de Enfermeiros da Clínica Pediátrica que relataram a necessidade de capacitação em oncologia, uma vez que o cuidado da criança com câncer demanda conhecimentos e práticas específicas que a formação do Enfermeiro Pediatra, via de regra, não contempla. Para tal e com o intuito de aprimorar a prática dos enfermeiros, foi solicitado pela gerente do Serviço de Pediatria ao Serviço de Educação Continuada o desenvolvimento de uma atividade de capacitação profissional, entendendo que cabe a instituição proporcionar meios de formação complementar e permanente aos profissionais com o objetivo de instrumentalizá-los nas práticas realizadas na instituição2. A propósito, foi construído um programa de treinamento em serviço realizado em parceria com uma enfermeira especializada e experiente em oncologia e pediatria com auxílio de outra enfermeira pediatra e especializanda em oncologia, ambas lotadas no serviço de oncohematologia da própria instituição. Foram realizados, no ano de 2012, três grupos educativos com a média de participação de 5 enfermeiros por grupo, em 4 encontros de periodicidade semanal, totalizando uma carga horária de 40 horas. Foram abordados os seguintes temas: Introdução à Oncologia; Princípios Básicos da Quimioterapia Antineoplásica; Radioterapia e da Cirurgia

Oncológica; Cuidado Paliativo; Transplante de Medula Óssea; Manipulação de cateteres venosos centrais de longa permanência. Ao término deste período de capacitação foi fornecido, em mídia digital, o livro Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer3, para o aprofundamento dos estudos e possibilidade de consulta conforme a demanda do profissional no dia a dia de suas práticas com a criança oncológica. Para conhecer os resultados do processo de capacitação todos os enfermeiros participantes do treinamento responderam a uma avaliação do programa. Segundo esta avaliação, 86,6%, consideraram que os conhecimentos apresentados atendem à necessidade do serviço, 100% consideraram que os recursos metodológicos foram adequados e 88,8% consideraram que o aprendizado foi alcançado. Outro fato observado após o treinamento, tanto pela chefia de Enfermagem da Pediatria quanto pelas enfermeiras do serviço de Oncohematologia foi à diminuição dos conflitos e maior entendimento entre as equipes de Enfermagem da Enfermaria de Pediatria e do setor de Oncohematologia pediátrica. As relações interpessoais anteriores ao curso eram desgastantes e geradoras de estresse, pois as práticas assistenciais específicas e as atribuições das equipes não estavam definidas e esclarecidas entre os profissionais. A partir do treinamento algumas propostas advindas do grupo de Enfermeiras da Pediatria foram atendidas como: O encaminhamento de impressos com cuidados pertinentes a infusão de quimioterápicos quando da internação de crianças em infusão desses agentes na enfermaria, a possibilidade de contactar a enfermeira da Oncohematologia para orientar a respeito dos protocolos de quimioterápicos, do uso de medicamentos específicos do tratamento oncologia e as intercorrências do manejo de cateteres venosos centrais mais utilizados na prática oncológica. Assim, esses resultados indicam que o aproveitamento do grupo foi satisfatório e que o programa contribuiu para construção de uma assistência mais qualificada. Entretanto, os Serviços de Enfermagem Pediátrica, Oncohematologia Pediátrica e Educação Continuada compreendem que o programa apenas iniciou um processo de capacitação dos Enfermeiros Pediátricos do referido hospital, sendo primordial que esta estratégia seja permanente para que o objetivo da integralidade do cuidar nessa especialidade seja alcançado. Descritores: Enfermagem Oncológica; Enfermagem Pediátrica; Educação Continuada em Enfermagem. Referências 1. Calil AM, Prado C. Ensino de oncologia na formação do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2010 Jul-Ago; 63(4): 671-4. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/26.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2013. 2. Amador DD, Gomes IP, Coutinho SED, et al. Concepção dos Enfermeiros Acerca da Capacitação no Cuidado à Criança com Câncer. Contexto Texto - enferm. 2011, 20(1): 94-101. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/11.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2013. 3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA. 3. ed. , 2008 disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2013.

14641

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

FRANCIANE DO SOCORRO RODRIGUES GOMES

COMPARTILHANDO O ENSINO APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Silva, AF; Gomes, FSR; Pontes, ARB; Parente, AT; Paranhos, SB; Gomes, L;

INTRODUÇÃO: A monitoria como ferramenta de ensino ocorre em diferentes locais como sala de aula, laboratório e biblioteca entre outros, adequando-se para sala de aula e fora dela de acordo com seus propósitos. O Programa de Monitoria da Pró-reitoria de Ensino de Graduação da Universidade Federal do Pará (PROEG-UFPA) oportunizou aos docentes de graduação em enfermagem o uso desta metodologia1, 2. OBJETIVO: Descrever as atividades realizadas no Projeto de Monitoria em Enfermagem Pediátrica. METODOLOGIA: Descritiva, qualitativa do tipo relato de experiência, sobre o Projeto de Monitoria "Compartilhando o Ensino-aprendizagem em Enfermagem Pediátrica" da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA) desenvolvido de março/2012 a agosto/2013. RESULTADOS: Os monitores participaram do planejamento semestral das atividades de ensino, em aulas teóricas e construção de roteiros para facilitar a prática em ambiente hospitalar. Organização de seminários para profissionais de saúde, ciclos de estudo sobre o cuidado de enfermagem a criança para graduandos e apresentação de trabalhos em eventos científicos locais e nacionais. CONCLUSÃO: Contribuiu para melhor desenvolvimento da Atividade Curricular Enfermagem Pediátrica, promovendo maior interação entre discentes e docentes. Estimulando nos monitores o aperfeiçoamento do conhecimento em enfermagem pediátrica, maior interesse na produção de eventos, trabalhos científicos e na prática da docência. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Encontrou-se poucos estudos publicados sobre monitoria em cursos de graduação em enfermagem, seus benefícios, dificuldades, seus impactos no ensino superior. Porém, mesmo ainda sem ferramentas para avaliação podemos dizer que trazem benefícios para relação professor e aluno no ambiente educacional. Descritores: Enfermagem Pediátrica; Educação em Enfermagem, Ensino Superior. Referências: 1. Parente AT, Gomes FSR. Projeto de Monitoria em enfermagem: compartilhando o ensino aprendizagem em enfermagem pediátrica.2012. 2. Haag GS, Kolling V, Silva E, Melo SCB, Pinheiro M. Contribuições da monitoria no processo ensino-aprendizagem em enfermagem. Rev Bras Enferm, 2008 mar-abr; 61(2): 215-20.

14203

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GABRIELA MANITO GUZZO

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: UMA ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA EM UNIDADES CLÍNICAS PEDIÁTRICAS

Guzzo, GM; Martins, LB;

Introdução: A ausência de mecanismos efetivos de identificação de pacientes é causa básica frequentemente relacionada ao desenvolvimento de eventos adversos em hospitais, especialmente em pacientes com dificuldades ou incapazes de comunicar-se, a exemplo da pediatria. Sendo a primeira meta internacional de segurança, dentre as seis definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a identificação do paciente tem como principal objetivo servir como uma barreira para a ocorrência de eventos adversos. Objetivo: Apresentar os resultados obtidos a partir da implantação da rotina de identificação do paciente pediátrico através de placas de identificação a beira do leito. Metodologia: Este é um relato de experiência de representantes do Gerenciamento de Risco de um hospital pediátrico de Porto Alegre. Resultados: Aumento de 77% de identificação numérica dos leitos, 98% da identificação do nome das crianças no leito, 97% da identificação de alergias conhecidas e 37% na adesão à colocação de pulseira de identificação na unidade piloto. Conclusão: Os resultados demonstram que a rotina de identificação do paciente através de placas nos leitos contribui para a segurança do paciente à medida que incrementa o uso de identificadores estabelecidos institucionalmente, bem como reduz o risco eventos adversos relacionados à alergias conhecidas. Contribuições para a enfermagem: Redução do risco de assistência ao paciente errado e utilização da placa de identificação como um instrumento de barreira contra a exposição a substâncias que causem alergia ao paciente. Referências: The Joint Commission. Preventing pediatric medication errors. 2008 [acesso em 2013 ago 29]. Disponível em: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_39.PDF ANVISA. Ministério da Saúde. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Boletim informativo Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília, 2011; 1 (1): 1-12. Descritores: Sistemas de Identificação de Pacientes, Segurança do Paciente, Enfermagem Pediátrica

14061

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GABRIELA MANITO GUZZO

ALTERAÇÃO DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE PORTO ALEGRE

Guzzo, GM; Martins, LB;

Introdução: O fracionamento de doses de medicamentos entre pacientes pediátricos parece uma alternativa financeira atrativa, visto que as prescrições baseiam-se no peso, e a maioria dos fármacos não tem apresentação para uso infantil. A escolha de um sistema de distribuição individualizada de medicação pode interferir na segurança da criança, à medida que limita a disponibilidade de medicamentos na gaveta do paciente. Objetivo: Apresentar os resultados obtidos a partir da mudança de um sistema de distribuição coletiva para individualizada de medicamentos em um hospital pediátrico. Metodologia: Este é um relato de experiência da Comissão de Farmacovigilância de um hospital pediátrico de Porto Alegre. Resultados: Os dados preliminares das unidades piloto após a alteração do sistema de distribuição em agosto de 2013 demonstraram uma redução média de 25% no custo de medicamentos por paciente/dia quando comparado à média anual das mesmas. Além disso, houve uma redução de 30% no consumo de medicamento por uma das unidades piloto, sem apresentar alteração significativa na outra. Conclusão: Os resultados preliminares apontam para vantagens do sistema de distribuição individualizado em comparação com o coletivo. A dispensação individualizada de medicamentos ainda é um processo recente e será preciso acompanhá-lo para obter uma conclusão definitiva. Contribuições para a enfermagem: Observou-se uma redução do tempo despendido pela enfermagem para as tarefas relacionadas às medicações, bem como diminuição do risco de erro de medicação pela manipulação de múltiplos medicamentos. Referências: Miasso AI, Grou CR, Cassiani SHB, Silva AEBC, Fakih FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Rev. Esc. Enferm. USP. 2006; 40(4):524-32. Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. Farmácia clínica e atenção farmacêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. Descritores: Boas práticas de dispensação, erros de medicação, enfermagem pediátrica

13982

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GILSIMAR GOMES DA FONSECA

SENTIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA FRENTE À MORTE: REVISÃO DE LITERATURA

Fonseca, GG; Nascimento, KCG;

No cenário hospitalar a equipe de enfermagem se depara com situações que despertam sentimentos e atitudes, principalmente quando relacionado ao óbito pediátrico. OBJETIVO: Identificar os principais sentimentos da equipe de enfermagem frente ao óbito infantil. METODOLOGIA: Pesquisa de revisão de literatura, sendo a coleta de dados realizada no período de julho a agosto de 2013, através de busca de artigos científicos. RESULTADOS: Observou-se que a equipe de enfermagem utiliza a estratégia para o enfrentamento da morte através da espiritualidade. Para a equipe, sentimentos de frustração e impotência são sinônimos de fracasso. A intensidade do sofrimento esta relacionada com o tempo de internação e o vinculo com o paciente. CONCLUSÃO: A morte é uma situação presente para todos os profissionais de enfermagem que trabalham em pediatria. Entretanto os principais sentimentos neste estudo demonstram uma grande complexidade em lidar com a morte de uma criança. Por esse motivo é necessário refletir sobre a realidade da morte no cotidiano de trabalho, mesmo sendo um evento esperado pelos profissionais, o tempo de serviço ou a experiência profissional não tiram a dificuldade de lidar com a situação, gerando assim profissionais com sentimentos de frustração e de impotência. REFERENCIAS:Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: Revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev Latino-am Enfermagem, 2005 março-abril; 13(2):151-7. Darleia KK, Silvana BCB. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, 2010;11(1): 9-24. Jamila VR, Sidneia TC, Hedi CHS. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. Rev. rene. Fortaleza, 2010;11(2): 63-71. Poles K, Bousso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev Latino-am Enfermagem, 2006 março-abril; 14(2):207-13.

14168

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GRAZIELA PIOVESAN

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV/AIDS

Piovesan, G; Paula, CC; Magnago, TSBS; Silva, CB; Nascimento, L; Antunes, BS;

Introdução: As crianças e os adolescentes com HIV/AIDS necessitam de ações em saúde contínuas nos mais diferentes níveis de atenção à saúde, devido à vulnerabilidade ao adoecimento e às demandas de cuidados específicos da infecção.1 Estas ações de saúde podem ser de prevenção para o controle da transmissão vertical, de vigilância de casos na infância, de assistência à saúde no acompanhamento das crianças e de adolescentes expostos ou infectados pelo HIV e de proteção dos seus direitos garantidos pela legislação.1 Desta forma, para que estes direitos garantidos por lei se efetivem emerge-se a necessidade de integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde, principalmente, se tratando do serviço de referência e a Atenção Primária em Saúde (APS). A APS constitui a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e equidade no estado de saúde da população2. Em lei, a APS deve oferecer entrada para assistência entre os serviços de saúde para todas as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas, responsabiliza-se também pelo acesso, qualidade na atenção e prevenção, bem como na recuperação e manutenção em saúde, em qualquer território do Brasil. Para sua qualidade deve apresentar os atributos acesso, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação da atenção, competência cultural, orientação familiar e comunitária3. Diante disto, o presente estudo apresenta um recorte dos resultados da pesquisa de avaliação dos atributos da APS de Santa Maria/RS às crianças e aos adolescentes com HIV/AIDS, realizada com os profissionais de saúde. Utilizou-se um instrumento dividido em duas partes: Parte 1 - Questionário de caracterização da população de estudo, que integra os dados demográficos, econômicos, sociais e clínicos. Parte 2 - PCATool-Brasil versão Profissional. Neste estudo será destacado o atributo integralidade que compõe um leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária, no qual abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, incluindo os encaminhamentos a outros especialistas, hospitais e serviços de referência.2 Objetivo: Avaliar o atributo integralidade por meio do instrumento PCATool-Brasil na Versão Profissional a fim de avaliar a qualidade da APS à saúde das crianças e adolescentes com HIV/AIDS. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa com delineamento transversal intitulada "Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS". O campo de coleta de dados foram os serviços de APS do município de Santa Maria. Critérios de inclusão: profissional médico, enfermeiro e odontólogo que atuam na APS do município de Santa Maria/RS. Critérios de exclusão: profissionais que estavam em período de férias, atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados. O estudo utiliza o instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil).4 Este questionário avalia o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS a partir de respostas dos profissionais de saúde. A etapa de campo ocorreu de fevereiro a julho de 2013. Na análise dos dados, valores de escore igual ou superior a 6,6 foram considerados extensão adequada de cada atributo. Ciente dos preceitos éticos o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CAAE:12223312.3.0000.5346). Resultados: A população deste estudo totalizou em 118 profissionais de saúde atuantes na APS do município de Santa Maria/RS. A análise do escore de integralidade dos serviços disponíveis obteve média de 6,13. Já a integralidade quanto aos serviços prestados obteve média de 6,45. Com a avaliação dos dois componentes do atributo integralidade (serviços

disponíveis e serviços prestados), observa-se que as dificuldades são menores no que se refere às questões de aconselhamento alusivas aos serviços prestados quando comparado com as dificuldades estruturais dos serviços, remetendo à disponibilização de recursos materiais e/ou humanos, as quais não dependem exclusivamente do profissional de saúde, como sutura de um corte que necessite de pontos, identificação de problemas auditivos e visuais e colocação de tala. Conclusão: Conclui-se que os escores destes atributos estão abaixo do ponto de corte para serem considerados adequados. É possível que as dificuldades de alcance desses componentes do atributo estejam vinculadas a cultura curativista e hospitalocêntrica dos serviços de saúde. Nota-se que para ofertar um cuidado integral a esta população com HIV/AIDS, os serviços precisam se basear nas singularidades dos sujeitos levando em conta a vulnerabilidade psicossocial de cada um. Os serviços junto às crianças/adolescentes e suas famílias podem viabilizar um acompanhamento integral mediado por ações de promoção à saúde que minimizem os danos que a infecção ocasiona. Contribuições / implicações para a Enfermagem: As implicações para o cuidado integral pautam-se na fragilidade da rede de atendimento de assistência singular a cada indivíduo. Destaca-se a atuação do enfermeiro diante de ações planejadas de promoção e de prevenção a saúde das crianças e adolescentes com HIV/AIDS de forma a aproximar esta população à APS por meio de estratégias de vínculo, como grupos de apoio, consultas de enfermagem e busca ativa dos faltosos através de visita domicialiar. Proporcionando a integração entre os serviços de diferentes níveis de complexidade de modo que a troca de informações entre os profissionais da APS e do serviço de saúde de referência seja responsabilidade fundamental de todos os que atuam no SUS, contribuindo para a construção de modelo assistencial em saúde de qualidade. Descritores: Atenção primária a saúde; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Enfermagem. Referências 1. Paula CC, Brum CN, Zuge SS, Rodrigues AP, Tolentino LC, Padoin SMM. Caracterização da morbimortalidade de crianças com HIV/AIDS em serviço de referência no Sul do Brasil. Saúde (Santa Maria). 2012;38(2):25-36. 2. Brasil, Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf 3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde. Brasília, 2002. 4. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006;22(8):1649-59.

14137

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

GREICE MACHADO PIESZAK

A METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA: CONTRIBUIÇÕES PARA O ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Pieszak, GM; Neves, ET; Naidon, AM; Silveira, A; Buboltz, FL; Zamberlan, KC;

INTRODUÇÃO: A formação do profissional enfermeiro representa hoje uma das grandes preocupações dos formadores. A qualidade desta irá refletir diretamente na qualidade da assistência por ele prestada. No que tange à saúde da criança esta formação se complexifica, tendo em vista que o enfermeiro precisa atender um binômio - criança/adolescente e família - que emerge de um contexto socioeconômico e cultural que precisa ser valorizado no planejamento da assistência. O ensino é o processo pelo qual o aprendizado é facilitado por outra pessoa, possibilitando que o educando vivencie situações com potencial de modificações na vida concreta1. Segundo a teoria de Paulo Freire1, o ensino pode apresentar duas configurações: o ensino tradicional "bancário" e o ensino problematizador. Na educação tradicional o professor ministra aulas expositivas, adotando uma postura conceituada como "depositária", ou seja, alguém que transmite o conhecimento narrando fatos e conceitos, e não um facilitador do aprendizado do educando. Paralelamente, a problematização propõe a reflexão como ação transformadora, inseparável das situações concretas, mesmo que ocorra sobre os conteúdos já elaborados. Esta valoriza as relações entre educador-educando e os métodos de ensino ativos. O espaço educacional é construído, a partir, das situações vividas pelos educandos o que implica em um retorno crítico que reflete na produção de conhecimento e cultura. Neste contexto, a utilização da metodologia problematizadora, vem ao encontro das necessidades do Sistema Único de Saúde, pois estimula o diálogo na formação do profissional crítico e reflexivo, com intuito de criar elementos no ensino para a prática em saúde emancipadora e humanizada1. E às exigências do ensino de Enfermagem Pediátrica em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais no ensino em Enfermagem3, que preconiza não apenas a valorização dos aspectos técnicos, mas também os aspectos humanos e relacionais do graduando de enfermagem. OBJETIVO: relatar a experiência da utilização das metodologias problematizadoras no ensino de enfermagem na saúde da criança/adolescente. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência acerca da utilização de metodologias problematizadoras mediadas por dinâmicas grupais. Utilizou-se esta metodologia com os alunos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai (URI) Campos de Santiago, Rio Grande do Sul, Brasil. As atividades foram realizadas com os graduandos de Enfermagem que estão cursando o oitavo semestre, durante as aulas da disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Para estimular a participação ativa e consciente dos educandos, e proporcionar suporte no processo educativo adotou-se as dinâmicas grupais, com intuito de dialogar e problematizar sobre temáticas relacionadas à saúde da criança e adolescente. As dinâmicas foram planejadas, tendo por base situações problemas, advindas da prática, com vistas à oportunizar a realização de atividades teórico-práticas, agindo e modificando o objeto de aprendizagem. As atividades tinham como foco oportunizar aos sujeitos "novos olhares" acerca do cuidado de enfermagem, mobilizar o conhecimento crítico-reflexivo, e ainda, relacionar a teoria aplicada a prática do cuidar, a partir dos seus conhecimentos prévios. Desenvolveu-se os seguintes passos: planejamento (das dinâmicas de grupo) - ação (desenvolver as dinâmicas de grupo envolvidas por ações e operações no contexto de formação de enfermeiros) - observação, acompanhamento e orientação no desenvolvimento das dinâmicas) - reflexão (diálogo com todos os envolvidos em torno das questões trazidas nas dinâmicas de grupo, buscando interpretar a forma como se deu o desenvolvimento de toda a prática). Assim, esses passos contemplaram

o processo de ensino-aprendizagem, pois orientavam desde o planejamento até a avaliação, produzindo um movimento no contexto da ação-reflexão-ação1. A dinâmica de grupo constitui um valioso instrumento educacional que pode ser utilizado para atuar no ensino-aprendizagem quando opta-se por uma concepção de educação que valoriza tanto a teoria quanto a prática e considera todos os envolvidos neste processo como sujeitos1. Dessa forma, a aprendizagem acontece de uma forma coletiva, onde o encontro de pessoas promove a construção do saber juntos, estimula a capacidade criadora, mexe com a desenvoltura dos participantes, melhora sua produtividade, mostra a possibilidade de transformações, estimula o trabalho em equipe e pode melhorar as relações interpessoais e intrapessoais possibilitando um caminho para se interferir na realidade, modificando-a4. Nesta perspectiva, destaca-se que a dinâmica grupal, possui um componente de ordem motivacional, especialmente no momento que se oportuniza aos estudantes a vivenciar situações próximas a sua atuação como futuro profissional da área de enfermagem. Sabe-se da importância da atuação do profissional Enfermeiro nas ações de educação em saúde, construindo saberes com as crianças/famílias. Estas ações devem ser permeadas pela valorização do sujeito e da sua autonomia, do trabalho em equipe, que também é a melhor forma de atuar e ampliar a conscientização e promoção da saúde4. Com o desafio lançado aos educandos acerca das possibilidades de cuidados diante do contexto de hospitalização da criança, adolescente e sua família, permitiu-se aos alunos a liberdade de elaborar um plano de cuidados, explorando os aspectos lúdicos da dinâmica. Esta possibilidade de simulação das diferentes realidades de cuidado promove a socialização e contribui para a expressão de ideias lógicas, objetivas e coerentes na formação acadêmica5. A dinâmica de grupo se torna uma atividade essencialmente educativa, quando inserida em um contexto que contemple propósitos educacionais e tenha como objetivo não apenas as necessidades dos participantes, mas também e, sobretudo, a identidade do grupo em que é aplicada. CONCLUSÃO: A utilização de metodologias problematizadoras na enfermagem permitiu compreender que possível perceber o envolvimento e compromisso dos alunos com o processo ensino-aprendizado. Além disso, com a utilização o ensino problematizador é uma importante ferramenta para que o acadêmico reflita sobre sua atuação enquanto sujeito transformador de diferentes realidades. A possibilidade de atuar na prática dialógica permitiu que aos acadêmicos a reflexão quanto ao seu papel de futuro enfermeiro - como cuidador, assim como educador. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM O modelo adotado na Disciplina "Saúde da Criança e do Adolescente" tendo como base metodológica as dinâmicas de grupos possibilitou ao educando a visão sobre diversificação do ensinar e aprender, o que não é possível apenas com o ensino tradicional. Para tanto, foi possibilitado aos educandos desenvolver habilidades e competências que reflitam na atuação profissional, nos diferentes contextos de ensino, pesquisa e assistência, tais competências devem trazer como condição a possibilidade de agregar e aplicar saberes e em seu contexto profissional, permitindo a qualificação do cuidado à criança, adolescente e sua família. REFERENCIAS 1. Freire P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 2000. 2. Semim GM, Souza MCBM, Corrêa AK. Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão de estudante de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):484-91. 3. Brasil. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001, de 9 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1. 4. Moretti-Pires, R O; Alencar Any, KB de; Campos, E. R. H; Oliveira., H.M. de Potencialidades da Problematização Freireana no Ensino de "didática em enfermagem" Cogitare Enferm. 2010 Abr/Jun; 15(2):308-13. 5. Silva, J.A.P. da. O uso de dinâmicas de grupo em sala de aula: Um instrumento de aprendizagem experiencial esquecido ou ainda incompreendido? Revista Saber Científico, Porto Velho, v. 1, nº 2, p. 82-89, jul./dez, 2008. DESCRITORES: Saúde da Criança; Enfermagem; Educação;

14431

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ILVANA LIMA VERDE GOMES

EXPERIÊNCIA DE MÃES ACOMPANHANTES DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Figueiredo, SVF; Gomes, ILVG; Pennafort, VPSP; Monteiro, ARMM; Ferreira, MKMF;

Introdução: O processo de hospitalização gera intenso sofrimento tanto para as crianças, por repercutir diretamente no seu processo de crescimento e desenvolvimento físico e mental, exigindo profunda adaptação ao novo ambiente, onde será submetida a diversos procedimentos, quanto para os seus familiares(1). Destaca-se que é a mãe a principal acompanhante durante esse período de internação, e que esta é capaz de abdicar de toda a sua rotina para estar ao lado do filho doente, fornecendo-lhe apoio e cuidado(2). Durante a estadia hospitalar, essa mãe passa a enfrentar diversos sofrimentos junto à criança, havendo a necessidade de que a equipe pediátrica multiprofissional forneça-lhe suporte e atenção integral e humanizada, pois mãe e filho devem ser objeto de cuidado. Nesse contexto, alguns autores declaram que há uma carência de novas pesquisas que contribuam para o aprimoramento da atuação dos profissionais de saúde junto à família, pois esta ainda é um grande desafio para os profissionais que enfrentam a busca da qualidade da assistência à criança e sua família(3). Nesse sentido, esse estudo objetivou compreender os fatores intensificadores do sofrimento materno durante o acompanhamento de um filho e as estratégias encontradas por elas para amenizar esse sofrimento. Os achados dessa pesquisa fornecem subsídeos para que os profissionais de saúde conheçam melhor a experiência das mães acompanhantes e compreendam a importância da melhoria da assistência ao binômio mãe e filho. Métodos: estudo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em um hospital público terciário direcionado a atenção à criança e ao adolescente, sendo referência no estado do Ceará. Participaram da pesquisa 14 mães acompanhantes, por meio da técnica de saturação teórica dos dados. Os critérios de inclusão utilizados foram: ser mãe, independente da idade e do número de filhos, e estar com seu filho internado no setor já mencionado há no mínimo uma semana (tempo em que se considerou que a mãe pudesse ter tido uma experiência melhor como acompanhante no hospital), e ser no máximo a terceira internação da criança (de forma a conhecermos a vivência das mães que enfrentam pelas primeira vezes a hospitalização infantil). O critério de exclusão utilizado foi: a mãe apresentar alguma deficiência mental que prejudicasse a sua participação na entrevista. Para a coleta dos dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada com um item de caracterização dos sujeitos e outro com perguntas norteadores (Como tem sido para a senhora acompanhar o internamento de seu filho? Que fatores aumentam o sofrimento da senhora durante esse acompanhamento? O que/quem tem lhe ajudado a enfrentar essa situação?). As entrevistas foram realizadas no mês de agosto de 2011 após o projeto receber um parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, sob o número 031/2011. O estudo seguiu as normas preconizadas pela resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, portanto todas as mães foram informadas sobre os objetivos do estudo, lendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando cientes do princípio da autonomia, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. Preconizando a ética em pesquisa, substituímos os nomes das mães por pseudônimos bíblicos e dos profissionais de saúde citados nas falas por letras, de forma a manter o anonimato. Para a análise dos dados obtidos, seguimos a técnica de análise de conteúdo temática de Minayo(4), com a obtenção das seguintes categorias: 1-"Fatores intensificadores do sofrimento materno"; 2-"Medidas encontradas pelas mães para enfrentar o sofrimento". Resultados: Caracterização das mães: a média de idade foi de 32,6 anos, sendo a maioria com idade superior a 28 anos. Os extremos de idade foram: 19 anos e 45 anos. Quanto à escolaridade, nenhuma mãe era analfabeta, no entanto, a maioria havia cursado apenas o ensino fundamental. Em

relação ao estado civil, cinco mães eram casadas, três solteiras, uma viúva e cinco viviam em união estável. A maioria das mães era de procedência do interior do estado do Ceará. Quanto ao número de filhos, cinco mães possuíam apenas um filho, três mães tinham dois filhos, outras três mães, três filhos e duas mães quatro filhos. Em relação à posição do filho hospitalizado, para as mães com mais de um filho, a maioria dos filhos internados eram os mais novos. Na categoria 1 "Fatores intensificadores do sofrimento materno", discutiu-se quatro aspectos expressados pelas mães que interferiram no seu enfrentamento no processo de adoecimento e hospitalização infantil: Dúvidas quanto à hospitalização da criança; Falta de apoio social devido à distância dos familiares; Experiências anteriores e o longo período de internação; Relacionamento deficiente entre as mães e os profissionais de saúde. Na categoria 2 "Medidas encontradas pelas mães para enfrentar o sofrimento", discutiu-se algumas estratégias e fatores que auxiliaram as mães a lidarem melhor com o internamento de seus filhos, entre esse: A fé em um ser supremo e o apoio de religiosos; O suporte dos profissionais de saúde; O apoio de familiares, amigos e das outras acompanhantes. Conclusão: Durante a hospitalização, inúmeros sentimentos passam a envolver a vida dessas mães, que muitas vezes sentem-se angustiadas, com medo da piora do quadro da criança, às vezes choram e se desesperam. É uma preocupação constante. Em meio a essa situação, encontram medidas capazes de amenizar esse sofrimento, auxiliando-as diante da internação. Destaca-se que a relação com o profissional de saúde foi revelada nas falas das mães, tanto como fator de auxílio, quando esta é estabelecida por meio da empatia, ética e humanização, como acentuador do seu sofrimento. Contribuições para enfermagem: Os resultados dessa pesquisa fornecem dados para que se possa compreender um pouco mais acerca da vivência das mães ao acompanharem seus filhos, por permitir uma visualização dos significados da hospitalização da criança para elas, bem como suas dificuldades, anseios e angústias. A partir desse olhar atento para as carências dessas mães, os enfermeiros e demais profissionais de saúde podem encontrar subsídios para intervir de forma adequada diante das mesmas, fornecendo apoio e fortalecendo um cuidado ético, humano e integral, que vê a criança além da doença, assistindo, portanto, ao binômio mãe e filho. Referências: 1. Morais GSN, Costa SFG. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Rev Esc Enferm. 2009; 43(3): 639-46. 2. Wyzykowski C, Santos RS. A reação materna diante da internação do filho na terapia intensiva pediátrica: contribuições para a prática da enfermagem. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2007; 7(2):75-82. 3. Schultz LF, Sabates AL. A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: estudo qualitativo. Online braz. j nurs. 2010; 9(2). Disponível em: . Acesso em: 21/12/2011. 4. Minayo. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10ª ed., São Paulo, 2007, 406p. Descritores: Criança Hospitalizada. Mães. Humanização da Assistência.

14405

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ISABEL CRISTINE OLIVEIRA

DESAFIOS NA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE.

Oliveira, IC; Silva, LAA; Gomes, IEM; Signor, E;

DESAFIOS NA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE OLIVEIRA, Isabel Cristine SILVA, Luiz Anildo Anacleto da GOMES, Iris Elizabete Messa3 SIGNOR, Eduarda4 Introdução: A gestão pública em saúde tem como ferramenta de ação política a busca da construção de uma sociedade equitativa e democrática. É fundamental que se implemente ações e esforços na melhoria de projetos de gestão, aprimorando o rendimento e efetividade da gestão pública, de forma a implementar política que embata positivamente o aspecto da Saúde e a qualidade de vida dos cidadãos.[1] Uma organização pública de saúde, abrange relações entre os segmentos empresariais, usuários, provedores, dirigentes, políticos, profissionais e gestores. A despeito das características inseparáveis do ritmo dos acontecimentos em organizações públicas ser distinguido do competitivo mundo corporativo, as irrevogáveis modificações geradas pela realidade social, econômica e política mundial ocasionam provocadores protótipos e inclinações no que se menciona ao gerenciamento do desempenho das pessoas, propagação de agilidades e competências.[2] O caminho comum trilhado pelos gestores da Saúde está na busca por soluções que os ajudem a viabilizar o planejamento, a melhor aplicação dos recursos e a condução das equipes, atendendo aos princípios do SUS. Para tanto, há de se inserir neste contexto, um processo de co-gestão no qual se pactue a responsabilidade sanitária de cada um, que deve se expressar no compromisso estabelecido entre os sujeitos no processo de enfrentamento dos problemas de saúde, na garantia da atenção às necessidades de saúde da população, em territórios definidos mediante a organização dos serviços e da gestão do sistema.[1] Para que se tenha uma boa gestão dos serviços, uma importante estratégia nesse processo é a construção de um Plano Municipal de Saúde (PMS), consonante com os planos Estadual e Nacional de Saúde, com a preservação da autonomia do gestor local.[1] Os serviços de saúde ainda estão centrados no modelo curativo, de atenção a saúde com ênfase na resolução de ?doenças'. Nestes casos, o processo de trabalho fica concentrado em uma tríade que se concentra nas consultas médicas, exames e medicalização. O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade ação terapêutica de saúde, na qual aponta como objeto, indivíduos ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos necessitando medidas curativas, assim como a preservação da saúde e prevenção das doenças. Os instrumentos de intervenção utilizados constam do saber em saúde, que se utiliza de processos e formas, equipamentos e instrumentos, na qual o produto final é a própria prestação da assistência de saúde.3 O processo pensar, planejar e gerenciar resulta da interação e, as estratégias de gestão são ações que criam possibilidades de gerenciar os processos de trabalho em saúde em novo curso, arrojado e democrático, num todo interdependente, interconectado. Assim, a gestão do trabalho em saúde não pode ser conceituada, simplesmente tecnicista, já que envolve modificação nas relações, processos, atos de saúde e, principalmente, nos indivíduos.3 A partir do arrazoado descrito estabeleceu-se como questão de pesquisa: quais são os principais desafios na gestão, organização e estruturação dos serviços de saúde e, sobretudo, no processo de trabalho. Objetivo: Compreender quais são os principais desafios do serviço de saúde. Metodologicamente, é um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa,4 tipo estudo de caso.5 O estudo foi realizado em um município do norte do estado do Rio Grande do Sul, compreendendo a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde. Neste município, existem 3 Estratégias da Saúde e da Família (ESF), 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Centro de Atendimento Municipal em Saúde (CAMS), com atendimento 24 horas. A cobertura de saúde pública no município é de 52%. Há um hospital de

pequeno porte, onde se atende baixa complexidade e dispõe de serviço de emergência e nenhum leito de terapia intensiva. Os sujeitos da pesquisa foram sete trabalhadores atuantes no Centro de Atendimento Municipal em Saúde (1 médico, 3 enfermeiros e 3 técnicos de enfermagem). Resultados: A análise das informações produzidas ocorreram em um período de 2 meses, sendo realizadas 7 entrevistas gravadas, e transcritas com verificação dos resultados. Após, os dados da pesquisa permitiram construção de duas categorias distintas: a primeira contempla entender quais são os principais desafios da gestão em saúde; a segunda busca compreender os desafios no que tange as estratégias educativas realizadas aos trabalhadores e usuários do serviço de saúde. Na primeira categoria, o desafio estabelecido está evidenciado na fala dos entrevistados recaem na falta de verbas federais/estaduais destinadas à atenção em saúde, haja vista, que o município investe mais do que estabelecido por lei, em função de que o estado não cumpre com o pactuado. Quando questionado sobre quais os principais desafios na gestão em saúde, outros entrevistados ressaltam as dificuldades encontradas na atenção básica, em relação a atendimento primário com qualidade. Na segunda categoria, foi apontado que a maior dificuldade é a mobilização da população a participar dos encontros de educação em saúde, pois como os grupos são realizados durante o dia, os usuários não conseguem conciliar com o horário de trabalho. Outro ponto a ser discutido, é que os usuários preferem a medicação/cura imediata a participar de grupos comprometidos com a prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde, isso, no quem tange a educação em saúde. Isso é verificado nas falas da equipe multidisciplinar, pois são realizados grupos de educação em saúde e a população não comparece aos encontros. Conclusão: A finalidade do serviço de saúde está na promoção da saúde, prevenção das doenças e, também, de prestar atendimento/procedimentos em saúde. A gestão dos serviços constitui-se em um importante meio de articulação da educação e da atenção, no aperfeiçoamento do processo de trabalho e, consequentemente, no desenvolvimento de ações que visem à prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde e, sobretudo, aperfeiçoar a atenção aos usuários. Os desafios da gestão estão em transcender o modelo de saúde, o qual tem como base a intervenção/tratamento de doenças, utilizando-se de um processo que basicamente enfoca a tríade consultas médicas, exames e medicamentos. A prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde ficam em planos secundários. A saúde necessita de maiores investimentos financeiros? Sem dúvida que sim! Mas precisa também de estruturação dos serviços e, rever os modelos de gestão. Descritores: Gestão em saúde; Processo de trabalho; Educação permanente em saúde. REFERÊNCIAS: 1. Ministério da Saúde (BR). O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. - 3. ed. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2. Lucena MDS. Avaliação de desempenho. São Paulo: Atlas; 1992. 3. Pires, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: AnnaBlume/CNTSS, 2008. 4. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1997. 5. Yin; RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman. 2005.

14519

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ISABEL DE ABREU ESTEVES

SUSCETIILIDADE DE LEVEDURAS ORIUNDAS DE AMBIENTE HOSPITALAR FRENTE AO FLUCONAZOL E VORICONAZOL

Esteves, IA; Gonçalves, CL; Mendes, JF; Terra, AP; Pereira, EC; Nascente, PS;

INTRODUÇÃO A frequência de infecções por espécies de Candida e outras leveduras tem aumentado nas últimas décadas, tornando a candidemia uma infecção presente nos hospitais. A genotipagem tem demonstrado que a maioria das infecções por Candida spp. é proveniente de fontes endógenas. Entretanto, eventualmente, as mãos dos trabalhadores da área da saúde podem também ser veículo de transmissão do agente (Voss et al. 2001). Espécies de Candida são responsáveis por cerca de 80% das infecções hospitalares. C.albicans é a espécie predominante com cerca de 50% dos casos, seguida por C.glabrata, C. parapsilosis e C. tropicalis com cerca de 10 a 25% cada uma. Na América Latina, isolados clínicos de C.parapsilosis figuram como uma segunda causa da doença (Spellberg et al. 2006). O uso frequente de antifúngicos no tratamento dessas infecções e o aumento das doses terapêuticas vêm causando resistência dos agentes fúngicos especialmente aos derivados azólicos, o que conduz a necessidade de efetuar estudos de sensibilidade in vitro para definir a eficácia dos antifúngicos antes de se estabelecer um tratamento. O primeiro documento descrito (M27) pulicado em 1982 pelo NCCLS (National Committee for Clinical Laboratory Standards), hoje conhecido como CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute), padronizou os testes de suscetibilidade in vitro de leveduras. Posteriormente, outros métodos foram desenvolvidos, incluindo os de difusão de disco, métodos colorimétricos e o de macro e microdiluição em caldo. O Comitê Europeu (EUCAST) com algumas modificações também padronizou uma metodologia para verificação da suscetibilidade in vitro destes microrganismos. Entretanto, método de diluição em caldo, método padrão preconizado pelo CLSI, tem se mostrado extremamente trabalhoso para ser utilizado rotineiramente no laboratório clínico, sendo de suma importância o desenvolvimento de metodologias mais simples, que possam ser utilizadas na rotina e que apresentem uma padronização dos testes de suscetibilidade é o primeiro passo para garantir a confiabilidade dos testes no laboratório de análises clínicas. Hoje o sistema Vitek 2® (Biomerrieux) vem ganhando espaço como técnica automatizada para a avaliacao da suscetibilidade de microrganismos. OBJETIVO Dessa forma o objetivo desse estudo foi avaliar a suscetibilidade in vitro de 12 leveduras isoladas do ambiente de uma Unidade de Tratamento intensivo (UTI) frente a dois antifúngicos azólicos: fluconazol e voriconazol. METODOLOGIA Foram selecionadas 12 leveduras oriundas de ambiente de UTI de um Hospital Escola da cidade de Pelotas - RS para realização de antifungigrama através do Sistema Vitek 2® (Biomerrieux). A escolha das espécies selecionadas se baseou na frequência de envolvimento com infecções hospitalares. Os antifúngicos selecionados para o estudo foram aqueles mais utilizados para leveduroses, sendo eles da mesma classe antifúngica, os azólicos: fluconazol e voriconazol. As amostras estocadas no Laboratório de Micologia do Instituto de Biologia da Universidade Federal de Pelotas foram reativadas em meio ágar Sabouraud dextrose, através de cultivo e incubação por 48 horas a 36oC. Após este período foram preparadas para serem testadas através do kit de identificação automatizado para o SIstema Vitek 2®. O resultado verificado em até 24h foi então analisado. RESULTADOS As espécies selecionadas foram C. albicans (1), C. famata (1), C. parapsilosis (4), C. guilliermondii (1), C. laurentii (1), S. cerevisae (1), e Rhodotorulla sp. (3). A suscetibilidade das 12 leveduras foi verificada através do cálculo da Concentração Inibitória Mínima. Os resultados observados correspondentes à suscetibilidade variaram o CIM de 2µg/mL à 64µg/mL para o Fluconazol, nas quais cinco leveduras foram resistentes (C. famata, C. parapsilosis, C. laurentii, S.

cerevisae e Rhodotorulla sp), uma intermediária (Rhodotorulla sp) e seis sensíveis. Diante do Voriconazol o CIM variou de 0,12µg/mL à 0,5µg/mL, todas as leveduras foram sensíveis ao fármaco. Tem sido observado, com maior freqüência, o isolamento de cepas de leveduras com suscetibilidade diminuída ou resistentes aos antifúngicos. A resistência, clínica ou in vitro, a antifúngicos pode ocorrer quando fungos suscetíveis ao fármaco passam a ser resistentes devido ao contato prévio com o produto ou é inerente ao próprio microrganismo. Testes de suscetibilidade em isolados fúngicos têm importância clínica na escolha da terapêutica adequada, sendo importante considerar o patógeno e as características intrínsecas do paciente (Zardo; Mezzari 2004). Com a introdução dos antifúngicos azólicos, especialmente o fluconazol e itraconazol, que possuem boa biodisponibilidade via oral e baixa incidência de efeitos adversos, uma nova era no tratamento das infecções fúngicas se iniciou. Seu espectro de ação inclui leveduras e fungos dimórficos. O fluconazol, azol com maior penetração no sistema nervoso central, tem se mostrado também efetivo em outras situações clínicas, como na candidíase oral e esofagiana de pacientes com SIDA, infecções na medula óssea e em pacientes transplantados renais (Marr et al. 2000). O conhecimento do mecanismo de resistência das espécies de Candida ao Fluconazol seria importante para auxiliar no desenvolvimento de estratégias em novas ações terapêuticas, assim como para que não ocorra o mesmo com o Voriconazol. Os isolados resistentes ao fluconazol têm se tornado mais freqüentes em virtude do aumento do uso dos azóis na terapêutica. O isolamento destas leveduras resistentes em ambiente hospitalar requerem maior cuidado na possibilidade de contaminação e infecção de pacientes imunocomprometidos. Segundo Pincelli et al. (2008) o voriconazol, novo triazol de segunda geração, demonstra atividade in vitro potente e de largo espectro contra patógenos fúngicos clinicamente importantes, incluindo aqueles resistentes a fluconazol, itraconazol e anfotericina B, como espécies de Candida, Aspergillus e Criptococcus neoformans. Além disso, ele também é ativo contra patógenos fúngicos menos comuns, incluindo diversas espécies de Fusarium, Penicillium e Scedosporium. É uma droga antifúngica eficiente, demonstrando que o medicamento é tão efetivo quanto às terapias convencionais no tratamento de infecções graves por espécies de Candida, Aspergillus ou Scedosporium, sendo às vezes até superior. CONCLUSÕES Foi possível observar no presente estudo que o antifúngico do grupo dos azóis utilizado há mais tempo, fluconazol, apresenta isolados oriundos de UTI resistentes a ele que ainda não apresentaram esta suscetibilidade frente ao Voriconazol, antifúngico mais recente do mesmo grupo. CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM Os resultados de estudos sobre as resistências medicamentosas podem evitar tratamentos desnecessários e ineficazes, colocando em risco a vida do paciente e prolongando sua estadia no hospital, podendo provocar outros agravos de sua saúde. As infecções hospitalares e resistências medicamentosas são eventos cotidianos vistos na rotina de enfermeiros e demais profissionais da saúde. Isso requer maior colaboração da equipe em manter técnicas assépticas, cautela da equipe médica ao prescrever antifúngicos e antibacterianos e atualização dos profissionais em relação aos fármacos mais utilizados que podem já estarem resistentes à alguns isolados, como o presente estudo demonstrou, no caso do fluconazol. REFERÊNCIAS Voss A. et al. Investigation of Candida albicans transmission in a surgical intensive care unit clusterby using genomic DNA typing methods. J Hosp Infect. 2001; 49: 37-42. Spellberg BJ, Filler SG, Edwards JR JE. Current Treatment Strategies for Disseminated Candidiasis. Clin Infec Diseases. 2006 Jan; 42:244-51. Zardo V, Mezzari A. Os antifúngicos nas infecções por Candida sp. NewsLab. 2004; 63: 136-46. Marr KA et al. Prolonged fluconazole prophylaxis in associated with persistent protection against candidiasis-related death in allogeneic marrow transplant recipients: long-term follow-up of a randomized,placebo-contolled trial. Blood. 2000 Set; 96: 2055-61. Pincelli TPH, Brandt HRC, Motta AL, Maciel FVR, Criado PR. Fusariose em paciente imunocomprometido: sucesso terapêutico com voriconazol. An Bras Dermatol. 2008;83(4):331-4. Decs: Infecção, Antifúngicos, Farmacorresistência Fúngica.

13828

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ISAIANE SANTOS BITTENCOURT

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DO MUNICÍPIO DE SENHOR DO BONFIM SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE FISSURA LÁBIO PALATINA.

Bittencourt, IS; Santos, NJS; Paixão, GPN; Eguchi, AM; Oliveira, TM; Costa, LEL;

Introdução: As fissuras de lábio e/ou palato são malformações congênitas, resultantes da falta de fusão dos processos faciais, durante o período embrionário por fatores genéticos e/ou ambientais. São alterações provenientes da ausência de fusão dos processos maxilar e médio-nasal, entre a 4ª e 9ª semana do período embrionário. É uma das anomalias mais frequentes já que a cada dois minutos uma criança nasce com uma dessas malformações e por isso considerada um problema de saúde pública. Responsável por gerar defeitos visíveis, com prejuízos estéticos, psíquicos e funcionais ao portador e exigindo assistência multidisciplinar em todos os níveis de atenção. Ressalta-se a função do enfermeiro, cuja atuação junto ao paciente e família é mais frequente, com a finalidade de prevenir a ocorrência de complicações, bem como, orientar nos cuidados físicos, psicológicos e emocionais. Objetivo: Avaliar o conhecimento dos enfermeiros nos níveis primário e secundário de atenção à saúde do município de Senhor do Bonfim acerca da assistência ao portador de fissura de lábio e/ou palato. Metodologia: O método indutivo forneceu as bases lógicas da pesquisa, constatada a partir dos dados coletados, sendo esta classificada como pesquisa de campo, do tipo descritivo-exploratória de natureza qualitativa; desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia através do parecer nº 35916. Para assegurar a confidencialidade dos dados de acordo com a Resolução 196/96 foi utilizado nomes de flores variadas como forma de identificação dos participantes. Realizados nos estabelecimentos públicos e privados de saúde do município em que há atuação do enfermeiro, englobando os níveis primário e secundário de atenção à saúde, cujo profissional foi população-alvo do estudo. Participaram da pesquisa 11 enfermeiros apresentando como pré-requisito a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista semi-estruturada e questionário foram os instrumentos de coleta de dados. Os dados coletados foram analisados relacionando-os com o existente na literatura, e organizados em três etapas: análise de dados, análise do questionário e análise das entrevistas de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (pré-análise; exploração do material; e tratamento e interpretação dos resultados obtidos) e analisadas em duas partes - caracterização dos sujeitos (agrupadas em porcentagem) e questões de conhecimentos gerais e específicos (agrupadas por frequência de acertos). Resultados: Os dados coletados a partir do questionário foram agrupados por frequência e analisadas de acordo com a literatura; a partir dele caracterizamos os sujeitos da pesquisa e foi possível perceber a predominância do sexo feminino, com variação de idade entre 26 e 44 anos, conclusão da graduação em enfermagem entre os anos de 1994 a 2010, com intervalo mínimo entre o ano de graduação e o início do exercício profissional de 05 meses a 18 anos, embora a maioria seja pós-graduado, nenhum deles participou de capacitações na área de atendimento ao portador de fissura labial e/ou de palato. A partir do questionário também foi possível analisar o conhecimento dos enfermeiros através do número de acertos das questões objetivas, do total de 9 questões a maioria dos entrevistados (63,64%) acertaram de 4 a 5 questões por questionário, constatando maior frequência para as questões referentes ao conhecimento específico da assistência de enfermagem do que questões referentes à fissura de lábio e/ou palato isoladamente. Para os dados provenientes das entrevistas surgiram três categorias e cinco subcategorias. Na primeira categoria, denominada conhecimento sobre fissura de lábio e/ou palato, foram analisadas as unidades que discorriam sobre a definição da fissura de lábio e/ou palato, a maioria (7 de 10 enfermeiros) definiram como

simplesmente uma anomalia ou uma malformação congênita; sobre a forma de prevenção: 3 sujeitos referiram não ter conhecimento sobre as medidas de prevenção, 2 afirmaram não existir nenhuma medida, 3 apontaram o ácido fólico como forma de prevenção e apenas 1 atentou para as diversas formas de prevenção relacionando-os aos hábitos de vida; e sobre o diagnóstico precoce, apenas 1 entrevistado referiu não ter conhecimento sobre este assunto e 2 ressaltaram a ultrassonografia morfológica, dentre os 8 entrevistados. Diante disso, percebemos que o conhecimento dos enfermeiros sobre a definição e prevenção, se apresentou de forma limitada. Na segunda categoria denominada assistência de enfermagem ao portador de fissura de lábio e/ou palato, as unidades de análise foram reagrupadas em duas subcategorias, as quais relatam que os enfermeiros julgam necessário conhecer o problema de forma integral para assistir o portador da referida anomalia, 5 dos 10 enfermeiros afirmaram ser necessário conhecimentos anatômicos, embriológicos, de prevenção de complicações para agir frente a essa malformação, entretanto, 4 enfermeiros basearam suas respostas, no saber intervir, e apenas 1 enfermeiro apontou o saber assistir a família. Quanto a outra subcategoria, referente à atuação profissional do enfermeiro, 7 sujeitos da pesquisa enfocaram a comunicação como meio mais adequado de prestar assistência de enfermagem ao portador de fissura labiopalatal. Outro aspecto importante apontado pelos enfermeiros foi o trabalho em equipe. Logo, a comunicação e o trabalho em equipe são fortes aliados para que a assistência seja eficaz e efetiva. Na categoria 3, denominada vivência do enfermeiro com o portadores de fissura de lábio e/ou palato, não há subcategorias; apenas dois enfermeiros relataram suas experiências, porém foi possível perceber, que a atuação do enfermeiro não ocorreu efetivamente, havendo destaque para o papel do médico. Considerações finais: Foi possível constatar que o conhecimento dos enfermeiros do município de Senhor do Bonfim sobre a assistência ao portador de fissura labial e/ou palatina ainda não é suficiente para que a atuação profissional seja efetivada, precisando ser ampliado. A educação permanente poderá contribuir com a melhoria do nível de conhecimento destes profissionais. Contribuições/implicações para a Enfermagem: Fornecer ampliação da abordagem do tema; Contribuir para que a atuação profissional do enfermeiro seja vista de forma positiva e relevante durante a assistência de enfermagem ao portador de fissura de lábio e/ou palato; Cooperar com a melhoria da qualidade de vida daqueles que são portadores de fissuras orais e de suas famílias; Recomendar uma reavaliação na grade curricular dos cursos de graduação em enfermagem; e Implementar políticas públicas de saúde que beneficiem os portadores de fissuras labiopalatais e suas respectivas famílias. Descritores: Fenda labial. Fissura palatina. Cuidados de enfermagem. Berberian AP, et al. Fissuras orofaciais: aspectos relacionados ao diagnóstico. Distúrb Comun, São Paulo, v. 24, n.1, p. 11-20, abr., 2012. Dias IMAV, Santos RS. Os profissionais de enfermagem diante do nascimento da criança com malformação congênita. Esc Anna Nery R Enferm. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 73 - 79, mar., 2007. Santos LGA, et al. Enfermagem em Pediatria. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. Roda SR, Lopes VLGS. Aspectos Odontológicos das fendas labiopalatinas e orientações para cuidados básicos. Revista Ciências Médicas. Campinas, v.17, n.02, p. 95-103, mar./abr., 2008. Smeltzer SC, et al. Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

13781

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JOELMA MARIA DA SILVA PINTO

CUIDADOS HABITUAIS MODIFICADOS NO COTIDIANO DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE INTERFACES COM O SABER DE ENFERMAGEM

Pinto, JMS; Cabral, IE;

Investigou-se o enfrentamento dos familiares cuidadores, para realizar cuidados cotidianos de crianças com necessidades especiais de saúde, em atendimento de reabilitação no município do Rio de Janeiro. Questões norteadoras: Quais são os desafios emergentes da experiência de cuidados às CRIANES no domicilio? De que forma eles superaram os desafios emergentes dos cuidados cotidianos daquelas crianças? Quais são as implicações dos saberes de enfermagem na superação dos desafios dos familiares cuidadores no cotidiano de cuidados? Objetivos: delimitar as experiências de familiares cuidadores na realização dos cuidados cotidianos de crianças com necessidades especiais de saúde, no ambiente domiciliar; descrever os desafios para cuidar de CRIANES, pelos familiares cuidadores, e seus modos de superação no enfrentamento das demandas de cuidados modificados; e analisar as interfaces das demandas de cuidados modificados, pelos familiares cuidadores, com os saberes de Enfermagem, quando a CRIANES está no domicilio. Utilizou-se o método criativo e sensível de investigação qualitativa com cinco grupos familiares no domicílio. Os materiais produzidos com as dinâmicas Corpo Saber foram analisados na perspectiva das idéias força e da dialógica freiriana, empregando-se as ferramentas da análise de discurso. Os resultados apontaram que desafios dos familiares cuidadores emergiram das viveram de experiências impregnadas de conteúdo vivencial, desde o nascimento da criança até os dias atuais. Na medida em que atingiam a normalização desses cuidados no cotidiano de vida, ocorria a superação de suas dualidades: cuidado igual e diferente, fácil e difícil, automático e singular. Os cuidados habituais foram modificados devido as mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança e a complexidade das demandas de cuidados. O aprendizado foi construído com base em tentativas acerto-erro, com familiares ou profissionais de saúde. Concluiu-se que as famílias normalizam os cuidados na vida da criança quando os transforma em habituais modificados e os incorpora no seu fazer cotidiano.

14066

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

JULIANA YUKARI TAKAHASHI ONISHI

O SIGNIFICADO DE INTERAGIR COM OS FAMILIARES DA CRIANÇA HOSPITALIZADA PARA OS ALUNOS DO CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Onishi, JYT; Ribeiro, CA; Borba, RIH;

INTRODUÇÃO: No Brasil, as bases da assistência à criança hospitalizada vêm se modificando, sobretudo, após a vigência do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que regulamenta, no seu Artigo 12, que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente1. Contudo, vimos observando que os alunos do curso profissionalizante técnico em enfermagem apresentavam-se, muitas vezes, incomodados ao prestarem assistência à criança hospitalizada na presença da família. Normalmente, a ocorrência de conflitos era decorrente da falta de domínio, experiência e comunicação ao lidar com os familiares, gerando insatisfação dos acompanhantes por acreditarem que os alunos, por serem aprendizes, causariam sofrimento à criança. Ainda na realização da punção de acesso venoso periférico e administração de medicamentos endovenosos, procedimentos no qual a criança apresenta dor e choro, os estagiários apresentavam dificuldades e insegurança por não saberem como conquistar a confiança da família. Estudo mostra que, na rotina dos profissionais da saúde, são muitas as dificuldades existentes no caminho que se dispõe para a família e, ao evitarmos olhar para ela, na unidade de internação, estamos fugindo da vida que nos está sendo oferecida para participar. Seria muito bom para ela se, neste percurso, encontrasse alguém para servi-la, aliviá-la nas suas demandas e ajudá-la a se restabelecer e prosseguir seu caminho2. Certamente, a preocupação em cuidar da família é um problema persistente pela falta de conhecimento e comunicação com clientes e seus familiares pelo despreparo do profissional na compreensão da família e suas necessidades, pois estes conteúdos ainda são escassos nos currículos dos cursos de enfermagem3. Diante desta situação, foi realizada uma revisão bibliográfica no Banco Virtual de Saúde sobre a temática, verificando-se a ausência de trabalhos que investigam a relação do ensino profissionalizante de enfermagem com a família. Assim, julgamos importante propor estratégias de ensino com enfoque na família no curso profissionalizante de enfermagem. Porém, antes de pensar em mudanças de estratégias pedagógicas, consideramos fundamental conhecer o significado que os alunos do Curso Técnico de Enfermagem atribuem à interação com os familiares da criança hospitalizada. OBJETIVO: Compreender o significado de interagir com os familiares da criança hospitalizada para os alunos do Curso Técnico em Enfermagem. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, com uso do Interacionismo Simbólico4 como referencial teórico, pois o mesmo permitirá entender o significado da experiência atribuída pelos alunos do Curso Técnico de Enfermagem na interação com os familiares da criança hospitalizada durante as atividades prática da disciplina enfermagem pediátrica. A Análise Qualitativa de Conteúdo é o referencial metodológico utilizado, por permitir promover e descrever o conhecimento e entendimento sobre determinado assunto, quando a literatura acerca dele é escassa5. O campo de estudo é uma instituição de ensino localizada na zona norte no município de Osasco/SP. Antes de iniciá-lo, seu projeto foi autorizado pela instituição onde foram coletados os dados, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, parecer número 159.878, CAAE 08001312.9.0000.5505, atendendo os princípios da Resolução 196/96 e, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos participantes, concordando em participar do estudo e autorizando a gravação da entrevista em áudio. Participaram da pesquisa sete alunos egressos do Curso Técnico de Enfermagem, independente se continuam na área de enfermagem ou não e a exclusão foram alunos egressos desta

instituição que não se encontravam estudando no período de atuação de uma das autoras como docente. A estratégia para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada iniciada com a questão norteadora: Conte-me como foi interagir com os familiares da criança hospitalizada durante o estágio de enfermagem pediátrica. Foram feitas perguntas complementares para maior esclarecimento e aprofundamento do tema em estudo. As gravações foram transcritas na íntegra para serem submetidas à análise dos dados, seguindo os passos de codificação, categorização, identificação/integração das categorias e descrição5. RESULTADOS: A análise preliminar dos dados revelou que os alunos técnicos de enfermagem interagem melhor com a família nos procedimentos não invasivos, tornando-se uma vivência horrível o anúncio da necessidade de puncionar a criança para administração de medicamentos. Os alunos revelam que durante o estágio, eram requisitados pela família para fornecer mais informações sobre a criança e os procedimentos, fato que chegava a atrapalhar, incomodar e dificultar sua concentração na sua execução, o que muitas vezes este não era atingido por insegurança, medo, falta de preparo e experiência pois, por mais que tentassem manter a calma, não sabiam qual seria a reação da família ou da criança; além disso seria a primeira vez que realizariam a punção venosa e por estarem em período de aprendizagem. O fato de ainda serem estudantes, tornava a interação com a família complicada, pois não eram considerados de confiança e sentiam-se constantemente vigiados pelos familiares. Os alunos consideram os professores como facilitadores da interação, na medida em que são cobrados em como lidar com a família, como cuidar da criança, sendo permitida apenas a realização de procedimentos que se sentem capazes de realizar e recebem ajuda quando encontram dificuldades com os familiares. Apesar de se sentirem mais livres sem a presença da família e dos inúmeros percalços para realizarem os procedimentos, consideram-na uma ferramenta de ajuda e fonte de segurança, o que os propulsiona a estabelecerem uma interação positiva, tranquilizando-a e mostrando interesse sobre a criança e o seu cotidiano. A gratificação vem pelo reconhecimento da família nos cuidados, certificando-lhes que são capazes de lidar com a criança. CONCLUSÃO: Até o momento, o resultado deste estudo mostra a necessidade da busca de estratégias do ensino no curso técnico de enfermagem que ampliem o vínculo e a compreensão da família como unidade de cuidado, com ênfase ao olhar, conversar, ouvir e respeitá-la, para estabelecer uma interação positiva. Esse é um desafio presente nos resultados deste estudo, sobretudo diante de julgamentos, preconceitos, crenças e valores pessoais dos alunos. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: Ressalta-se que a realização da pesquisa visa à elaboração de dissertação de mestrado, vinculada ao Grupo de Estudo em Puericultura-GRUEP, e que a mesma não se encontra concluída, estando em fase de aprofundamento da análise dos dados já coletados. Tal aprofundamento oferecerá subsídios que apontam a necessidade de modificações e melhoras no processo de ensino e aprendizagem nos cursos profissionalizantes em enfermagem com relação ao atendimento às famílias como unidade de cuidado. REFERÊNCIAS: 1. Brasil. Lei n.8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 6a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 2. Ângelo M. Abrir-se para a Família: Superando Desafios. Fam. Saúde Desenv. Curitiba (PR) 1999; 1(2): 7-14. 3. Maldonato M.T, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2003. 4. Charon Jm. Symbolic interactionism: na introduction, na interpretation, na integration. 10 th ed. Englewood cliffs: Prentice-Hall, 2010. 5. Mayan MJ. An introduction to qualitative methods: a training for students and professionals.Edmonton, Canadá, International Institute for Qualitative Methodogy, University of Alberta; 2001. DESCRITORES: Ensino, Família, Enfermagem Pediátrica.

12965

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

KENNED DA SILVA TEIXEIRA

AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.

Teixeira, KS; Bezerra, JRS; Barbosa, EM;

INTRODUÇÃO: Segundo a Organização Mundial de Saúde, o aleitamento materno é fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil1. Para promover a amamentação, faz-se necessário desenvolver ações educativas, fundamentadas no diálogo entre a gestante e o educador contribuindo para a desconstrução de mitos e esclarecimentos de duvidas2,3. OBJETIVO: Realizar atividades de educação popular em saúde destacando a importância da promoção do aleitamento materno. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido por estudantes de Enfermagem da Universidade de Pernambuco. Envolveram nas atividades adolescentes gestantes e seus familiares que estavam presentes na sala de espera para consulta do pré-natal no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, entre os meses de fevereiro e abril de 2013. O trabalho foi baseado em atividades extensionistas de promoção do incentivo ao aleitamento. As atividades incluíram palestras, consultas e realização do Cine Aleitamento, com exibição de vídeos sobre a amamentação e peça teatral pelos acadêmicos. Para aumentar a participação e deter atenção dos usuários, foram adotadas estratégias como a utilização de materias ilustrativos. RESULTADOS: Participaram das atividades 294 gestantes adolescentes e seus familiares. As atividades desenvolvidas resultaram no fortalecimento da amamentação, e na desconstrução de mitos. As estratégias lúdicas utilizadas foram de fundamental importância para deter a atenção das gestantes e seus familiares, trazendo a realidade sociocultural ao qual a maioria delas estão inseridas, valorizando o saber popular, assim colaborando com a troca de experiências sem imposição do conhecimento cientifico. Através das estratégias trabalhadas estimulou-se cada gestante a assumir o papel de agentes multiplicadores, contribuindo assim para disseminar e/ou ampliar as informações para as demais gestantes de sua comunidade. CONCLUSÃO: Faz-se necessário que os profissionais identifiquem mitos e crenças para que compreendam a lactação sobre os olhos e perspectivas da nutriz, e que consequentemente conheçam os fatores que interferem na duração e na manutenção do aleitamento.

13807

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LARISSA DE OLIVEIRA ULISSES

O DESAFIO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TREINAMENTO DE DESOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Oliveira, LOU; Jesus, ECOJ; Araújo, TBA; Lima, JACL;

Introdução: A evolução tecnológica e científica tem proporcionado em todo o mundo o desenvolvimento de novos tratamentos, com a apresentação de novas drogas e equipamentos terapêuticos que consequentemente tem levado ao aumento da expectativa de vida da população e dos pacientes dependes de tecnologia para viver. Inseridos neste contexto temos o aumento do custo hospitalar, pelas altas taxas de internação, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico. Neste cenário iniciaram as discussões da proposta de internação domiciliar, através da desospitalização, destes pacientes, que passam a viver, ainda que dependente de alternativas tecnológicas, em seu ambiente familiar. A Desospitalização consiste em retirar o paciente do hospital e realizar os cuidados no domicílio quando estes já não são de alta complexidade e sim de alta dependência. Estudos expõe que ponto chave para desospitalização é a organização de linhas de cuidado. Isso implica em ações gerenciais resolutivas da equipe de saúde centradas no acolher, informar, encaminhar por dentro de uma rede, na qual o usuário saiba sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial. Envolvido neste processo de preparação para desospitalização temos a equipe de enfermagem que exige cada vez mais a construção de relações autênticas e mútuas, que vão impactar na qualidade das relações, essas, influenciadas pelas condições de trabalho, contexto e experiências prévias dos envolvidos. No processo de hospitalização pediátrica torna-se necessário atuar junto com a criança e sua família, tornando-a co-participante do processo com o objetivo de promover e restaurar o bem-estar físico, psíquico, social e autonomia para o cuidado domiciliar. Metodologia: Este estudo surgiu a partir dos questionamentos/reflexões de enfermeiras que trabalham em uma unidade de treinamento de desospitalização no município de Salvador - BA, sobre os desafios de prestar assistência de enfermagem em uma unidade pioneira em desospitalização pediátrica no estado; constituí-se um relato crítico-reflexivo sobre a prática de enfermagem em pacientes dependentes de tecnologia para viver e suas implicações no preparo familiar para o cuidado em domicílio, no período de maio de 2012 a junho de 2013. Resultados e Discussão: os pacientes incluídos nesse processo são, em sua maioria, portadores de doenças crônicas, progressivas, que carregam consigo hospitalizações extensas, onde o hospital, para muitos, foi o único ambiente conhecido. Junto com eles, a sua família, caracterizada em sua maioria pelas mães, cheias de expectativas, conhecimentos populares e de outras instituições de saúde. Ser enfermeiro nesse processo implica em definir a família como unidade de cuidado, conhecendo e identificando cada membro, suas forças, dificuldades e esforços para partilhar as responsabilidades. Na unidade, enfermagem é responsável pelos cuidados de manutenção e reparação, dentre eles: higiene, administração de medicamentos, dietas, mudanças de decúbito, massagem de conforto, curativos, cuidados com vias aéreas, que vão sendo ensinados gradativamente para as mães. A cada procedimento novo, os membros da equipe de enfermagem identificam as dificuldades encontradas pelas genitoras e traçam um plano de cuidado. Os demais membros da equipe multiprofissional, médico, fisioterapeuta, psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista são parceiros no desenvolvimento desse cuidado. A educação em saúde é o ponto chave da assistência. Há treinamento de procedimentos, como troca de fixação de traqueostomia, dieta sob gavagem, curativos, mudança de decúbito, banho no leito, in locu e discussões quinzenais sobre temáticas relevantes para os pacientes internados, como cuidados durante convulsão, identificação de sinais e sintomas de instabilidade hemodinâmica, suporte básico de vida. Devido à rotatividade reduzida da

unidade, pois o processo de desospitalização requer um cenário seguro e assertivo no domicílio, os membros da equipe acabam por ter uma convivência extensa e por vezes desgastante, com os familiares, que ao estarem preparados para o cuidado em domicílio, aumentam ainda mais a expectativa de alta, enquanto as condições externas ainda são viáveis. A atenção domiciliar contribuir de maneira expressiva para a desospitalização e continuidade de cuidados, oferece maior racionalização de gastos assistenciais, minimiza riscos de infecção, depressão e aperfeiçoa o conforto e a humanização do atendimento. A enfermagem participa de forma ativa na humanização da assistência, proporcionando junto com a equipe, atividades lúdicas, recreativas, garantia de um conforto mínimo no acompanhamento, participação da família na tomada de decisões, escuta e acolhimento. O acompanhamento psicológico é de suma importância na unidade, pois a hospitalização é uma experiência estressante e traumática intensificada quando nos referimos a anos de internamento. Muitos membros dessa família, em geral as mães, acabam anulando sua vida social tendo o hospital como sua "casa" e os membros da equipe, demais pacientes e acompanhantes sua "família". Há atendimento psicológico individual diário e sessões de atividades em grupos organizadas em encontros semanais. A equipe de enfermagem também necessita de acompanhamento psicológico, pois a construção de vínculo com os pacientes e seus familiares pode ultrapassar a barreira do profissionalismo e se deparar com a afetividade, tornando-os expostos a desenvolver síndrome de burnout e outros desgastes emocionais. Conclusão: A prática de enfermagem na unidade de treinamento de desospitalização exige dos profissionais que seu cuidado ultrapasse a tecnicidade das instituições hospitalares, permeando o âmbito das relações subjetivas. O desafio se dá ao tentar envolver os familiares na assistência, oferecendo-lhes condições de participar desde a elaboração do plano de cuidado até sua total dependência para cuidar da criança em casa. O estudo visa contribuir com aumento de reflexões e pesquisas na área de desospitalização em pediatria, pois o preparo para o cuidado domiciliar, para essas famílias, é a possibilidade de convivência social, maternagem e qualidade de vida junto aos seus filhos. Palavras-chave: enfermagem pediátrica; relação profissional-família; capacitação. Referências 1. Andraus LMS, Minamisava R, Munari DB. Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. Cienc Cuid Saude 2004 maio/ago; 3 (2): 203-08. 2. Gomes GC, Erdmann AL. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. Rev Gaúcha Enferm 2005 jan/abr; 26 (1): 20-30. 3. Sadigusky, D, Passos SSS. Cuidado de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):598-603. 4. NETO,Gonzalo Vecina, MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 825-839, jul- ago 2007. 5. GUEDES, Josiel Chaves, MATEUS, Roseli Maria, KALINKE, Luciana Puchalski et al. Monitoramento de enfermagem após a alta hospitalar. Boletim de Enfermagem, Paraná, v.1, p.72-81, 2008.

14495

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUCIANA ZUZARTE DA ROSA MEDEIROS

O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Nascimento, MALN; Medeiros, LZRM; Santos, MAS; Paiva, MBP; Silva, LRS; Badolati, MEB;

Introdução - Este estudo surgiu a partir de uma dinâmica realizada em um núcleo de pesquisa, cuja proposta era promover uma discussão circular a partir da leitura e análise crítica de artigos publicados em revistas indexadas, cujos temas foram selecionados a partir do interesse de seus participantes. Neste sentido, destaca-se um dos aspectos relevantes deste estudo, qual seja, o fato dos grupos de pesquisa serem indispensáveis para o fortalecimento da formação/capacitação de profissionais, com vistas à reflexão, para que, através dela, haja a produção de conhecimentos científicos, tecnológicos e inovadores(1). Considerando que as pesquisas em enfermagem, normalmente, resultam das dissertações de mestrado e teses de doutorado, é importante ressaltar que a área de enfermagem, após a última avaliação trienal (2007- 2009), terminou o ano de 2010 possuindo um total de 48 programas, totalizando 72 cursos, assim distribuídos: 42 Mestrados, 23 Doutorados e 7 Mestrados Profissionalizantes1. Por oportuno, observa-se que a demanda de artigos científicos, por uma questão de aderência entre orientadores (doutores) e orientandos de cursos lato e stricto sensu, privilegiará os mesmos temas abordados nas pesquisas dos seus orientadores. Dessa forma, a produção de artigos científicos na área de enfermagem tem sido significativa, sendo que a quantidade elevada de informações em circulação estimula a autoria coletiva e parcerias com vistas a atender às exigências da comunicação científica com imediatismo e celeridade2. No entanto, o resultado dessa prática pode conduzir a uma produtividade desenfreada, com o objetivo, tão somente, de dar resposta às agências de fomento e das próprias comunidades científicas, comprometendo, com freqüência, a qualidade do trabalho do pesquisador2. Desse modo, os autores deste estudo detiveram-se no fato dos termos "cuidado(s)", "cuidado(s) de enfermagem" e "cuidar", serem utilizados nos descritores e nos títulos e artigos científicos, para, de alguma forma, abordar os seus amplos sentidos, e nas mais diversas situações, em detrimento da sua utilização para configurar a sua mais ampla acepção, qual seja, a ação de cuidar, com foco no paciente/cliente, alvo dessa ação. Nesse sentido, é importante ressaltar que o código de ética dos profissionais de enfermagem cita em seu preâmbulo, que essa profissão compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos(3). A associação dos conhecimentos oriundos das mais variadas ciências ao ato de cuidar proporciona um atendimento seguro, responsável, e, acima de tudo, compatível com a dignidade do ser humano(4), sendo ainda maior essa dimensão, ao constatarmos a possibilidade de exercer a fraternidade e a compaixão durante o ato de cuidar, devido à proximidade, e conseqüente interação, com o paciente/cliente(5). Tendo em vista essas considerações, pretendemos com este estudo alcançar os seguintes objetivos: A) Apresentar os artigos inscritos no 16º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem de 2011, que tinham como foco, o cuidado de enfermagem, entendendo-o como uma ação/predição de cuidar prestada diretamente ao paciente/cliente. B) Fornecer subsídios para que discussões sejam realizadas no âmbito acadêmico/profissional, no que concerne à utilização do termo "cuidado(s)", "cuidado(s) de enfermagem" ou "cuidar" no título ou nos descritores, dissociado da ação/predição técnica do enfermeiro/equipe de enfermagem. Metodologia: Estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados a partir do livro de resumos dos artigos apresentados no 16º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE), realizado no ano de 2011 na cidade de Campo Grande - Mato Grosso do Sul. A eleição desse evento deveu-e ao fato de ser ele um evento científico e oficial da categoria, de âmbito nacional, promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem, com vistas à divulgação das Pesquisas em

Enfermagem. A princípio, a consulta foi feita aos seguintes descritores: "cuidado(s)", "cuidado(s) de enfermagem" ou "cuidar" contidos nos artigos, utilizando a extensão "cont.se". Posteriormente, a consulta foi feita aos títulos dos artigos, considerando que alguns deles poderiam estar voltados para a ação/predição de cuidar, sem contemplar os citados descritores. Por último, e em caso de dúvida, os resumos selecionados eram lidos para que fosse observado se esses têrmos constavam do texto. Os dados foram tratados na planilha do Programa Microsoft Office Excel versão 2007. Pelo fato desse estudo utilizar dados secundários, não foi necessário submetê-lo à comissão de ética. Resultados - Constatou-se que 717 artigos foram inscritos no 16ºSENPE. Desse total, 133 continham as palavras, cuidado(s), cuidado(s) de enfermagem ou cuidar no título e/ou nos descritores, sendo que desses 133, 100 resumos (75,19%), considerando somente os títulos, continham as palavras cuidado(s), cuidado(s) de enfermagem ou cuidar, e, com relação aos descritores, 75 resumos (56,39 %) continham as palavras em apreço. Por fim, dos 133 resumos selecionados, apenas 5 tratavam do cuidado, entendendo-o como uma ação/ predição diretamente prestada ao paciente/cliente. Esse total corresponde a 3,76% do total de 133, e a somente 0,7% do total de 717 resumos apresentados. Em que pese o valor de todos os objetos de pesquisa área da Enfermagem, assim como o respeito à individualidade de cada pesquisador no desenvolvimento de seus estudos, há que se evidenciar o desequilíbrio gritante entre os diversos objetos de que trata a enfermagem, e aquele que o caracteriza como profissão, qual seja, a ação de cuidar, através dos mais diferenciados procedimentos técnicos. Conclusão: A ação de cuidar em enfermagem é permeada por várias ciências, fato que consolida essa ação como um cuidado científico. Desse modo, é importante ressaltar que a escassez de artigos que abordem essa ação, pode ser um sinal de alerta para o fato de estarmos nos distanciando da missão precípua dessa profissão, que, ironicamente, atingiu patamares científicos através das observações de Florence Nightingale durante o ato de cuidar. Descritores : Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Técnica de Enfermagem REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. Erdmann AL, Fernandes JD, Teixeira GA. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. Enfermagem em Foco 2011; 2(supl):89-93. 2. Garcia JCR, Targino MG. Conceitos de inédito e original: uso e implicações na comunicação científica. DataGramaZero - Revista de Informação - v.13 n.6 dez12. 3. Conselho Federal de Enfermagem [homepage na internet]. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [acesso em 6 de junho de 2013]. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158 4. Nascimento MAL, Souza EDF. A síndrome da criança com o membro superior imobilizado para infusão venosa. 2 ed. Rio de Janeiro: Atlântica; 2007. 127 p. 5. Nascimento MAL. Mãos que cuidam e tratam (Os instrumentos de trabalho da enfermagem). In: Aplicando os resultados da pesquisa na prática de enfermagem. Editora Appris. Curitiba. 2012. 148 p.

14128

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

LUISA SCHIRMANN VASCONCELOS

INSTRUMENTO PRIMARY CARE ASSESSSMENT TOOL: IMPLICAÇÃO NO ATRIBUTO COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

Vasconcelos, LS; Paula, CC; Padoin, SMM; Kinalski, DDF; Piovesan, G; Nazario, EG;

INTRODUÇÃO: Desde a conferência de Alma-Ata em 1978, diversos autores vêm propondo definições sobre a Atenção Primária à Saúde (APS). (1) A APS é definida como o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (2) A APS é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, apresentando atributos essenciais e derivados. Os atributos são elementos estruturantes indivisíveis e complementares que qualificam as ações dos serviços de APS. São classificados primeiramente em atributos essenciais que são quatro: - acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação da assistência no sistema de saúde - e três atributos derivados - atenção centrada na família, orientação comunitária das ações e competência cultural dos profissionais. (3) Entende-se que a efetivação da APS se dá por meio dos seus atributos norteadores, denominados de atributos essenciais e derivados.(3) Desta forma, um serviço de APS pode ser considerado provedor da mesma, quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando o seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados, sendo capaz de promover a atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial da comunidade adscrita.(4). Para avaliação da APS, esses atributos podem ser analisados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática. A partir dessa definição da APS, existem estratégias de avaliação e investigação dos serviços de saúde. Nesse sentido, desenvolveu-se um instrumento, o Primary Care Assessment Tool (PCATool), com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde,(5). Este estudo é um recorte da pesquisa que objetivou identificar as evidências sobre a aplicação do instrumento PCATool em artigos de pesquisas de avaliação da APS. Será destacado neste trabalho os resultados da avaliação do atributo coordenação. OBJETIVO: Avaliar o atributo coordenação em artigos de pesquisas de avaliação da atenção primária à saúde que utilizaram o instrumento PCATool. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. Para a realização da revisão seguiu-se as etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa e definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos, avaliação das evidências e análise (categorização), discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados. A questão de pesquisa que guiou a revisão foi: Quais as evidências cientificas presentes nos estudos que utilizaram e aplicaram o instrumento PCATool nas pesquisa cientificas? A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados eletrônicas (LILACS), (PUBMED) e (SCOPUS), com a seguinte estratégia de busca: "PCATool" or "PCATool-Brasil" [Palavra] or "Primary Care Assessment Tool". O levantamento dos estudos ocorreu em janeiro de 2013. Para selecioná-los, foram estabelecidos os critérios de inclusão: artigos de pesquisas, disponíveis online, gratuito e na íntegra; nos idiomas em inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Foram inicialmente encontrados 149 estudos, dos quais 34 atenderam aos critérios de inclusão. Após leitura exaustiva dos estudos selecionados, foi preenchido um instrumento contendo: referência, país onde o estudo foi realizado, subárea do conhecimento, objetivo, população, cenário, delineamento do estudo, variáveis estudadas, tipo de análise e principais resultados do estudo. Para

minimizar possível viés de aferição dos estudos (erro de interpretação dos resultados e do delineamento), três pesquisadores realizaram a leitura dos artigos e preenchimento do instrumento de forma independente, os quais foram comparados, a fim de resolver divergências em relação à avaliação das publicações. RESULTADOS:Os resultados encontrados no atributo coordenação (38,2%), evidenciaram a maior pontuação na integração dos cuidados associada a continuidade relacional (5,8%), informacional (5,8%), qualidade do cuidado (5,8%), encaminhamento ao especialista (2,9%). A coordenação também foi associada com mais acordos operacionais e de acesso contínuo ao telefone, e foi melhor quando os médicos tinham prática em tempo parcial nos hospitais e realizavam procedimentos em seus consultórios (2,9%). A ESF não se destacou inteiramente em todos os estudos (5,8%), mas os cuidados primários ainda tiveram melhor desempenho em relação a outros serviços apresentados (17,6%). Diferenças significantes entre os dois modelos de APS envolvem melhor registro em prontuário, melhores atividades orientadas à comunidade, menor referenciamento ao especialista (2,9%). CONCLUSÃO: O instrumento PCATool estabelece um elo entre as necessidades e competências que devem ser identificadas para o melhor beneficio serviço/usuário. O instrumento provou ser eficiente na avaliação dos serviços de saúde, sendo caracterizado como um dos mais completos, contemplando aspectos populacionais, sociais e epidemiológicos necessários para uma saúde com eficiência. No atributo coordenação de serviços, é importante destacar o encaminhamento do usuário para o especialista, sendo que na dimensão de porta de entrada a procura da unidade de APS é claramente reconhecida como necessária para acesso a uma consulta com especialista. O encaminhamento ao especialista dos usuários da ESF foi menos frequente, o que reflete a maior resolubilidade desses serviços diante das demandas dos usuários. O fruto desse trabalho torna-se uma ferramenta de aprendizado para aqueles que têm interesse para iniciativas que visam qualificar os profissionais de saúde, contribuindo na análise das principais deficiências na prática na saúde da população. CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A partir deste trabalho, percebem-se novas perspectivas para a melhoria da assistência em saúde e para o desenvolvimento técnico-científico tanto para profissionais da saúde, usuários e gestores da APS. Ressalta-se que avaliar os serviços e os modelos assistenciais culmina em afirmar que sistemas e serviços de saúde com maior orientação para os atributos definidores da APS apresentam populações com melhores desfechos de saúde e maior satisfação com cuidado recebido. Nesse sentido, o profissional enfermeiro, como integrante da equipe da APS, necessita estar coordenando suas ações e da equipe de forma a prestar um serviço de acompanhamento de saúde com qualidade à população assistida. Dessa forma, o PCATool constitui um instrumento de identificação das demandas de saúde para um cuidado integral e com equidade no sistema de saúde. DESCRITORES: "Atenção Primária à Saúde" or "Enfermagem". REFERENCIAS: 1. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24(Sup1):S7-S27. 2. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, v. 204; 2011 Out 24, seção 1, p. 48-55. 3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2010. 4. Harzheim E, Starfiel B, Rajmil L, Dardet CA, Stein AT. Consistência interna e a confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde. Cad. Saúde Pública 2006; 22(8):1649-59. 5. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care 2005; 83(4):691-729.

14373

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCELLA ZULIANI LOPES SOARES

COMPARAÇÃO ENTRE AS ESCALAS DE COMFORT-BEHAVIOR E RAMSAY EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Soares, MZL; Mohallem, AGC; Brandi, S; Cunha, MLR;

INTRODUÇÃO: Um dos principais objetivos dos profissionais de saúde no cuidado à criança internada na unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) é realizar tratamento que implique na menor agressão possível, a fim de evitar maior sofrimento físico e emocional para a criança e seus familiares. Na UTIP, o paciente é constantemente exposto a intenso impacto psíquico causado pela ansiedade, distúrbios do sono e vigília, manipulação desconfortável e procedimentos invasivos. Esse cenário associado à necessidade de suporte ventilatório mecânico está entre as indicações mais comuns para a utilização de analgesia e/ou sedação nesses pacientes, que além de otimizar o tratamento, proporciona conforto, controla a dor e atenua o nível de ansiedade e agitação. A tendência atual está voltada para a individualização do tratamento do paciente, o que torna imprescindível a avaliação continuada da dor e a monitorização da sedação e da analgesia. A dor representa uma experiência subjetiva e considerando-se a área pediátrica, a criança deve ser avaliada por meio de instrumentos adequados e tratada de acordo com a faixa etária, o desenvolvimento cognitivo e as condições clínicas apresentadas por ela. Por esse motivo, a avaliação é muito mais complicada e difícil, sobretudo naqueles pacientes sob sedação e submetidos à ventilação mecânica (VM), pois, em muitas situações não é possível diferenciar entre dor e ansiedade, e ambas devem ser tratadas simultaneamente. Cabe a equipe de enfermagem estar preparada e proporcionar um cuidado humanizado. As escalas clínicas são os instrumentos mais utilizados pelos enfermeiros para a monitorização do grau de sedação. Através delas é possível redefinir e ajustar diariamente a dose dos medicamentos. As principais escalas em uso atualmente são a escala de sedação de Ramsay (R), escala de agitação e sedação de Richmond e a escala de Comfort, sendo que na pediatria as mais utilizadas são a primeira e a última, citadas respectivamente. A avaliação do nível de sedação pela escala de Ramsay foi proposta em 1974 e baseia-se em critérios clínicos para classificar o nível de sedação, seguindo numeração de 1 a 6 para graduar a ansiedade, agitação ou ambas, até ausência total de resposta do paciente. Necessita de contato com o paciente, uma vez que se faz necessário um leve toque glabelar ou estímulo sonoro auditivo, dependendo das condições apresentadas por ele. São observados: níveis excessivamente altos de sedação com Ramsay 5 ou 6; níveis adequados de sedação com necessidade de observação com Ramsay entre 2 e 4; e nível inadequado ou insuficiente de sedação com Ramsay 1. A escala de Comfort, descrita em 1992, é uma ferramenta observacional desenvolvida especificamente para crianças em VM. Analisa parâmetros comportamentais e fisiológicos, após dois minutos de observação, considera variáveis como: pressão arterial média (PAM), frequência cardíaca (FC), tônus muscular, tônus facial, nível de consciência, agitação/calma, movimentos respiratórios e movimento físico. Em 2005, a escala foi simplificada de igual validade que a original, na qual foram eliminadas as variáveis fisiológicas, sendo denominada Comfort-Behavior (CB). Esta escala refere-se apenas às variáveis comportamentais, utilizando, ainda, um item referente ao choro, para avaliar melhor as crianças fora de ventilação mecânica. Esta escala, evidentemente, não pode ser utilizada durante o uso de bloqueadores neuromusculares e inclui variáveis como a PAM e FC, que se alteram no paciente por outros fatores, tornando a graduação subjetiva. Para os pontos de corte para a graduação encontrada, foi sugerido que: um escore entre 6 e 10 corresponderia à super-sedação ou sedação profunda; escores maior ou igual a 23, à pouca sedação ou sedação insuficiente; e para a faixa intermediária entre 11 e 22, à sedação moderada. OBJETIVOS:

Verificar o nível de sedação de pacientes internados na UTIP de acordo com as escalas de Comfort-Behavior (CB) e Ramsay (R) e comparar o escore de sedação e o tempo gasto na aplicação das duas escalas. MÉTODO: Pesquisa de campo, descritivo-exploratória, prospectiva, por meio de observação não participativa, com análise quantitativa dos dados. Realizado na UTIP de um hospital geral, de grande porte de São Paulo. A população deste estudo englobou todos os pacientes a partir de um dia de vida até 18 anos incompletos, internados na UTIP, submetidos à VM ou não, que necessitaram de terapia analgésica e/ou sedativa e cujo responsável legal concordasse com a participação da criança no estudo, foram excluídos os pacientes em uso de bloqueador neuromuscular e em processo de extubação. Para o levantamento dos dados, foi utilizado um formulário do tipo Check List, elaborado pelos autores. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2012. Os profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, realizaram a aplicação das escalas beira leito, concomitantemente à rotina de verificação dos sinais vitais e foram anotados os escores graduados para cada uma das escalas e cronometrado o tempo de duração da aplicação de cada uma, separadamente. A amostra foi composta por seis pacientes, totalizando quatro observações por paciente. Foram registradas 48 observações, sendo 24 provenientes do emprego da escala CB e 24 da escala de R. RESULTADOS: Em 22 observações foram constatados níveis altos de sedação em ambas as escalas. Níveis moderados de sedação foram encontrados em uma observação de ambas as escalas. Em nenhuma das avaliações foi observado níveis baixos de sedação. Apenas em uma observação não houve concordância entre as escalas. Registra-se, porém, que os escores obtidos encontravam-se no limite da mudança de padrão de sedação. Para comparar os tempos gastos na aplicação das escalas, o teste de Análise de variância (ANOVA), que considerou como fatores as variáveis escala, paciente e observador, mostrou que os tempos médios entre as escalas são significativamente diferentes ($p = 0,019$), sendo o tempo médio usado para escala CB significativamente maior que o da escala R. O teste mostrou também que não há variação significativa entre os pacientes ($p = 0,629$) assim como entre os observadores ($p = 0,300$). CONCLUSÃO: Os escores da CB e R apresentaram equivalência nos resultados, demonstrando a predominância à sedação profunda. Em relação à aplicação das escalas, o tempo médio utilizado para a escala CB é significativamente maior que o da escala R. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O trabalho apresentado traz conclusões relevantes e o tema abordado é de extremo interesse para a comunidade pediátrica e para aqueles interessados no conforto e analgesia de pacientes criticamente doentes. Sugere-se a ampliação da amostra para desenvolvimento mais amplo de um tema tão importante. DESCRITORES: Unidades de terapia intensiva pediátrica. Cuidados de enfermagem. Monitorização fisiológica. REFERÊNCIAS: Bartomolé SM, López-Herce J, Freddi N. Sedação e analgesia em crianças: uma abordagem prática para as situações mais frequentes. J Pediatric. 2007;83(2 Suppl):S71-S82. Silva MS, Pinto MA, Gomes LMX, et al. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. Rev Dor. 2011;12(4):314-20. van Dijk M, Peters JW, van Deventer P, et al. The COMFORT Behavior Scale: A tool for assessing pain and sedation in infants. Am J Nurs. 2005;105(1):33-6. Society of Critical Care Medicine and American Society of Health-System Pharmacists. Sedation, analgesia, and neuromuscular blockade of the critically ill adult: revised clinical practice guidelines for 2002. Am J Health-Syst Pharm. 2002;59:147-9. Boerlage AA, Ista E, de Jong M, et al. The COMFORT behavior scale: is a shorter observation period feasible? Pediatr Crit Care Med. 2012;13(2):e124-e5.

14318

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARCIA HELENA DE SOUZA FREIRE

ENSINO-APRENDIZAGEM DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: A VISÃO DOS DISCENTES

Freire, MÁRCIAHELENADESOUZA; André, RHAISANATHÁLIAFRANÇA; Mazza, VERÔNICADEAZEVEDO;

A formação de enfermeiros com o perfil almejado, a saber: crítico, reflexivo e capaz de atuar em circunstâncias advindas de diversos contextos sociais, com uma formação baseada em um currículo baseado por habilidades e competências, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem1 e pelo Projeto Político Pedagógico das Instituições de Ensino Superior, deve buscar abordagens de ensino que sejam transformadoras, nas quais o discente autogoverne, seja participativo e co-responsável pelo seu aprendizado 2,3. Neste percurso é esperada, por docentes e formandos, uma mobilização práxica e reflexiva sobre a qualificação do ensino4. Desenvolveu-se este TCC para conhecer as perspectivas dos discentes sobre sua formação em EP, para identificar as estratégias de ensino que propiciaram, ou não, seu aprendizado, e subsidiar uma avaliação da Disciplina de EP. O público-alvo foram acadêmicos de Enfermagem de 8º, 9º e 10º períodos, de um IES pública, de uma capital de Estado da Região Sul do Brasil. Trata-se de pesquisa quali-quantitativa, com a utilização do Método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), e do Qualiquantisoft®. O DSC5 é um discurso-síntese apresentado em primeira pessoa do singular (pessoa coletiva), composto por expressões-chaves (fragmentos, trechos ou transcrições do discurso, que revelam a essência do depoimento), os quais foram categorizados segundo as ideias centrais semelhantes (uma expressão linguística que descreve o sentido do discurso analisado, não é uma interpretação, mas sim a descrição do discurso). As categorias fornecem um signo, que representa as classes, possibilitando análises e formulações5. Portanto, trata-se de uma pesquisa com base teórica na Representação Social, pois busca a percepção dos acadêmicos sobre seu aprendizado e sobre o ensino organizado para EP. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da referida IES e respeitou a todos os preceitos éticos. A coleta de dados aconteceu no período de abril e maio de 2013, com instrumento elaborado para entrevista com a identificação, e as questões: Como foi seu aprendizado em EP? Quais eram suas expectativas para a Disciplina de Pediatria? O que contribuiu para o seu aprendizado de EP? O que dificultou o seu aprendizado de EP? De que maneira você aplicou os conteúdos teóricos nas aulas Práticas da EP? O que você sugere como estratégia ou recurso de aprimoramento do ensino de EP? Eram previstos 62 discentes, mas aceitaram participar da pesquisa 34 (cerca de 50%), depois de esclarecidos os objetivos, da leitura, assinatura e concordância de participação. A maior parte (52,94%) dos entrevistados foram acadêmicos do 10º período, com idade entre 20 e 25 anos (70,6%) que estavam em sua primeira formação profissional (61,8%). Nos DSC obtidos para primeira questão, observou-se que para alguns a aprendizagem ocorreu de forma positiva (com uma força de compartilhamento de 60% dos entrevistados), enquanto para outros houve insuficiências, sendo estas as duas categorias encontradas. O DSC da categoria positiva apresentou-se como [...] foi ótimo, tive boa formação. No geral os conteúdos foram muito bons, com boas bibliografias, bom conteúdo teórico.[...]. Já a força de compartilhamento na categoria ?Apresentou situações de insuficiência' foi mais intensa (72,22%), para os acadêmicos do 10º período, fato que pode demonstrar maior criticidade enquanto formandos, já que para o 8º e 9°Períodos, 53,33% do compartilhamento, foi para insuficiente. A questão da CH emerge no discurso, a deficiência no ensino apontada está majoritariamente ligada ao tempo [...]pois com poucas aulas, poucos dias de estágio além poucos docentes, as atividades ficam restritas, apenas se é possível abordar questões básicas de Pediatria, não havendo os conteúdos de emergência, cuidados intensivos, entre outros.[...]. No decorrer do discurso percebeu-se que o acadêmico apreendeu que em sua prática profissional poderá aprofundar-se

em conteúdos específicos de Pediatria, pois relata que possui um conhecimento geral, o qual necessita de aprofundamento, mas que apesar do tempo ofertado a Disciplina conseguiu trabalhar com conteúdos básicos. Nesse DSC também há a menção de aulas que possam "capacitar" o aluno, citando as aulas em laboratório de práticas (LP). Essas aulas em LP contribuem para aquisição de habilidades e, através de simulações e demonstrações fictícias, levam o aluno a ter uma sensação de segurança na manipulação de equipamentos e no desenvolvimento de técnicas, assim a problematização em laboratório é realizada exercitando as competências necessárias para o Enfermeiro3. Já para a segunda pergunta, das expectativas relatadas, a categorização que sobrepujou foi a ?Aprender' (58%), mas também aparecerem expressões de sentimentos positivos e negativos (cada categoria com força compartilhada por quase 21% dos entrevistados). No DSC explicitou-se" [...] Eu tinha expectativa de aprender coisas novas, parâmetros diferentes do que já havíamos visto; de ter conhecimento das principais patologias dentro da pediatria, cuidados, a pediatria a nível de saúde primária e terciária, de assistir a criança bem como seu responsável considerando-os como um ser biopsicossocial [...]". O desejo de aprender pode e deve ser utilizado como força propulsora para o aprendizado, a fim de se alcançar um sujeito participativo, ativo, no processo de ensino-aprendizagem, ressaltando que esta é uma estratégia metodológica prevista no PPP do curso. As questões sobre quais fatores contribuíram e dificultaram, apresentaram categorias semelhantes, com força de compartilhamento diversas, a saber: ?A Teoria', ?A Prática, ?As Metodologias Ativas', ?O Professor', ?O próprio acadêmico' e ?A organização da disciplina". Como facilitadores ?A prática' teve maior força de compartilhamento (50%), seguida pela categoria ?O Professor' (29,4%), representando a importância dada pelos discentes a estes dois aspectos, que com força de compartilhamento diversas aparecem também como dificultadores do aprendizado, 47% e 23,5% para ?A prática' e ?O Professor', respectivamente. O estar em um campo de prática favorece a aprendizagem significativa, o mesmo com seu contexto real apresenta-se como meio facilitador para o ensino, no qual o aluno encontra possibilidades de relacionar os conteúdos, aplica-los e contextualiza-los, sedimentando conhecimentos. ?As Metodologias Ativas' aparecem apenas como facilitadoras, e foram identificadas nos discursos 12 tecnologias educativas, com citações compartilhadas preponderantemente para as aulas práticas, interação visual, plataforma virtual, estudos de caso, seminários, livros e aulas expositivas. Os acadêmicos disseram ter aplicado a teoria à prática: ?Sistematizando a assistência à criança e família' (41,17%); ?Cuidando da criança e da família' (26,47%); ?Utilizando os recursos didático-pedagógicos sugeridos pelos docentes' (26,47%) ?Relacionando a Teoria a prática' (20,58%); ?Com a ajuda da professora' (2,94%). A última pergunta solicitou sugestões para a Disciplina e as mesmas foram também relacionadas às categorias das dificuldades e facilidades, com predomínio das sugestões para a prática, teoria, metodologias e professores. Pretende-se com os resultados subsidiar a avaliação e o aprimoramento do ensino de Enfermagem Pediátrica nas IES. Palavras-chaves: Enfermagem Pediátrica; Educação em Enfermagem; Educação Superior. Referências: 1 BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Enfermagem. C.N.E./C.E.S. Seç.1:37; Brasília; 2001. 2 FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 18.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra Educação, 1983. 3 CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p.780-788, 27 set. 10. mai-jun,2004. 4 BORDENAVE, J.D., PEREIRA, A.M. Estratégias de ensino-aprendizagem. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1984. 5 LEVÉFRE, F.; LEVÉFRE, A.M.C. DSC- Discurso do Sujeito Coletivo - Qualiquantisoft® [software de apoio a pesquisas qualiquantitativas, com base na teoria]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.

14193

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MARIANA DA COSTA OLIVEIRA DE AZEVÊDO

AVALIAÇÃO DE FIXAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL EM PEDIATRIA: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Azevêdo, MCO; Raeli, FP;

AVALIAÇÃO DE FIXAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL EM PEDIATRIA: UMA REVISÃO LITERÁRIA Mariana da Costa Oliveira de Azevêdo Bacharel em Enfermagem maricoazevedo@hotmail.com Fabiana de Paula Raeli Profª do curso de Enfermagem da FUNESO- UNESF fabianaraeli@hotmail.com Resumo:
Nesta pesquisa optou-se pela investigação de estudos científicos relacionados a fixação de TOT, bem como suas dificuldades e as consequências que elas representam. Foram selecionadas publicações científicas completas, referentes à temática, que apresentassem correlação com o tema estudado e aos descritores utilizados nesta pesquisa, que tem como um dos principais objetivos realizar revisão de literatura sobre fixação de tubo orotraqueal em pediatria com base nos dados dos estudos observados. Com a leitura dos artigos selecionados, pôde- se notar que dentre os autores estudados que citam o tipo de fixação que era utilizado no ambiente onde sua pesquisa foi realizada que 50 % descrevem o esparadrapo como sendo o tipo de fixação de TOT. Foi observada a citação das principais complicações relacionadas à fixação do tubo orotraqueal (TOT), sendo a extubação acidental (EA) a que é citada por mais autores, representando 54,5 % das citações em relação às complicações. Devido o fato de a EA ser representada por um percentual tão expressivo quanto às complicações, foi observada a necessidade de observar quais são as principais causas que levam ao seu acontecimento, de acordo com os autores que a citam como complicação, sendo visto que 66,1 % dos autores que referem a EA apontam que a principal causa que leva ao seu favorecimento é a má fixação do TOT. Dentre os principais diagnósticos de enfermagem relacionados aos cuidados com a fixação de pacientes com o TOT. Descritores: Intubação, UTI Pediátrica, extubação. Introdução Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), há, comumente, entre os pacientes aqueles que apresentam a necessidade de suporte ventilatório, seja por métodos não invasivos, seja por métodos invasivos, como é o caso da intubação traqueal, que promove uma via aérea artificial que vai promover uma ventilação pulmonar livre de obstáculos nas vias aéreas superiores[1]. A extubação acidental é uma das complicações possíveis na presença do tubo[2] e pode levar ao risco de outras complicações subsequentes, como por exemplo, laringoespasmo, faringite, laringite, ulceração da mucosa traqueal, estenose traqueal, entre outras. Vale salientar que entre os fatores dos quais podem decorrer a EA está a fixação inadequada do tubo[3]. Em um dos estudos, foi relatado que os cuidados de enfermagem com a fixação do tubo orotraqueal (TOT) ou mesmo o material utilizado para a fixação são inadequados. Para certificar-se disso serão necessário a busca de novas possibilidades de fixação e capacitação da equipe 4 . Manter adequada fixação do TOT e atentar para o risco de EA são dois pontos que precisam ser foco de atenção no tocante a assistência de enfermagem ao paciente com TOT e devem ser investigados e detalhados5. O enfermeiro conta ainda com a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) para auxiliá-lo na tarefa do cuidar e observar cuidadosamente os riscos que o paciente apresenta. A SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades do paciente irá, sem dúvida, contribuir para a melhoria na assistência. Objetivos o objetivo geral foi de realizar revisão de literatura sobre fixação de tubo orotraqueal em pediatria com base nos dados dos estudos observados, os objetivos específicos foram investigar tipos de fixação do TOT encontrados em pediatria, identificar as principais complicações da fixação de TOT em pediatria e selecionar os principais diagnósticos de enfermagem (DE) em relação aos cuidados com a fixação do TOT. Metodologia Este é um trabalho que trata- se de bibliografia realizada nas bases de dados e livros textuais no período de setembro a novembro de 2012. Nesta pesquisa optou-se pela investigação de estudos

científicos relacionados a fixação do TOT, bem como suas dificuldades e as consequências que elas representam. Foram selecionadas publicações científicas completas, referentes à temática, que apresentassem correlação com o tema estudado e aos descritores utilizados nesta pesquisa. Resultados Pode- se notar que dentre os autores estudados que citam o tipo de fixação que era utilizado no ambiente onde sua pesquisa foi realizada que 50 % descrevem o esparadrapo como sendo o tipo de fixação de TOT. Foi observada a citação das principais complicações relacionadas à fixação do TOT, sendo a extubação acidental (EA) a que é citada por mais autores, representando 54,5 % das citações em relação às complicações. Devido o fato de a EA ser representada por um percentual tão expressivo quanto às complicações, foi observada a necessidade de observar quais são as principais causas que levam ao seu acontecimento, de acordo com os autores que a citam como complicação, sendo visto que 66,1 % dos autores que referem a EA apontam que a principal causa que leva ao seu favorecimento é a má fixação do TOT. Dentre os diagnósticos de enfermagem encontrados que estão relacionados aos cuidados com a fixação de pacientes com o TOT temos o risco de integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos, Integridade da pele prejudicada relacionada ao trauma mecânico secundário a tubo endotraqueal, risco de integridade tissular prejudicada, risco de infecção relacionado a defesas primárias inadequadas secundário à pele rompida e risco de aspiração bem como suas relações. Conclusão Através deste trabalho conclui-se que, uma boa fixação do tubo orotraqueal é de fundamental importância quando o objetivo é diminuir ou excluir a possibilidade de extubação do mesmo em pacientes pediátricos já que a recolocação deste tubo seria demasiado incômodo e estressante para a criança. Para reduzir o risco de extubação acidental é essencial uma boa técnica de fixação do TOT. O enfermeiro deve saber reconhecer e diferenciar quando se trata de extubação acidental. Deve-se atentar em manter a fixação limpa e seca além de trocá-la sempre que necessário, já que a EA deve ser evitada pois, expõe o paciente ao risco de nova intubação. E apesar da não confirmação de um método completamente seguro de fixação de TOT, a utilização do processo de enfermagem permite o planejamento de intervenções, a partir dos DE identificados, melhorando a assistência ao paciente. Contribuições/ Implicações para a Enfermagem Sugere-se com esta pesquisa a criação de um protocolo que possa estar adequado à realidade da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIp) e uma pesquisa de campo para busca de nova possibilidade de fixação que seja mais eficaz. Referências: [1] MATSUMOTO, T; CARVALHO, W. Intubação traqueal. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 83, n. 2, maio 2007. Disponível em . Acessos em 14 de set. 2012. [2] ALMEIDA, A S S ; Intubação orotraqueal e traqueostomia.2004. [3] CARVALHO, F L et al . Incidência e fatores de risco para a extubação acidental em uma unidade de terapia intensiva neonatal. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 86, n. 3, jun. 2010. Disponível em . Acesso em 08 out. 2012. 4 PADILHA, E F; MATSUDA, L M. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em terapia Intensiva: Avaliação por meio de auditoria operacional. Rev. bras. enferm. , Brasília, v 64, n. 4, agosto de 2011. Disponível a partir do . acesso em 24 de novembro de 2012. 5 VIANA, R A P P. WHITAKER, I Y e colaboradores. Enfermagem em terapia intensiva, práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed. 2011. P. 23

14559

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MIRIAN GONÇALVES DA SILVA

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMO PROCESSO EDUCATIVO, CULTURAL E CIENTÍFICO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Abrahão, AL; Rocha, FS; Santos, NTP; Silva, MG; Souza, AC;

Introdução: A política nacional de extensão vem sendo pactuada pelas Instituições de Ensino Superiores e traz como diretrizes a indissociabilidade com o ensino e a pesquisa, a interdisciplinaridade e a relação bidirecional com a sociedade. Realizada sob a forma de programas, projetos, prestações de serviço, elaboração e difusão de publicações e outros produtos acadêmicos.[1] Definir extensão universitária é complicado, a mesma, tem sido apresentada como parte de um tripé de ações próprias das universidades, onde o ensino e a pesquisa são os demais elementos que a compõem. Esta tem sido reconhecida como uma das práticas acadêmicas com potencial para interpretar, na universidade, as demandas que a sociedade impõe, uma vez que permite socializar o conhecimento e promover o "diálogo" entre o saber científico e o saber popular. Segundo o Plano Nacional de Extensão, a extensão universitária é definida, como "prática acadêmica que interliga a Universidade nas suas atividades de ensino e pesquisa com as demandas da população". Desta forma a formação profissional só será completa com a aplicação do produto da aprendizagem na sociedade o que supõe que a extensão universitária é fundamental na contribuição da diminuição das problemáticas sociais existentes[2]. A extensão assegura aos estudantes a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico, pois no retorno à Universidade, docentes e discentes trazem um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, é acrescido àquele conhecimento[3]. A Unidade Avançada José Veríssimo trata-se de um programa de extensão da Universidade Federal Fluminense, criada pela Resolução 24/72 do Conselho Universitário sediada em Oriximiná no estado do Pará e tem como objetivos desenvolver atividades de extensão, ensino e pesquisa, proporcionar ao estudante universitário oportunidade de treinamento profissional e levar a essas áreas contribuição organizada para a aceleração do processo de seu desenvolvimento inclusive o técnico-científico4.Objetivo: Relatar e descrever a experiência da extensão universitária na formação acadêmica vividas durante a graduação na Universidade Federal Fluminense. Metodologia: O estudo foi desenvolvido durante a extensão universitária enquanto acadêmicas (os) do Curso de Enfermagem e licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense localizada no município de Niterói no estado do Rio de Janeiro com o município de Oriximiná- PA no período de 05 à 30 de Dezembro de 2011 em parceria com o Hospital Maternidade São Domingos Sávio. Descrição da experiência: Diante das possibilidades, habilidades, competências e saberes proporcionados e apreendidos com a equipe do projeto foi possível realizar diversas atividades enquanto acadêmicas do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da UFF no município de Oriximiná- PA no período de 05 à 30 de Dezembro de 2011 em parceria com o Hospital Maternidade São Domingos Sávio. Nessa experiência foi possível desenvolver tanto práticas de promoção a saúde, quanto preventivas e de atenção direta aos pacientes. Percebemos que somos capazes de lidar com situações até então desconhecidas e encarar os desafios. Convivemos com pessoas e hábitos culturais diferentes com os quais estávamos acostumadas, sendo uma oportunidade única de vivenciar as dificuldades a linhas ao aprendizado numa realidade diferente. Desenvolvemos muitas atividades durante essa jornada,mas as mais enriquecedoras foram participar dos partos realizados em assistência de enfermagem ao recém-nascido. A UTI neonatal era outro local de trabalho em que aprendemos bastante sobre os cuidados com o bebê na UTI e as patologias neonatais. A experiência mais interessante desta viagem foi participar do dia de ações de cidadania na

estrada do BEC local conhecido como Beira de estrada. Neste dia foram realizadas muitas ações para promoção e prevenção de saúde da população, uma delas foi a que participamos ativamente que foi imunização de crianças. Eram crianças vindas de toda região de Oriximiná, principalmente comunidades ribeirinhas que tem dificuldade de acesso ao sistema de saúde, pois a região que residem é longe da cidade. Durante a vacinação nos deparamos com muitas crianças com o cartão de vacina praticamente vazios, com apenas a BCG e a vacina da hepatite. Diante desta situação, tivemos que pensar muito como atuar, pois como eram cartões de vacinação sem as principais vacinas em crianças de todas as idades, a equipe resolveu então imunizar com as vacinas próprias para idade naquele momento. Foi muito relevante participar de um dia promoção saúde e conhecer e interagir com uma cultura diferente, principalmente para nosso amadurecimento como profissional quanto pessoal. Resultados: Percebemos que somos capazes de lidar com situações até então desconhecidas e encarar os desafios. Convivemos com pessoas e hábitos culturais diferentes com os quais estávamos acostumadas, sendo uma oportunidade única de vivenciar as dificuldades alinham ao aprendizado numa realidade diferente. A experiência foi enriquecedora, tivemos a oportunidade de interagir e aprender em vários contextos, em um mesmo cenário. Fomos parte integrante da equipe, autônomas nas atividades desenvolvidas criando-se uma rotina de trabalho muito semelhante na qual encontraremos depois de formadas. Contribuições para enfermagem: Seria interessante que todos durante a graduação participassem de projetos de extensão universitária, pois estes possibilitam outro olhar sobre o cotidiano das práticas, impelem para um novo posicionamento dos alunos frente às necessidades e demandas dos sujeitos por atenção em saúde. Conclusão: A experiência foi enriquecedora, tivemos a oportunidade de interagir e aprender em vários contextos, em um mesmo cenário. Fomos parte integrante da equipe, autônomas nas atividades desenvolvidas criando-se uma rotina de trabalho muito semelhante na qual encontraremos depois de formadas. A extensão do projeto Oriximiná é importante para a formação acadêmica, pois permite a ampliação dos conhecimentos e a visão crítica, buscando oferecer uma base teórico-prática sólida, que permitirá ao profissional, formado na instituição, enfrentar o mercado de trabalho. Descritores: extensão, Instituições de ensino e promoção da saúde. EIXO V - Outros. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. Renex. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidade Públicas Brasileiras. Plano Nacional de Extensão e outros documentos de interesse. Disponível em http://www.renex.org.br. Acesso em 10 de Jan de 2012 às 17:45. 2. Ronzelli,J P. A extensão universitária. Disponível em www.mackenzie.br/extensao_universitaria.html. São Paulo, 2003. 3. Santos, B.S. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 2001. 4. Universidade Federal Fluminense. Pró-Reitoria de Extensão. Disponível em http://www.uff.br/proex. Acesso em 09 de jan de 2012 às 23:12.

14546

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

MIRTES VALÉRIA SARMENTO PAIVA

NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIABETES

Paiva, MVSP; Viegas, CGCV; Sousa, FGMS;

Introdução: a descoberta de um caso de diabetes independente da classificação clínica é motivo de preocupação para os profissionais de saúde, devido as complicações agudas e crônicas da doença e as repercussões para o paciente, família e sociedade1. Outra condição importante relativa ao adoecimento por diabetes deve ao fato de ser um agravo irreversível, que apresenta períodos de exacerbação e remissão com perspectiva de surgimento de outras co-morbidades, havendo necessidade frequente de utilização dos serviços de saúde2. Considerando estas características, o diabetes exige permanente e contínua vigilância dos níveis glicêmicos, bem como um plano de cuidados que envolvem, entre outras coisas, a administração de insulina, o controle rigoroso da dieta, atividades físicas e atitudes comportamentais que assegurem qualidade de vida e minimização de riscos. Especificamente, no tocante ao cuidado à criança e ao adolescente com diabetes, o planejamento terapêutico requer esforços conjuntos que envolvem não apenas a criança/adolescente, mas também os serviços e profissionais de saúde, a família e em especial o cuidador. Desse processo de cuidado emergem necessidades relativas à doença, assim como aos diferentes aspectos da terapêutica e do comportamento humano. Nesse sentido, o cuidado profissional deve ser abrangente e multidimensional, no sentido de identificar necessidades e minimizar preocupações, angústias e ansiedade do cuidador e da criança e/ou adolescente afetado. Entretanto, a mudança dessa lógica demanda a definição para uma nova centralidade - a das necessidades -, compreendida por como a "manifestação de carência (sentida ou não) de uma condição interna desencadeando processos psicológicos e fisiológicos que se traduzem em comportamentos particulares"3:74. Portanto, necessidade tem o significado de procurar saber o que tem sentido para as pessoas afetadas, o que pode determinar a ajuda a prestar e compreender o que elas próprias não podem resolver em virtude do processo de adoecimento e das demandas que daí decorre. Assim, a natureza do trabalho de enfermagem é determinada pela relação com o doente e sua família e estes se tornam o eixo dos cuidados. É por meio dessa relação com o doente e sua família que o enfermeiro é capaz de conhecer, compreender e discernir necessidades de cuidados, ampliar suas competências e mudar o foco e a natureza dos cuidados. Esta perspectiva leva os enfermeiros a refletirem sobre as emoções, os valores e as atitudes que acompanham o cuidado. Logo, a orientação do cuidado não está centrada tão somente na doença em si, "mas na compreensão das necessidades das pessoas e dos grupos"4:152. Nesse contexto, a intervenção sobre um estado de desequilíbrio de saúde-doença passa a solicitar ações que transcendam à simples lógica técnica, biomédica e processual e passa a exigir um trânsito pelos campos das relações e do diálogo entre a necessidade sentida pelo usuário e a interpretada e validada pelo profissional de saúde. Esta condição possibilita a definição de processos de trabalho, assim como o uso de ferramentas e tecnologias em saúde, e mais que isso, a possibilidade de vínculos entre o usuário e o profissional. Por estas assertivas delimita-se o objeto desta investigação situada no contexto da criança e do adolescente com diabetes, o cuidado familiar e as necessidades advindas do processo de cuidado. Se considerarmos o cotidiano em que vive o cuidador familiar da criança/adolescente com diabetes, é provável, que este, esteja vulnerável e demande por necessidades expressas, a partir de aspirações e desejos de apoio e suporte para o processo de cuidado. Dessa maneira, cabe fazer o seguinte questionamento: Que necessidades são vivenciadas pelo cuidador familiar a partir das demandas de cuidado à criança ou adolescente com diabetes? Questionar e compreender necessidades de cuidadores familiares de crianças e adolescentes com diabetes será

importante para que o enfermeiro apreenda e compreenda essas necessidades nas práticas de cuidados. Metodologia: estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa realizado no Centro de Referência de Educação em Diabetes em São Luis - MA. Participaram do estudo 11 cuidadores familiares de crianças e adolescentes com diabetes atendidos no Programa de Educação em Diabetes. Os dados foram coletados entre os meses de junho a dezembro de 2012 por meio de entrevista não estruturada gravadas em meio digital. Os dados foram analisados a partir dos pressupostos da Análise Temática. O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) por meio do processo de número 001798/2010-90 e com parecer aprovado de n°080/2012. Resultado: A análise dos dados revelou que o cuidado a crianças e adolescentes com diabetes constituiu-se por um cotidiano desafiador para o cuidador familiar e como um processo dinâmico, rico de exigências, mudanças de hábitos de vida e restrições que repercutiram na vida das crianças/adolescentes, família e cuidador. Desse processo de cuidar, emergem contextos e situações que se configuram como necessidades de suporte para manutenção, continuidade do cuidado e redução de complicações. Nesse contexto, o cuidado tem como finalidade favorecer o crescimento, o desenvolvimento e a inserção social dos filhos com diabetes. Sob um olhar mais atento e criterioso sobre os dados, as necessidades do cuidador foram agrupadas em uma grande dimensão, nomeadas como Necessidades de Suporte para o Cuidado. Estas foram requeridas pelos cuidadores quando não possuíam os recursos para responder de forma satisfatória as demandas para manutenção e continuidade do cuidado. Nesse sentido, o suporte para o cuidado tem como finalidade preparar/apoiar os envolvidos de modo que estes possam adquirir conhecimentos e competências necessárias para o cuidado. É uma intervenção que se sustenta na centralidade de questões existenciais e nas experiências subjetivas para alívio ou modificação de comportamentos e a superação de dificuldades. Portanto, é por meio do suporte que os profissionais encorajam comportamentos positivos, aconselham, estabelecem limites, asseguram mudanças e realizam negociações para atender necessidades gerais e específicas para o cuidado. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: Compreender as necessidades do familiar cuidador da criança e do adolescente com diabetes requer do enfermeiro o reconhecimento da subjetividade que permeia o processo do cuidar. Torna-se essencial a reflexão sobre a dimensão humana do cuidado, que envolve sentimentos, expectativas, tristezas, esperanças entre outros sentimentos, aliado a um conhecimento técnico-instrumental e científico para apoiar as intervenções e as práticas. Palavras-Chaves: Enfermagem; Cuidado; Diabetes Mellitus; Necessidades Referências 1. PEDROSA, H. C.; MACEDO, G. C.; RIBEIRO, J. Pé diabético. Diabetes Mellitus Diagraphic, p. 557-568, 2006. 2. GOES, A. P. P.; VIEIRA, M. R. R.; LIBERATORE JUNIOR, R. D. R. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 124-128, jun. 2007. 3. COLLIÉRE, M. F. Promover a vida. 4. ed. Loures: Lidel, 1999. 4. CHALIFOUR, J. A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta, 2008. v. 1.

14386

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ONEIDE REGINA DEPRET

PARTICIPANDO DE UM PROCESSO DE ARTETERAPIA: O SIGNIFICADO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Depret, OR; Borba, RIH; Ribeiro, CA;

Introdução: Pessoas que se dedicam a "profissões de ajuda", como os profissionais da saúde e educação, lidam diariamente com o sofrimento humano, mas tendem, muitas vezes, a minimizar seus próprios problemas ou dar pouca atenção a eles, banalizando-os. É comum que se dediquem tanto ao auxílio de outros que não disponham de tempo para cuidar de si, sofrendo muitas vezes de doenças provocadas por estresse ou ansiedade, por não terem tempo para "respirar". Diversas pesquisas enfatizam que são profissionais muito expostos ao estresse ocupacional e que tem poucas oportunidades de vivenciar momentos de autocuidado e relaxamento. Apontam também a dificuldade de relacionamento entre profissionais, na equipe de trabalho, como importante fator gerador de estresse, ressaltando a necessidade de promoção de um ambiente saudável com práticas que levem ao autoconhecimento e aperfeiçoamento1. No presente estudo, destacamos a aplicação da Arteterapia no contexto preventivo, considerando que o uso da expressão artística enquanto terapia implica que o processo criativo pode ser um meio tanto de facilitar a autopercepção e o desenvolvimento pessoal, como de lidar com conflitos emocionais. A atividade criativa e lúdica por si só já tem um caráter equilibrador da saúde psíquica, proporcionando descarga emocional, alívio de tensões e de ansiedade2. Considerando que para exercer adequadamente suas funções de atendimento à população em diversos níveis de sofrimento, o profissional precisa estar ele mesmo, em boas condições de equilíbrio físico e emocional, elaborou-se uma proposta de intervenção arteterapêutica a estes profissionais. Objetivos: possibilitar ao profissional de saúde e educação a experiência de um processo grupal de intervenção em Arteterapia a fim de promover a autoexpressão, o autoconhecimento e o alívio de tensões emocionais; compreender o significado atribuído por esse profissional à vivência do processo arteterapêutico e construir um modelo teórico representativo dessa vivência. Metodologia: Estudo de natureza qualitativa, utilizando como referencial teórico o Interacionismo Simbólico, perspectiva de análise das experiências humanas, cujo foco principal é a natureza da interação, as atividades de dinâmica social que acontecem entre as pessoas3. Como referencial metodológico será utilizada a Teoria Fundamentada nos Dados, que visa descrever conceitos que emergem dos dados e interpreta a relação entre estes, permitindo a construção de modelos teóricos4. Os dados estão sendo coletados no Centro Assistencial Cruz de Malta (CACM), instituição filantrópica localizada na cidade de São Paulo que oferece à comunidade atendimento ambulatorial e creche, entre outros serviços. A coleta de dados foi mediada por um processo arteterapêutico, constituído por seis oficinas grupais, conduzidas por uma das pesquisadoras e realizadas semanalmente, na própria instituição, dentro do horário de trabalho. A sequência das oficinas fundamentou-se em estudos que preconizam que se trate, primeiramente, da apresentação e criação de um espaço em que os participantes se sintam à vontade para se expor e compartilharem vivências, num ambiente que garanta respeito e sigilo5. As oficinas seguintes enfocaram temas relacionados a aspectos considerados causadores de sofrimento psíquico em profissionais de saúde e educação, tais como relacionamento de equipe e enfrentamento de situações difíceis ou estressantes1. Em cada um dos encontros, por meio do relato de uma história e realização de atividade artística expressiva, foi abordado um dos seguintes temas: criação de vínculos (história: Os sete novelos/ atividade expressiva: confecção coletiva do ?olho mágico'); superação de obstáculos (A montanha e a pedra/ pintura em pedras); iluminar potencialidades (A menina da lanterna/ confecção de mandalas a partir de velas derretidas); e resgate da própria história (Fátima, a

fiandeira/ confecção de panô representando a linha da vida)5. O último encontro foi reservado para o fechamento das atividades, ocorrendo a retomada dos trabalhos realizados e avaliação do processo arteterapêutico5. Ao todo, formaram-se três grupos, cada um com quatro a sete participantes, sendo que 14 profissionais concluíram o processo, ao final do qual, participam de uma entrevista semiestruturada, individual, norteada pela pergunta: Como foi para você a experiência de haver participado das oficinas de arteterapia? A pesquisa foi autorizada pela diretoria do CACM, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, protocolo 07857312.3.0000.5505, e os participantes, profissionais da instituição que se dispuseram voluntariamente a participar do processo arteterapêutico, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A análise dos dados está sendo realizada concomitantemente à realização das entrevistas, conforme preconizado pelo método, seguindo etapas de codificação inicial, categorização, codificação teórica, com vistas à identificação da categoria central e construção do Modelo teórico representativo da vivência estudada. Resultados: Até o momento, 7 profissionais já foram entrevistados. Os resultados preliminares dos dados emanados das entrevistas, revelaram que a participação no processo arteterapêutico se refletiu em alívio da ansiedade e do estresse e na melhoria do relacionamento entre os colegas e os clientes, que passaram a interagir de modo mais solidário frente às demandas do serviço, promovendo assim aumento na qualidade dos atendimentos prestados e na própria qualidade de vida dos profissionais. Outras entrevistas deverão ser realizadas, buscando aprofundamento da compreensão do significado atribuído por eles à vivência do processo arteterapêutico e seus possíveis desdobramentos para a vida pessoal e profissional. Conclusões: Tendo a oportunidade de vivenciarem situações lúdicas e criativas, de troca de impressões e experiências, desvinculadas de demandas externas, como se dá em um processo arteterapêutico, os profissionais das áreas da saúde e educação puderam obter alívio do estresse ocupacional e melhoria da qualidade dos relacionamentos pessoais e profissionais, refletindo positivamente na qualidade de vida. Contribuições para a Enfermagem: Profissionais de enfermagem, normalmente acostumados a vivenciarem conflitos e sofrimentos humanos, durante a prestação de cuidados, podem se beneficiar ao participarem de um processo arteterapêutico que visa a autopercepção e o contato com o próprio mundo interno. Embora isto se aplique a qualquer ramo da profissão, é particularmente relevante no caso da assistência pediátrica, pois esses profissionais interagem com uma população potencialmente vulnerável, como é a criança e sua família e, portanto, precisam de apoio adicional para lidarem com situações estressantes tais como a realização de procedimentos intrusivos e a morte de um jovem paciente. Descritores: Estresse ocupacional; Criatividade; Profissional de saúde.

Referências: 1. De Paula GReis, JF e outros. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. In: Aquichan, vol. 10, nº 3, p.267-279. Chia, Colombia: Universidad de La Sabana, 2010. 2. Depret OR. Arteterapia: as deusas gregas e o "fazer arte" num processo de autoconhecimento ou "como fazer uma Colcha de Retalhos". [monografia - pós-graduação Lato Sensu em Arteterapia]. São Paulo: Universidade Paulista, 2005. 3. Ribeiro CA, Pettengill MAM. A Abordagem Interacionista. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. 1ªed. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006. 4. Pettengill MAM, Ribeiro CA. A Teoria Fundamentada nos Dados. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. 1ªed. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006. 5. Bernardo, PP. A Prática da Arteterapia: correlações entre temas e recursos. Vol. I: Temas centrais em Arteterapia. São Paulo: Edição da Autora, 2008.

14053

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PATRICIA FOLLADOR KARAM

CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA GESTÃO DO CUIDADO

Karam, PF; Soncini, MF; Anders, JC; Andrade, SR; Matos, E;

INTRODUÇÃO: A gestão do cuidado a crianças e adolescentes em tratamento oncológico exige o conhecimento da realidade, das políticas públicas voltadas para a questão, assim como dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). O câncer de modo geral constitui um grave problema de saúde pública, demandando ações de prevenção e a atenção adequada aos doentes em todas as etapas da doença e do tratamento. O câncer infanto-juvenil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Este cenário ilustra a necessidade de grande investimento no desenvolvimento de ações amplas e abrangentes para melhoria do controle do câncer em todos os níveis: promoção da saúde, detecção precoce, assistência aos pacientes, vigilância do câncer e dos seus fatores de risco, formação de recursos humanos, comunicação e mobilização social, pesquisa e gestão do SUS. OBJETIVO: Refletir acerca da organização da rede de atenção ao paciente oncológico com enfoque de crianças e adolescentes. ASPECTOS DE REFLEXÃO: CÂNCER: um problema de saúde pública: O Instituto Nacional do Câncer(1) estima que surgirão aproximadamente 518 mil novos casos de câncer no Brasil em 2013. Em 2012, foram realizadas cerca de mais de 500 mil internações na rede pública para tratamento do câncer, ao custo de R$ 806 milhões. Com base em referências dos registros de base populacional, são estimados mais de 9.000 casos novos de câncer infanto-juvenil, no Brasil, por ano. Assim o câncer já representa a segunda causa de mortalidade proporcional entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, sendo a primeira causa aquelas relacionadas aos acidentes e a violência, podemos afirmar então que o câncer é a primeira causa de mortes por doença, após 1 ano de idade, até o início da fase adulta. Dessa forma, revestem-se de importância fundamental para o controle dessa situação e o alcance de melhores resultados, as ações específicas do setor saúde, como organização da rede de atenção e desenvolvimento das estratégias de diagnóstico e tratamento oportunos. Embora o Ministério da Saúde(2) divulgue a cura em 70% dos casos, atribuídos aos avanços no diagnóstico e tratamento da doença, afirma também que isso só pode ser conseguido quando o diagnóstico é precoce e a criança recebe o devido tratamento em instituição especializada. Por outro lado, o difícil acesso à informação e atendimento nos serviços de saúde, retarda o diagnóstico e dificulta o tratamento e a cura. A Política Nacional de Atenção Oncológica(3): O Ministério da Saúde propôs por meio da portaria nº 2.439/GM de 8 de Dezembro de 2005 instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas. A proposta estabelece uma organização articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios. Esta portaria foi constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: promoção e vigilância em saúde; atenção básica; média complexidade; alta complexidade; centros de referência de alta complexidade em oncologia; regulamentação suplementar e complementar; regulação, fiscalização, controle e avaliação; sistema de informação; diretrizes nacionais para a atenção oncológica; avaliação tecnológica educação permanente e capacitação; pesquisa sobre o câncer. A Criança e o Adolescente com Câncer: A partir da Lei Magna de 1988, constrói-se novo paradigma na atenção à criança e ao adolescente, com base na Doutrina da Proteção Integral das Nações Unidas. O Estatuto da Criança e do Adolescente(4) regulamenta aqueles artigos da Constituição direcionados para o público infanto-juvenil. Desta forma, cria-se uma nova cultura

em que a criança e o adolescente passam a ser vistos como cidadãos, sujeitos de direitos, e não mais portadores de necessidades, cabendo às gerações adultas o dever de assegurar um sistema de garantias de direitos que promova a sua proteção integral. A Constituição(5) estabelece, em seu artigo 227, que: "É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão." Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente é promulgado pela Lei Federal n° 8.069, criando um mecanismo para a viabilização do artigo constitucional 227: a proteção integral à criança e ao adolescente, com a organização de uma política de atendimento. Este estatuto considera criança, para os efeitos de lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (art. 2º). De acordo com o artigo 86 do Estatuto da Criança e do Adolescente, "A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios". REFLEXÕES FINAIS: A compreensão sobre o ser humano tem se modificado no transcorrer da história, sendo que na atualidade podemos entende-lo como um ser complexo, que é ao mesmo tempo singular e plural, portanto integral. O princípio da integralidade é um dos mais importantes do modelo assistencial preconizado para o SUS, pois é aquele capaz de assegurar aos indivíduos o direito à assistência à saúde nos níveis mais simples até os mais complexos, da atenção curativa à prevenção, assim como é o que permite a compreensão e a abordagem do indivíduo na sua totalidade. As reflexões acerca da gestão do cuidado a crianças e adolescentes em tratamento oncológico, leva-nos a pensar que uma política isolada não contempla todas as necessidades desta população específica. Faz-se necessário aos gestores que atuam diretamente na assistência à estas populações que conduzam os serviços de saúde com olhar ampliado e irrestrito, compreendendo e respeitando o princípio da integralidade.

1. BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Câncer Infantil. Brasília, 2012. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Organização das Unidades do Sistema Unificado de Saúde. Brasília. DF. 1990. 3. BRASIL. Política Nacional de Atenção Oncológica. Portaria nº 2.439/GM. 2005. 4. BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Câmara dos Deputados. 2010. 5. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado, 1988.

14259

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

PAULA MANOELA BATISTA POLETTO

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NOS MUNICÍPIOS DE PORTO ALEGRE E SANTA MARIA/RS: ETAPA QUANTITATIVA

Motta, MGCM; Poletto, PMBP; Pedro, ENRP; Issi, HI; Ribeiro, NRRR; Wachholz, NIRW;

INTRODUÇÃO: Apresenta-se a etapa quantitativa de um estudo transversal e multicêntrico, com abordagem quantitativa e qualitativa. Intitulado de Impacto da Adesão ao Tratamento Antirretroviral em Crianças e Adolescentes na Perspectiva da Família, da Criança e do Adolescente nos Municípios de Porto Alegre e Santa Maria/RS, financiado pelo Programa Nacional de DST/aids (Ministério da Saúde) e UNESCO, CONTRATO Nº: ED03756/2006 TRPJ Nº As-3833/2006. A relevância deste estudo reside no fato de ser uma temática extremamente atual e complexa e que envolveu uma população em situação de vulnerabilidade, crianças e adolescentes que vivem com HIV/aids. OBJETIVO: Avaliar o nível de adesão ao tratamento antirretroviral em crianças e adolescentes com aids nos municípios de Porto Alegre e Santa Maria (RS). METODOLOGIA: A população-alvo foram crianças (de zero a 12 anos) e adolescentes (de 13 a 19 anos de idade) que vivem com HIV/aids e estavam em tratamento com antirretroviral por, pelo menos, três meses. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada, no caso das crianças, os respondentes do formulário foram os familiares/cuidadores, e, no caso dos adolescentes, foi necessária a autorização dos próprios. Os adolescentes quando eram responsáveis por pelo menos 50% da prescrição diária dos antirretrovirais eram os próprios respondes ao formulário. A coleta de dados teve início em maio/junho de 2007, nos serviços das cidades de Porto Alegre e Santa Maria, simultaneamente. O término do estudo ocorreu em julho de 2009. Os campos de coletas de dados foram, em Porto Alegre, o Serviço de Assistência Especializada em DSTs e aids (SAE), localizado no Centro de Saúde Vila dos Comerciários, o Serviço de Atenção Terapêutica (SAT) do Hospital Sanatório Partenon, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e o Grupo de Atenção a Aids Pediátrica do Ambulatório de Pediatria Hospital da Criança Conceição. No município de Santa Maria, foi o Serviço de Doenças Infecciosas Pediátricas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/SM). O projeto do estudo obteve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições envolvidas: CEP/UFRGS, sob número 25446; CEP/UFSM, sob número 23081.017341/206-61; CEP/SMS/POA, sob número 001014268.07.8; CEP/HCPA, sob número 07-238; CEP/GHC, sob número 113/08. O Sanatório Partenon - SAT respaldou-se no CEP/UFRGS para emitir autorização institucional para o desenvolvimento da pesquisa. RESULTADOS: A amostra do estudo foi constituída por 169 crianças e adolescentes com idade mínima de um ano e máxima de 17 anos e 11 meses, sendo a média de nove anos. Na categoria sexo, 97 crianças e adolescentes (57,4%) foram do sexo feminino. A entrevista foi realizada com 40 adolescentes (23,7%) que atenderam aos critérios estipulados no estudo, ou seja, ter conhecimento pleno de seu diagnóstico de infecção pelo HIV/aids e ser independente de outra pessoa nas tomadas dos ARV. As demais entrevistas foram respondidas por 129 cuidadores (76,3%) responsáveis por crianças e adolescentes sem autonomia na autoadministração dos ARV e/ou que não tinham plena ciência de seu diagnóstico. O Hospital Nossa Senhora da Conceição colaborou com a pesquisa com 56 entrevistados (33,14%), seguido pelo Serviço de Assistência Especializada em DST/aids, com 45 entrevistados (26,6%); Hospital Universitário de Santa Maria, com 36 entrevistados (21,30%); Hospital Sanatório Partenon, com 31 entrevistados (18,34%); o Hospital de Clínicas de Porto Alegre colaborou com a pesquisa somente com uma entrevista (0,59%), visto que a coleta foi precocemente interrompida, por dificuldade no acesso aos pacientes com critérios para participarem no estudo. Entre a amostra total obtida no estudo foram classificados como aderentes 94 casos (55,62%), e

como não-aderentes 75 casos (44,38%). Observou-se que, entre os adolescentes entrevistados, 22 casos (55,00%) foram não-aderentes ao tratamento e entre os cuidadores entrevistados a não-adesão foi menor, 53 casos (41, 09%). Em relação à renda per capita, observou-se que os entrevistados que não sabiam a renda ou não quiseram responder sobre o assunto foram o grupo que apresentou maior percentual de não-adesão, com 14 casos (63,64%). O percentual de não-adesão foi maior entre os entrevistados que admitiram ter ?Ocorrência de perdas de doses na semana anterior', 20 casos (68,97%), observando-se uma associação estatisticamente significante com o desfecho de não-adesão, com p=0,006. Também se observou um percentual maior de não-adesão entre os entrevistados que admitiram a ?Ocorrência de perdas de doses nos três dias anteriores' (10 casos, 90,91%), e a ?Ocorrência de perdas de doses nos dois dias anteriores' (7 casos, 87,50%), revelando uma associação estatisticamente significante com o desfecho de não-adesão, com p=0,004 e 0,03 respectivamente. Na variável "Relato da posologia utilizada em 24 horas de tratamento coincide com o prescrito", quando se identificou que o relato do entrevistado não coincidia observou-se que 62 casos (93,94%) foram de não-aderentes ao tratamento, apresentando uma associação estatisticamente significante com o desfecho de não-adesão, com p

14308

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RAFAELA MARTINS DE ALMEIDA

UMA ANÁLISE COMPREENSIVA DA CONSTRUÇÃO DA REDE SOCIAL DA NUTRIZ: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Martins, RMA; Monteiro, PNML; Cipriano, TCS; Nascimento, MHNS;

A experiência de amamentação é marcante e complexa, envolve a relação da mãe com o bebê, assim como a relação da mulher-mãe com seu marido, e de toda sua rede social. Este período caracteriza-se como um período de crise onde a mulher precisa contar com o apoio da rede social que a acompanha. O objetivo da pesquisa é identificar a rede social das mulheres assistidas durante o período da amamentação. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantiqualitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde do Município do Rio de Janeiro, onde a amostra foi constituída por nutrizes, mães de crianças de até 2 anos de idade, que aguardavam atendimento médico-pediátrico. Os mapas da rede social foram construídos juntamente com as nutrizes através dos quadros de representação geométrica e gráfica dos tipos de vínculos. As redes sociais apresentaram-se pequenas e de baixa densidade. Com relação à pessoa que mais lhe ajudou durante a fase de amamentação, cerca de 50% das nutrizes apontaram o marido. Observou-se que a rede social se faz importante no processo de amamentação, pois nesta fase a mulher necessita de incentivo e apoio tanto da rede primária quanto secundária, para que possa obter sucesso nessa prática. Como na literatura há poucos estudos que abordam o papel da rede social da nutriz e as implicações para a prática assistencial do enfermeiro, acredita-se então que os achados poderão constituir em subsídios para profissionais e pesquisadores interessados nos fatores que influenciam a prática da amamentação. Referência: Souza MHN. A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio [Tese de Doutorado em Enfermagem]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 2006. Descritores: Amamentação; Rede Social; Cuidados de enfermagem.

14123

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RAJANÁ ROGERIA MOURA ITAPARICA

IMPLANTAÇÃO DE UM PADRÃO DE DILUIÇÃO DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS NAS UNIDADES PEDIÁTRICAS DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE NA CIDADE DE SALVADOR- BA

Itaparica, RRI; Carneiro, CSC;

INTRODUÇÃO: Considerando as particularidades da Pediatria na terapêutica medicamentosa, fez-se necessário a construção de um Padrão de Diluição de medicamentos endovenosos que norteasse a equipe de enfermagem e normatizasse as ações quanto à administração de medicamentos nas unidades Pediátricas da Instituição. OBJETIVO: O trabalho tem como objetivo geral apresentar o relato de experiência sobre a implantação do Padrão de Diluição de medicamentos endovenosos em um Hospital de grande porte. METODOLOGIA: A implantação consistiu na realização de quatro etapas: 1ª etapa: Levantamento de informações, planejamento de uma melhor prática e sensibilização dos profissionais envolvidos; 2ª etapa: Padronização dos medicamentos na pediatria, 3ª etapa: Confecção do manual de padronização e diluição, e cursos de educação continuada; 4ª etapa: Seguimento, acompanhamento e monitoramento da padronização de acordo com as necessidades do hospital. RESULTADOS: Foram elaborados dois instrumentos norteadores: um para o cálculo de diluição, com informações específicas dos 113 medicamentos endovenosos selecionados na instituição, e outro para normatizar as ações em todas as unidades quanto ao uso dos insumos, de acordo com o tempo e volume indicado para cada medicamento. CONCLUSÃO: A utilização do Padrão de Diluição tornou-se um instrumento de fundamental importância para promover a segurança do pacientes, prevenir a ocorrência de eventos adversos e uniformizar as ações relacionadas à administração de medicações endovenosas nas unidades. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM: A implantação do padrão proporcionou a equipe de enfermagem maior qualidade e segurança na assistência à criança com terapêutica medicamentosa, além de contribuir diretamente para auditoria e gestão de custos na Instituição. Descritores: Medicamentos, Cuidados da Criança, Serviços de Saúde. Referências BELELA, Aline; PEDREIRA, Mavilde; PETERLINI, Maria. Erros de Medicação em Pediatria. Rev. Brasileira de Enfermagem. 2011 mai-jun; 64(3); 563-9. HARADA, Maria; PEDREIRA, Mavilde. Terapia Intravenosa e Infusões. São Caetano do Sul: Yendis; 2011.

13697

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

RAQUEL DE MORAES ALVES

LABORATÓRIO VIVO - SERVIÇO DE PEDIATRIA: SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Moraes, RMA; Vasconcelos, VCVG; Almeida, RAP; Correia, SCS; Cristina, ECM; Costa, WCS;

O presente estudo constitui um relato de experiência desenvolvido por acadêmicas de enfermagem do 6º período da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - EEAP da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, durante as atividades voluntárias de extensão em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher e da Criança em um Hospital Federal localizado no Estado do Rio de Janeiro. A extensão deve ser entendida como um processo acadêmico, definido e efetivado em função das exigências da realidade, indispensável à formação do aluno, à qualificação do professor e ao seu intercâmbio com a sociedade, implicando em relações multidisciplinares, bem como interprofissionais. O estudo aborda a satisfação dos profissionais de enfermagem do serviço de pediatria quanto ao grau de humanização das condições de trabalho, tendo como objetivo principal identificar a satisfação desses profissionais quanto ao grau de humanização das condições de trabalho. A humanização é retratada em termos da qualidade do relacionamento terapêutico e da relação de parceria estabelecida entre equipe e família. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem mista, que foi desenvolvida no setor de Pediatria de um Hospital Federal do Estado do Rio de Janeiro, tendo como sujeitos da pesquisa 10 profissionais da equipe de Enfermagem. Foi utilizado como instrumento para obtenção de dados um questionário semi-estruturado baseado no estudo "Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico" com perguntas abertas e fechadas, onde buscou identificar o grau de satisfação dos profissionais da equipe de Enfermagem quanto à humanização a que são submetidos em seu local de trabalho. O tratamento dos dados foi baseado na saturação dos resultados descritos. Este trabalho obedeceu às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Federal de Saúde/Ministério da Saúde, que preconiza os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, com a construção, apresentação e a devida assinatura dos participantes envolvidos de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos. Como resultado preliminar do estudo, no qual foram avaliados aspectos referentes a dados de caracterização pessoal; a gestão do setor e a participação dos profissionais; condições de trabalho dentro do setor; condições de apoio aos profissionais; condições para a garantia da qualidade do serviço prestado; comunicação; relacionamento interpessoal no trabalho; valorização do trabalho e motivação profissional e valorização do hospital pelos profissionais, foram encontrados aspectos positivos e negativos. Como aspectos positivos identificou-se que a maioria dos entrevistados apresenta ensino superior completo com especialização o que seria de grande significado para o setor em termos de qualificação profissional; a maioria dos profissionais trabalha de 5 a 10 anos no hospital, o que lhes garante uma maior experiência profissional; 100% dos entrevistados são estatutários, o que lhes garantem maior estabilidade profissional e não há diferenças de salário entre os trabalhadores. A maioria dos profissionais é da assistência direta, ou seja, prestam cuidados diretos aos clientes o que lhes conferem maior capacidade em captar todas as necessidades de perto observadas pelos clientes e para o setor que trabalham. Mais da metade dos entrevistados não apresenta outro vinculo empregatício, podendo se dedicar mais ao setor do referido hospital. Como aspectos negativos, pontuou-se a pouca oferta de cursos de aprimoramento; treinamento insuficiente para melhora do atendimento; falta de um meio para informar reclamações e necessidades; falta de reconhecimento como profissional; falta de reconhecimento a dedicação apresentada; pouca motivação para trabalhar no setor; baixo grau de satisfação em trabalhar no setor; poucas oportunidades de discussão com a chefia; poucas ideias/sugestões são aceitas pela chefia; limpeza precária do setor e a instalação física precária para a

equipe. Por se tratar inicialmente de um trabalho piloto no qual haverá um posterior aprimoramento e desenvolvimento do estudo, não se obteve uma conclusão total do estudo. Sendo assim, a partir dos dados adquiridos com o trabalho, foram listados aspectos positivos e negativos. A partir dos pontos negativos foi sugerido então propostas de melhoria para as condições perante as quais os profissionais do setor são submetidos, tais como: a oferta anual de cursos para aprimoramento de acordo com a necessidade da equipe, a oferta periódica de técnicas e estratégias para melhoria do atendimento, a elaboração e implementação de meios para informar reclamações e necessidades da equipe, realizar encontros para destacar os pontos positivos da equipe e ouvir ideias e sugestões, comunicar por escrito as respectivas gestões a insatisfação da equipe com relação à limpeza precária no setor e instalação física precária para a equipe. Toma-se então como relevância do estudo a busca da compreensão dos fatores que influenciam na saúde mental dos profissionais de enfermagem, levando em consideração as particularidades do trabalho em Pediatria, bem como os aspectos pelos quais os profissionais de enfermagem são submetidos no seu local de trabalho. Espera-se que o estudo possa contribuir com propostas para melhoria das condições de trabalho da equipe de enfermagem, criando estratégias de enfrentamento pessoal para os problemas diagnosticados com base no trabalho em equipe e no compartilhamento das vivências de situações encontradas. DESCRITORES: cuidado em Enfermagem, pediatria, humanização. REFERÊNCIAS: 1. Azevedo D, Santos J, Justino M et al. O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. Rev. Eletr. Enf. [Periódico na Internet]. 2008; [acesso em: 20 de Fevereiro de 2013] . 10(1):137-144. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a12.html; 2. Faquinello P, Higarashi I, Marcon S. O Atendimento humanizado em unidade pediátrica: A percepção do acompanhante da criança hospitalizada. Texto Contexto Enferm [Periódico na Internet], Florianópolis, 2007 Out-Dez; [acesso em: 20 de Fevereiro de 2013] 16(4): 609-16. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf; 3. Rodrigues I, Maranhão DG. O brincar na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. Rev Enferm UNISA [Periódico na Internet]; 2000; [acesso em 20 de Fevereiro de 2013] 1: 51-3. Disponível em: http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2000-12.pdf; 4. Lima FE, Jorge MS, Moreira TM. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. Rev. bras. enferm. [Periódico na Internet] Brasília Maio/Jun 2006. [Acesso em 20 de Fevereiro de 2013] 59(3). Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000300008&script=sci_arttext; 5. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ. [Periódico na Internet]., Rio de Janeiro, jul/set, 1993.[acesso em : 24 de Fevereiro de 2013]. 9 (3): 239-262. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf.

14335

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROBERTA DE JESUS

Carga de Trabalho e Dimensionamento de pessoal em UTI Pediátrica e Neonatal

Jesus, R; Marques, FLP; Chagas, FP;

Introdução: A assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal (UTIPN) requer profissionais em número suficientes. O Nursing Activities Score (NAS) expressa a porcentagem de tempo gasto por um profissional de enfermagem na assistência ao cliente em 24 horas. Objetivo: Analisar a carga de trabalho da equipe de enfermagem, através da aplicação do NAS e comparar os resultados com o quantitativo de profissionais disponível. Metodologia: Estudo exploratório descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido na UTIPN de um Hospital de São Paulo. A coleta de dados foi realizada de 08 a 15 de agosto de 2013, com aplicação do NAS em todos os pacientes que permaneceram mais de 24 horas internados. Resultados: A média de ocupação na UTIPN foi de 12,1 pacientes/dia, de enfermeiros assistenciais 9,6 (32%) e técnicos de enfermagem 20,4 (68%). Foram realizadas 97 observações em 21 pacientes com média do NAS de 1009,06 pontos (82,8 pontos/paciente). Os resultados revelam alta carga de trabalho, com necessidade de 19,9 horas de enfermagem por criança/dia enquanto que a disponível foi de 13,6 horas. A equipe necessária deveria ser de 47 profissionais entretanto a disponível foi de 30. Conclusão: A aplicação do NAS permitiu identificar a carga de trabalho da unidade e calcular o tempo de assistência. Quando comparado com o quadro disponível revelou que o quantitativo previsto apresenta uma defasagem que contribui para a sobrecarga de trabalho comprometendo a qualidade e segurança da assistência. Implicações para enfermagem: Essa pesquisa traz subsídios para a utilização da analise da carga de trabalho como ferramenta para adequação do quadro de pessoal. Referência: NunesBK, Toma E. Assessment of a neonatal unit nursing staff: application of the Nursing Activities Score. Rev. Latino-Am.Enfermagem.2013;21(1):348-55. Descritores: carga de trabalho, equipe de enfermagem

13977

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROBERTA RODRIGUES FERRAZ DOS SANTOS

ESTÁGIO EXTRACURRICULAR DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Santos, RRF; Pimenta, BG; Goes, EO; Miranda, JOF; Moraes, AC;

INTRODUÇÃO: O estágio extracurricular é uma forma de intercâmbio entre a instituição de ensino e a empresa, gerando oportunidades para aplicação dos conhecimentos acadêmicos, aprimorando-os e qualificando-os para o exercício profissional[1]. Nas unidades de emergência pediátrica existem atividades inerentes aos enfermeiros que exigem uma especificidade, o que na graduação não são muitas vezes prioridades deixando o acadêmico mais apreensivo para assumir tal assistência que necessita de um conjunto de ações técnico-científicas simultâneas e sincronizadas[2]. OBJETIVO: Relatar a experiência de duas bolsistas de enfermagem em uma unidade de emergência pediátrica enfatizando a importância da realização do estágio extracurricular durante a graduação. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência com base nos registros diários das atividades exercidas pelas bolsistas no período de maio a outubro de 2012, em uma unidade de emergência pediátrica do interior da Bahia. RESULTADOS: Com a vivência do estágio extra-curricular foi possível vivenciar práticas e rotinas inerentes ao enfermeiro de unidade de emergência pediátrica. Assim, sob supervisão desses profissionais, foi realizado desde o atendimento inicial com o acolhimento com classificação de risco, até as atividades gerenciais e administrativas exercidas pelos enfermeiros da unidade. Foram elaborados Procedimentos Operacionais Padrão (POP), estudos gráficos e epidemiológicos dos casos de notificação de doenças compulsórias, participação das atividades da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), participações em palestras e treinamentos de equipe, realização de procedimentos assistenciais diretos ao paciente como coleta de exames, venóclise, administração de medicações, aspiração de vias aéreas, curativos, orientação e acompanhamento aos pais. CONCLUSÃO: O estágio extracurricular proporciona uma vivência profissional diferenciada das experiências da vida acadêmica. Assim foi possível perceber o papel fundamental dos enfermeiros numa unidade de pronto atendimento pediátrico, em suas atuações gerenciais, assistenciais e científicas, visto que esta área de atuação exige especificidades inerentes ao cuidar da saúde da criança e adolescente.

13978

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROBERTA RODRIGUES FERRAZ DOS SANTOS

O ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO

Santos, RRF; Pimenta, BG; Goes, EO; Campos, FM; Borges, VA; Miranda, JOF;

INTRODUÇÃO: A política de acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência é uma ferramenta criada pelo Ministério da Saúde para organizar o fluxo de usuários no serviço, garantindo o atendimento resolutivo com equidade, eficácia e humanização aos clientes, reorganizando a porta de entrada dos serviços de urgência[1]. OBJETIVO: O estudo tem o objetivo de descrever as ações do enfermeiro na classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento pediátrico. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência obtido através de entrevista descritiva com enfermeiros que atuam em uma unidade de pronto atendimento pediátrico privado do interior da Bahia, realizando a implementação do acolhimento com classificação de risco em sua prática assistencialista. RESULTADOS: O enfermeiro realiza a classificação, exame físico e anamnese dos pacientes por ordem de chegada e direciona de acordo com a classificação de risco recebida, para sala de espera, onde será reavaliado até obter atendimento médico; leito de observação onde poderá ser monitorizado e ser avaliado constantemente pela equipe; sala de procedimentos, para ser iniciada alguma intervenção emergencial; ou isolamento quando detectado risco potencial para saúde daqueles que estão na unidade instruindo-os sobre a rotina da unidade. É utilizado um Protocolo Operacional Padrão (POP) que norteia e organiza a forma de avaliação, sendo de grande importância na garantia de uniformização da atuação dos enfermeiros que realizam a classificação. CONCLUSÃO: Na unidade de pronto atendimento pediátrico a atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco mostra-se de suma importância já que é responsável, não só pela organização do serviço, mas também pela diminuição dos índices de mortalidade infantil por permitir adequada conduta imediata, diminuindo o tempo de espera, complicações e agravos à saúde o que garante um atendimento qualificado e diferenciado para a criança em situação de urgência e emergência.

13867

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

ROSILENE DO CARMO SIQUEIRA

REFLEXIVIDADE, CUIDADOS PALIATIVOS E ESPIRITUALIDADE EM PEDIATRIA NO CUIDAR DE ENFERMAGEM: PODEMOS FAZER DIFERENTE?

Siqueira, RC;

A Criança fora de possibilidades terapêuticas de cura, não somente em sua fase terminal, mas durante todo o percurso da doença, assim como sua família, apresenta fragilidades e limitações bastante específicas de naturezas físicas, psicológica, social e espiritual. Trata-se daquela criança para a qual a ciência não possui recurso para deter o avanço fatal da doença, trazendo interrogações para a equipe de saúde, familiares e para a própria criança. Portanto, ela não se beneficia da cura, só lhe restando receber um cuidar baseado na filosofia de cuidados paliativos, que assume importância na área da saúde como um cuidar específico para os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, conceituou cuidados paliativos como o cuidado ativo e total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo prioritário o controle da dor e de outros sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual, tendo como objetivo proporcionar a melhor qualidade de vida para pacientes e para a família. Atualmente, o cuidado paliativo foi ampliado para as áreas de neonatologia e pediatria, em atenção às especialidades de hematologia, oncologia pediátrica, aos prematuros extremos, bebês com malformação congênita grave, entre outras doenças raras. E, aqui, o conceito de cuidado paliativo também obedece à definição de assistência efetiva e integral, direcionado às crianças e aos adolescentes fora de possibilidades terapêuticas de cura, e aos seus familiares. Perguntamo-nos quais devem ser as abordagens da espiritualidade em cuidados de saúde na dimensão dos cuidados paliativos bem como as valiosas contribuições dessa modalidade de cuidado na manutenção das capacidades de enfrentamento da doença? Objetivos: Este artigo objetiva a importância da reflexão sobre as questões de natureza ética, científica, humana, espiritual e sociocultural acerca dos programas dirigidos ao cuidado paliativo em pediatria na sua multidimensionalidade, destacando a dimensão da enfermagem no cuidado da dor e do sofrimento humanos. Metodologia: Foi realizada busca nas bases de dados online, SciELO, BDENF, Medline e Lilacs por artigos publicados entre 1994 a 2011 tendo como palavras-chave "final de vida", "cuidados paliativos", "espiritualidade" e "enfermagem". Foram selecionados os mais relevantes e aqueles envolvendo crianças, os quais foram analisados através da revisão de literatura sobre o tema. Resultados: O Cuidar de aspectos espirituais nos cuidados paliativos e no processo de luto demanda um cuidar de enfermagem subjetivo. Nos cuidados paliativos, a Espiritualidade é considerada vital e o sofrimento espiritual é um aspecto que deve ser abordado com os mesmos cuidados que os outros sintomas estressores exigem, sejam eles de natureza física ou psicossocial. No entanto, pouco ainda se tem abordado sobre este modo de cuidar peculiar em pediatria. Porém, sabemos que doenças graves e de caráter crônico que levam à morte também afetam crianças e adolescentes, e o processo de morte e morrer, nestes casos, da mesma forma deve ser objeto de atenção dos cuidados paliativos. Conclusão: A importância em se consolidar os Cuidados Paliativos como uma estratégia de cuidado se justifica por ser um direito do paciente e dever da equipe de saúde oferecê-los. Os pacientes e seus familiares vivenciam uma infinidade de emoções frente à proximidade da morte. Enquanto alguns conseguem contornar essa situação com tranquilidade, outros necessitam de assistência especializada. Um componente essencial da Medicina Paliativa é o trabalho em equipe que deve ser exercido por uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente espiritual, dentre outros. O profissional que trabalha com Cuidados Paliativos deve saber cuidar

adequadamente do sintoma doloroso e também dos outros sintomas que causam desconforto ao paciente. Percebemos que o cuidar da criança sob cuidados paliativos é um processo de sofrimento e um misto de emoções para o profissional, e que os cuidados voltam-se para a promoção do conforto, pelo alívio da dor e dos sintomas, além do atendimento às necessidades biopsicossociais e espirituais, e do apoio à família. Os Cuidados Paliativos não apressam a morte e nem a prolongam com sofrimento. A Medicina Paliativa não é sinônimo de pôr termo à vida, pelo contrário, ela se preocupa em promover a arte de bem morrer, tornando vivos todos aqueles momentos que restam à criança e a sua família no contexto da terapia intensiva, garantindo uma qualidade de vida aceitável e confortável. Conclui-se que é necessário enfatizar a importância da assistência de enfermagem no cuidado paliativo à criança, principalmente sob a ótica do cuidar, mas também na perspectiva do desenvolvimento da profissão. Contribuições/implicações: Destacamos os cuidados paliativos sob diferentes aspectos: conceituais, princípios, trajetória nos cenários mundial e brasileiro, pontuando as informações atualizadas em cuidados paliativos para proporcionar à criança e a sua família uma melhor qualidade de vida em relação à assistência de enfermagem. Citamos duas mulheres luminares, a Dra. Cicely Saunders, referência contemporânea dos Cuidados Paliativos, que enfatiza a importância de se interpretar o fenômeno doloroso não somente na sua dimensão física, mas também nas suas dimensões emocionais, sociais e espirituais que influenciam na gênese e na expressão da queixa dolorosa, e a Dra Elizabeth Kübbler Ross, pioneira da abordagem de cuidados paliativos para as pessoas no final vida por sua teoria dos estágios pelos quais passa o ser humano que descobre a sua morte que se aproxima. Ambas são referências expressivas no processo da conscientização crescente da relação entre os estados físicos e mentais, trazendo para o campo da pediatria um conceito mais compreensivo do sofrimento e da arte de cuidar no final da vida. Neste contexto, valorizamos a comunicação que personaliza o encontro e a leitura afetiva entre a criança, seus familiares e a equipe de Enfermagem. Finalizamos apontando alguns desafios em termos de resgatar a sabedoria de viver, com dignidade e qualidade de vida, bem como a elegância no "adeus á vida". Descritores: enfermagem; cuidados paliativos; espiritualidade. Referências: Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2004. Paiva LE. A arte de falar da morte para crianças. Aparecida: Ideias & Letras, 2011. WHO (World Health Organization). Definition of Palliative Care. OMS 2002.Disponível em www.who.int/câncer/palliative/definition/en. Torres W. A criança diante da morte. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. Kovács MJ, coordenadora. Morte no processo do desenvolvimento humano. A criança e o adolescente diante da morte. In: Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. Autoras: Rosilene do Carmo Siqueira, Enfermeira Intensivista Pediátrica no INCA-RJ. Natalia Barbosa Neder, Enfermeira Intensivista neonatal pela UFJF. Vera Neuza Lemos, Enfermeira Intensivista Pediátrica no HFSE-RJ e mestranda em Ciências Sociais da Religião pela UFJF.

14345

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

TATIANA DANTAS MACHADO

O Papel do Enfermeiro no Tratamento do Portador da Doença de Crohn Durante o Tratamento Hospitalar

Machado, TDM; Machado, TDM;

O Papel do Enfermeiro no Tratamento do Portador da Doença de Crohn Durante o Tratamento Hospitalar Centro Universitário da Bahia Tatiana Dantas Machado Bacharel em Enfermagem Tatiane Dantas Machado Bacharel em Enfermagem Co-orientadora Emilia Mattos Marques, Especialista em Gestão em Saúde - UNEB Endereço para correspondência: Tatiana Dantas Machado Condomínio Bosque Imperial, 567. Bl 38, Apto 203. Salvador Bahia, BA, Brasil. CEP: 41.250-579 Fax: + 55 71 9289-6144 E-mail: tati.machado2@hotmail.com Resumo: A Doença de Crohn (DC) é caracterizada como doença inflamatória, reicidivante, crônica, de causa idiopática, que atinge geralmente íleo e cólon, podendo comprometer qualquer parte do trato gastrointestinal. Mais frequente na segunda e terceira décadas, o histórico familiar parece predispor a doença. [1] Este estudo objetiva identificar o papel da enfermagem na assistência ao portador da Doença de Crohn (DC) durante o tratamento hospitalar, descrever aspectos fisiopatológicos, manifestações clínicas, principais formas de tratamento; identificar cuidados do enfermeiro no tratamento e complicações do portador da DC. Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura de caráter descritivo com abordagem qualitativa, no qual será realizado um levantamento bibliográfico acerca das informações sobre a importância do enfermeiro durante o tratamento hospitalar do portador da DC. Este tema foi escolhido pela oportunidade de adquirir informações contribuindo para o desenvolvimento profissional, ofertando conhecimentos a futuros enfermeiros, possibilitando a estes, e demais profissionais, conhecerem a doença e prestar uma assistência de qualidade ao portador. A inquietude de entender o papel da enfermagem na assistência ao portador da DC surgiu durante o tratamento hospitalar que instigou tal pesquisa. Conclui-se que pode proporcionar adequada sistematização da assistência de enfermagem aos portadores da DC. Descritores: Doença de Crohn, tratamento, enfermagem. REFERÊNCIAS 1. Araújo, SEA; Oliveira, Jr. O; Moreira, JPT; Habr-Gama, A; Cerski, CTS; Caserta, NMG; Doença de Crohn Intestinal: Manejo. Projeto e Diretrizes. 28 de fevereiro de 2008.

14187

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

THUANNY KRISHNA PEREIRA MAGALHÃES

LEVANTAMENTO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (IRAS) EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS, NO PERÍODO DE AGOSTO DE 2009 A AGOSTO DE 2012 EM PALMAS ? TO

Magalhães, TKP; Branquinho, A; Vieira, LV; Soares, EM; Valadares, AF; Borges, AKP;

LEVANTAMENTO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (IRAS) EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS, NO PERÍODO DE AGOSTO DE 2009 A AGOSTO DE 2012 EM PALMAS - TO MAGALHÃES, T. K. P.1*; BRANQUINHO, A.2; VIEIRA, L. V.2; SOARES, E. M.3; VALADARES, A. F.3 , BORGES, A. K. P. 4 1*e 4UFT - Universidade Federal do Tocantins - Curso de Enfermagem - ACNO 14, NS 15, BLOCO BALA 1, SALA 11D, CEP 77020-220 - Palmas - TO; 2UFT - Universidade Federal do Tocantins - Graduandos do Curso de Medicina - ACNO 14, NS 15, Bloco Bala 1, Sala 19, SALA 11D, CEP 77020-220 - Palmas - TO; 3SESAU - Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins - Biólogas em Saúde - Anexo I, Qd 104 Norte, Av. LO 02, Ed. Lauro Knop, 2° Andar, CEP - 77053-110, Palmas - TO; E-mails: [1]*thuannykrishna@uft.edu.br

Resumo: INTRODUÇÃO: As elevadas taxas de morbidade relacionadas Infecções Respiratórias Agudas (IRAs), Bronquite e Asma são fatores preocupantes na Saúde Pública. OBJETIVOS: Levantamento das ocorrências de Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) em crianças de 0 a 5 anos, do Jardim Aureny II, em Palmas - TO, e correlacioná-las com os fatores ambientais prevalentes, na cidade de Palmas -TO. MATERIAL E MÉTODOS: Os dados obtidos através das do banco de dados da Secretária Municipal de Saúde foram relacionados com os fatores ambientais prevalecentes nesta região. Este artigo, avaliou a presença de IRAs , bronquite e asma na população de crianças de 0 a 5 anos do Jardim Aureny II em Palmas - TO. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O estudo mostrou que em 2009 dos 154 casos confirmados, 17,55% apresentaram quadro de bronquite; 1,29% apresentaram quadro de asma; 24,67% apresentaram IRAs. Nos anos de 2011 a 2012 foram 23 casos, 30,43% de bronquite, 30,43% de IRAs, nenhum caso de asma. Quanto aos fatores ambientais, em 2009 dos 27 casos de bronquite, maioria (11,68%) das crianças foram afetadas no período de seca, para as IRAs, dos 38 casos, a maioria foi no período chuvoso (14,28%) no período chuvoso. Não foram detectadas diferenças estatísticas entre as freqüências dos indivíduos com Bronquite e IRAs nos períodos chuvoso e seco através do Teste de Qui-Quadrado a 5%. CONCLUSÕES: Os registros mais significativos em 2009 a 2012 na região estudada foram os de Bronquite e IRAs. Quanto às estações do ano em que foram registrados os maiores números de doenças respiratórias em 2009, destacou-se Bronquite na estação seca, e IRAs na estação chuvosa. Palavras-chaves: Infecções Respiratórias (Agudas); Centros de Saúde; Meio Ambiente; Saúde da Criança. 1. INTRODUÇÃO Ao longo do século XX, os recursos naturais foram utilizados e explorados de forma descontrolada e em grandes proporções. O surgimento da revolução industrial, o capitalismo e a magnitude da globalização intensificaram a exploração ambiental. A intervenção humana não ocorreu de forma sustentável, pois não considerou o impacto no meio ambiente e os agravos à saúde (BUENO et al., 2010). Aproximadamente 13 milhões de crianças menores de 5 anos morrem por ano devido a problemas do aparelho respiratório, sendo que a maioria dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento (CHIESSA et al., 2008). As elevadas taxas de morbidade - principalmente em crianças - justificam a exigência do estudo das IRA. Inúmeros fatores de risco podem ser correlacionados ao agravo das IRA: desnutrição, tabagismo passivo, escolaridade materna e densidade de moradores por domicílio (BOTELHO, et al., 2003). Segundo dados do DATASUS 2006, cerca de 6 milhões de crianças (com até 14 anos) foram hospitalizadas por problemas pulmonares na rede pública brasileira entre 2000 e 2006. No Brasil a taxa de internações por IRA de menores de 5 anos é de 27,4 por mil crianças, já no estado do Tocantins esse índice é de 41,8, acima da

média nacional. Estudo realizado nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro encontraram associações significativas entre as altas taxas de poluição atmosférica e aumentos na hospitalização e mortalidade em crianças e idosos (GOUVEIA, et al., 2003). Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, as queimadas ainda são freqüentes e prejudicam a qualidade do ar. Cerca de 85% das queimadas que ocorrem no país, durante a estiagem, concentra-se na região da Amazônia Legal (IGNOTTI et al., 2007). No estado do Tocantins, as queimadas em áreas urbanas - em lotes, terrenos, quintais- são comuns (SILVA e SILVA, 2006). As queimadas além de serem proibidas acarretam sérios danos à saúde humana, principalmente problemas respiratórios por causa da emissão de gases nocivos (SILVA e SILVA, 2006). Esta pesquisa teve por objetivo: Levantamento das ocorrências de Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) em crianças de 0 a 5 anos, do Jardim Aureny II, em Palmas - TO, e correlacioná-las com os fatores ambientais prevalentes, na cidade de Palmas -TO. 2. MATERIAL E MÉTODOS A pesquisa foi realizada na Unidade Sentinela que está localizada na Unidade de Saúde da Família do Aureny II, no Jardim Aureny II QD NE 33 Lote 01/02, em Palmas - TO. Foi feito um levantamento de números de IRAS (Infecções Respiratórias Agudas, como Asma e Bronquite) em crianças de 0 a 5 anos, através de banco de dados junto à Secretaria Municipal de Saúde no qual foi verificado, no período entre agosto 2009 a agosto 2012. A verificação da relação da incidência de IRAs às épocas do ano (período seco e chuvoso) foi feito a partir dos resultados das temperaturas do ar e índice pluviométrico fornecido pela UNITINS, com tabulação dos dados de números de IRAs e o período de maior incidência das mesmas. 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO O estudo mostrou que em 2009 dos 154 casos confirmados de doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos, 17,55% apresentaram quadro de bronquite; 1,29% apresentaram quadro de asma; 24,67% apresentaram IRAs e 56,49% tiveram outros sintomas associados às infecções. No ano de 2011 dos 23 casos de doenças respiratórias, 30,43% de bronquite, 30,43% de IRAs, nenhum caso de asma e 39,14% tiveram outros sintomas associados. Portanto, os registros mais significativos na região estudada foram os de Bronquite e IRAs. Para todos os grupos de doenças respiratórias, isto é, Bronquite, Asma e Iras, a idade de maior prevalência alcançada é de crianças até 4 anos. 4. CONCLUSÕES Os registros mais significativos foram nos anos de 2009 a 2012 na região estudada foram os de Bronquite e IRAs. Quanto às estações do ano em que foram registrados os maiores números de doenças respiratórias em 2009, destacou-se Bronquite na estação seca, e IRAs na estação chuvosa. 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Ayres, J.G.; Forsberg, B., Annesi-Maesano, I. Climate change and respiratory disease: European Respiratory Society position statement. Eur. Respir J. 2009; 34: p. 295-302. Bueno, F. F.; Fonseca, A. R.; Braga. F. A.; Miranda, P. S. C. Qualidade do ar e internações por doenças respiratórias em crianças no município de Divinópolis, Estado de Minas Gerais. Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá, v. 32, n. 2, 2010. p. 185-189 Gouveia, N.; Mendonça, G.A.; Leon, A.P.; Correia, J.E.; Junger, W.L.; Freitas, C. U. Poluição do ar e efeitos na saúde nas populações de duas grandes metrópoles brasileiras. Epidemiol. Serv. Saúde. 2003; 12: p. 29-40. Ignotti, E.; Hacon, S. S.; Junger, W. L.; Castro, H. Efeitos das queimadas na Amazônia: método de seleção dos municípios segundo indicadores de saúde. Rev. Bras. Epidemiol. 2007; 10(4): p. 453-64

13940

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

VIVIANE SILVA DE JESUS

BENEFÍCIOS DO ACOMPANHAMENTO POR DOULAS AO BINÔMIO MATERNO-FETAL

Siqueira, SMCS; Jesus, VSJ; Bonfim, ASB; Oliveira, MSO; Martins, LAM; Camargo, CLC;

Introdução: Até o final do século XIX o acompanhamento dos partos era feito por parteiras. Tratava-se de mulheres provenientes da família ou comunidade, sem grau superior, que prestavam seus serviços às parturientes, auxiliando-as no nascimento do feto e prestando cuidados puerperais à mãe e ao bebê, caracterizando-se como uma figura essencial no cenário parturitivo. Com a institucionalização do nascimento, acontecida no século XX, a imagem da parteira começou a esmaecer a partir da introdução de profissionais de saúde nos cuidados durante o parto e, ao mesmo tempo, o binômio materno-fetal deixou de ser protagonista do cenário parturitivo, que passou a ser marcado pelo uso excessivo de tecnologias duras, medicalização em demasia e elevação do número de cesarianas, comprometendo o caráter humanizador do momento da parturição. Na perspectiva de resgatar o ambiente benfazejo promovido por acompanhantes no momento do parto, surge, na década de 1980, a doula, retomando o significado da maternidade acompanhada e oferecendo à mulher em trabalho de parto o suporte físico, emocional e psicológico necessário à ocorrência de um parto tranquilo. Dessa forma, este estudo objetiva a compreensão dos benefícios ao binômio materno-fetal resultante do acompanhamento do parto por doulas. Metodologia: Trata-se de um estudo bibliográfico realizado a partir de obras indexadas no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem). Para a busca foram utilizados dois descritores extraídos do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da BVS do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme): "Doulas" e "Trabalho de Parto", utilizando-se de uma busca com método integrado. Os critérios de inclusão foram: obras publicadas no recorte temporal de 10 anos (2003 a 2013), com disponibilidade de texto na íntegra e escritas em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, sendo excluídos os trabalhos que não se encaixassem nessas exigências. Foram detectados 18 trabalhos: 6 na Base SciELO, 8 na LILACS e 4 na BDENF. Destes, 17 foram publicadas em língua portuguesa e 1 em língua espanhola. Foram excluídos 12 trabalhos: 10 estavam repetidos nas bases, 1 porque se encontrava fora do recorte temporal desejado e 1 porque não tinha disponibilidade de texto na íntegra. Assim sendo, foram selecionadas 6 referências para a construção desse trabalho. Resultados e discussão: Houve unanimidade na opinião dos autores consultados1,2,3,4,5 ao afirmarem que o acompanhamento por doulas é benéfico tanto para as parturientes quanto para os seus bebês. Dentre os efeitos positivos do suporte por doulas destacam-se: redução da taxa de cesarianas, do uso de ocitocina, da duração do trabalho de parto, do uso de analgésicos e anestésicos e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento1,2. Ademais, as doulas podem dedicar o seu tempo a uma única mulher, garantindo um cuidado exclusivo e integral ao binômio mãe-filho, ao contrário das enfermeiras que necessitam prestar cuidados a várias pacientes ao mesmo tempo3,4. Além disso, as doulas assumem o papel da pessoa que acompanha a mulher durante todo o trabalho de parto e após este, pois, na atualidade, há uma gama de fatores relacionados à dinâmica do serviço que impossibilita a presença de um acompanhante escolhido por ela, mesmo sendo este direito garantido por lei. A doula contribui também com o trabalho da equipe por estar constantemente ao lado da parturiente, sendo capaz de identificar necessidades e riscos e sinalizar para a equipe de saúde5. As doulas ajudam no período expulsivo, estimulam a relação mãe e filho, a amamentação e contribuem na prevenção da depressão pós parto4, reduzindo os níveis de ansiedade e de dor durante o parto2. Estudos com primigestas

acompanhadas por doulas apontam redução do tempo em trabalho de parto, do uso de analgésicos, do número de fórceps e cesarianas, além de maior número de mulheres amamentando, com mais autoestima, menos depressão e maior interação com seus filhos, quando comparadas com parturientes que não foram acompanhadas por doulas3,5. Com relação aos benefícios para o bebê, pode-se citar: menor abandono do recém nascido no hospital, diminuição das taxas de maus tratos infantis, maior êxito na lactação no primeiro ano de vida e maior participação do pai nos cuidados ao filho2. Conclusão: o acompanhamento por doulas traz resultados positivos tanto para a parturiente como para seu filho à medida que se observa redução do número de cesarianas, do uso de tecnologias e medicalização do parto, dos índices de insatisfação com a experiência parturitiva e, por conseguinte, do número de casos de depressão pós-parto. Ademais, ficou evidenciado que a relação entre o binômio foi mais positiva entre as pessoas que tiveram acompanhamento por doulas. Assim sendo, sugere-se uma maior valorização do trabalho exercido por essas mulheres, bem como a ampliação do seu acesso às maternidades e centros de parturição, garantindo efeitos positivos no que diz respeito à vivência do parto tanto para a mãe como para o bebê. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: existe uma desproporcionalidade no que se refere ao quantitativo de pessoal de enfermagem e demanda de parturientes, de forma que o atendimento integral à mulher e ao recém-nascido acaba sendo prejudicado, e isso dificulta a identificação precoce de complicações que podem acometer o binômio. Por estar todo o tempo ao lado da parturiente, as doulas podem contribuir com o trabalho da equipe de enfermagem ao sinalizar as necessidades e implicações identificadas por essas mulheres no decorrer do trabalho de parto. REFERÊNCIAS: 1. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1316-1327, set-out, 2005. 2. Latapi VV, Huaquin XM. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(2): 108-12. 3. Leão VM, Oliveira SMJVD. O papel da doula na assistência à parturiente. REME - Rev. Min. Enf.; 10(1): 24-9, jan./mar., 2006. 4. Silva RMD, Barros NFD, Jorge HMF, Melo LPTD, Ferreira Junior AR. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. Ciência & Saúde Coletiva, 17(10): 2783-94, 2012. 5. Santos DDS, Nunes IM. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jul-set; 13 (3): 582-88. Descritores: Doulas; Trabalho de Parto; Enfermagem Obstétrica.

14367

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

WERUSCHKA ARAUJO GALAS

PREVALÊNCIA DE PARTOS NORMAIS E PARTOS CESARIANA DURANTE O ANO DE 2012 EM UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA NA CIDADE DE PARNAÍBA-PI

Araujo, WAG; Maria, KMGMC; Helena, MHCA; Duarte, MDG; Amorim, NAGS; Aragão, SAM;

INTRODUÇÃO: Optar por parto normal ou cesariano é motivo de grande insegurança entre gestantes, sendo que parir normal é a maneira mais indicada para preservar a saúde do bebê, muita gestantes temem devido à dor e há vários tabus. Dentro da normalidade, não existem contra-indicações para o parto normal, sendo necessário apenas deixar a natureza agir e ter uma assistência qualificada. OBJETIVOS: Identificar o quantitativo de partos realizados na maternidade de referência na cidade de Parnaíba-PI. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa documental, tendo como instrumento de coleta de dados o mapa de registros no qual é anotado o volume de partos que são conduzidos e/ou realizados pela equipe médica. A presente pesquisa ocorreu em uma maternidade de referência na cidade de Parnaíba-PI, em janeiro de 2013, onde foi colhido dados correspondente ao ano de 2012. RESULTADOS: Identificou-se que ao longo de 2012 foram conduzidos 1326 (64%) partos normais, 737 (36%) partos cesarianos. A maternidade é responsável por 65% dos partos da região, sendo mais de 95% realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). CONCLUSÃO: Concluímos que durante o ano de 2012 realizou-se 2063 partos, evidenciando que o parto natural foi realizado na maternidade em questão em sua maioria, modalidade essa defendida pela Organização Mundial de Saúde nos casos em que não há indicação efetiva de parto cesariano. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O parto normal tem pós operatório menos problemático levando a uma recuperação mais efetiva e tranquila, possibilitando a puerpera um retorno rápido de suas atividades normais. REFERÊNCIAS: BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. _____, Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. REZENDE, M. F. Departamento de Atenção à Saúde. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. DESCRITORES: Enfermagem. Parto Normal. Parto Cesariano.

14240

EIXO V - Outros

Situação: Aprovado para Poster Eletrônico

WILIAM WEGNER

APLICAÇÃO DO NURSING ACTIVITIES SCORE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM PRÁTICA EDUCATIVA

Parulla, CD; Fragoso, AS; Canabarro, ST; Wegner, W; Santos, JF; Budag, R;

APLICAÇÃO DO NURSING ACTIVITIES SCORE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM PRÁTICA EDUCATIVA Introdução: O Nursing Activities Score(NAS) é um indicador que tem demostrado sua especificidade para medir carga de trabalho em UTI, sua utilização, apesar de recente, tem se difundido nas UTI brasileiras. O NAS tem sete categorias de intervenções terapêuticas e é composto por 23 itens, cujos pesos variam de um mínimo de 1,2 a um máximo de 32,0 pontos1-2. O escore total obtido por paciente representa a porcentagem de tempo empregado pela equipe de enfermagem na assistência direta e indireta ao paciente 2. Objetivo: Descrever atividade de educação continuada realizada pelas enfermeiras residentes em intensivismo para enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) sobre a correta aplicação do NAS. Metodologia: Relato de experiência sobre capacitação realizada pelas enfermeiras residentes em intensivismo em uma UTIP, durante o mês de junho de 2013. Para a capacitação, os enfermeiros foram abordados individualmente e lhes foi entregue material impresso. Resultados: Participaram da capacitação 12 enfermeiros, dentre os turnos manhã e tarde, que aplicam diariamente o NAS. A proposta proporcionou alinhamento de conhecimentos e padronização dos critérios a serem avaliados. Conclusões: Conhecer a demanda de trabalho da unidade contribui para o gerenciamento do pessoal de enfermagem mais adequado a realidade local, bem como para a previsão e planejamento das atividades assistenciais visando oferecer uma assistência de enfermagem com segurança e qualidade. Descritores: UTI pediátrica; carga de trabalho; atividades de enfermagem. Referências: 1 Queijo AF, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP. 2009; 43(spe). 2 Canabarro ST et al . Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score (NEMS): um estudo de seu processo histórico. Rev. Gaúcha Enferm. (Online). 2010; 31(3).

REGIMENTO

V CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL

I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA, ADOLESCENTE E FAMÍLIA (I SISCAF)

14º ENCONTRO DO LABORATÓRIO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM FAMÍLIA E SAÚDE (LEIFAMS)

CAPÍTULO I

DO CONGRESSO

Art.1º O V Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal (V CBEPN) e o I Seminário Internacional de Saúde da Criança, Adolescente e Família (I SISCAF) são eventos científicos promovidos pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP) concomitante com o 14º Encontro do Laboratório de Estudos Interdisciplinares em Família e Saúde (LEIFAMS) e organizados pela Disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Grupo de Estudos no Cuidado a Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Parágrafo Único O V CBEPN, I SISCAF e o 14º Encontro do LEIFAMS, serão realizados na cidade de Gramado, no estado do Rio Grande do Sul, no período de 29 de outubro a 01 de novembro de 2013 e terão como Tema Central:

"Avanços, Aproximações e Transformações para Cuidar: Recém Nascido, Criança, Adolescente e Família".

CAPITULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º O V CBEPN, I SISCAF e o 14º Encontro do LEIFAMS terão por finalidades:

I. Refletir sobre a saúde do recém-nascido, criança, adolescente e família, bem como abordar os aspectos éticos, estéticos e as tecnologias do cuidado, responsabilidade social e as interfaces para a integralidade;
II. Discutir os fundamentos do cuidado e do processo de cuidar do recém-nascido, criança, adolescente e família nas dimensões da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão;

III. Promover intercâmbio técnico-científico e cultural entre enfermeiros gerentes e assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem, docentes, pesquisadores, outros profissionais e acadêmicos do campo da saúde e áreas afins, de instituições nacionais e internacionais em assuntos ligados ao ensino, pesquisa, extensão e assistência;

IV. Possibilitar a apresentação e a divulgação de trabalhos científicos envolvendo o cuidado ao recém-nascido, à criança, ao adolescente e à família, que contemplem a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão;

V. Estimular o desenvolvimento e a divulgação de produção científica, tecnológica e cultural no campo da Enfermagem do recém-nascido, criança, adolescente, família e de áreas afins;

VI. Discutir e propor a elaboração de padrões mínimos quantitativos e qualitativos para o cuidado de Enfermagem ao recém-nascido, criança, adolescente e família nos diversos contextos da assistência.

Parágrafo único: as atividades do V CBEPN, I SISCAF e 14º Encontro do LEIFAMS desenvolver-se-ão sob a forma de Cursos Pré-Congresso, oficinas, exposições, conferências, assembleias, reuniões, mesas-redondas, comunicação oral e pôster e rodas de conversa.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 3º Para a organização e execução do V CBEPN, I SISCAF e 14º Encontro do LEIFAMS serão constituídas oito Comissões, descritas a seguir: Comissão Executiva; Comissão Científica; Comissão de Secretaria; Comissão de Finanças; Comissão de Divulgação, Documentação e Registro; Comissão de Saúde; Comissão de Infraestrutura, Local e Monitoria; Comissão Social, Recepção e Hospedagem. A empresa contratada ficará responsável pela secretaria, divulgação e infraestrutura local e apoiará todas as comissões. O evento contará ainda, com a parceria de uma empresa de turismo.

Art. 4º A Comissão Executiva será constituída pela Presidente da SOBEP, pela Presidente do Evento e pelas Coordenadoras das demais comissões. Todos os integrantes das Comissões deverão ser enfermeiros e sócios da SOBEP e ou integrantes do LEIFAMS. As coordenadoras de cada Comissão serão indicadas pelos seus membros.

Parágrafo único O V CBEPN e o I SISCAF terão como Presidente de Honra a Presidente da SOBEP e como Presidente Executiva a Liderança do CEVIDA do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. A presidente de Honra do 14º Encontro do LEIFAMS será a liderança do LEIFAMS.

CAPÍTULO IV

DOS PARTICIPANTES

Art. 5º Poderão participar do V CBEPN, I SISCAF e 14º Encontro do LEIFAMS enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; estudantes de cursos superior e médio de enfermagem; outros profissionais e estudantes da área da saúde e de áreas afins.

Art. 6º Todo inscrito terá direito a assistir a programação do Congresso, bem como se inscrever em Cursos Pré-Congresso, exceto aqueles que exigem o título de enfermeiro.

Parágrafo Único Serão oferecidos em torno de 15 Cursos Pré-Congresso, pela Comissão Organizadora, que terão taxas diferentes da inscrição no evento. Para participar destes cursos, os interessados deverão estar inscritos no evento.

Parágrafo 1º São parceiros para a realização do V CBEPN, I SICAF e 14º Encontro do LEIFAMS:

- Grupo de Estudos no Cuidado a Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Grupo de Assistência, Pesquisa, Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM);
- Departamento Materno Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS);
- Programa de Pós-Graduação da EEUFRGS;
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA);
- Hospital da Criança Santo Antônio;
- Grupo Hospitalar Conceição - Hospital da Criança Conceição;
- ABEnRS;

Possíveis parceiros:

- Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS);
- Universidade FEEVALE;
- Universidade Luterana do Brasil (ULBRA);
- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS);
- Universidade Federal de Pelotas (UFPel);
- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA);
- Universidade Federal de Santa Maria (UFSM);
- Instituto Metodista de Porto Alegre (IPA);
- Universidade Federal do Rio Grande (UFRG);
- Universidade Estadual de Maringá (UEM);
- Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC);
- Universidade de Caxias do Sul (UCS);
- Faculdade Fátima de Caxias do Sul;
- Hospital Fátima de Caxias do Sul;
- Hospital Regina – Novo Hamburgo;
- Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia;
- Hospital Moinhos de Vento;
- Hospital Mãe de Deus;
- Hospital Tacchini de Bento Gonçalves - Escola de Enfermagem;
- Hospital de Caridade de Ijuí;
- COREN-RS;
- Sindicato dos Enfermeiros do RS.
- Universidade do Pampa - Unipampa

Art. 7º. Os valores das inscrições do Congresso e dos Cursos Pré-Congresso serão estabelecidos pela Comissão Executiva e aprovados em reunião extraordinária da Diretoria Nacional da SOBEP.

Art. 8º. A inscrição para o Congresso será feita mediante pagamento de taxa específica, antecipadamente, até **o limite das vagas.**

Parágrafo único. Serão emitidos certificados *on-line* aos participantes, que serão disponibilizados no *site* da SOBEP.

Art. 9º. Os membros locais das Comissões, a Diretoria da SOBEP e os representantes oficiais do LEIFAMS serão isentos do valor da taxa de inscrição no evento.

Art. 10º. Outros casos de isenção de pagamento de inscrição do Congresso serão decididos pela Comissão Executiva do Evento e Diretoria da SOBEP.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11 À Comissão Executiva compete:

I. Exercer a coordenação geral do Congresso com o apoio da Empresa Organizadora do Evento;

II. Coordenar a elaboração do Regimento do Congresso;

III. Indicar o Tema Central, a programação e a modalidade das atividades científicas do Congresso;

IV. Aprovar o local para a realização do Congresso;

V. Decidir o valor das inscrições do Congresso e dos Cursos Pré-Congresso;

VI. Avaliar as solicitações de isenção de inscrição no Congresso e Cursos Pré-Congresso;

VII. Elaborar e encaminhar projetos de captação de recursos às agências financiadoras e outros órgãos patrocinadores em parceria com a empresa organizadora do evento;

VIII. Aprovar o plano de atividades proposto pelas Comissões;

IX. Homologar a versão definitiva do programa científico do Congresso;

X. Aprovar o conteúdo e formato do site, folderes, cartazes e demais materiais de divulgação do Congresso:

XI. Homologar os modelos de certificados a serem expedidos pelo Evento e a versão final dos Anais do Congresso;

XII. Aprovar o plano orçamentário do Congresso;

XIII. Elaborar o relatório final do congresso em parceria com a empresa organizadora do evento, divulgá-lo e encaminhá-lo para apreciação e aprovação à Diretoria Nacional da SOBEP.

Parágrafo único. Aos Coordenadores das demais Comissões compete:

I. Participar da Comissão Executiva;

II. Redigir, assinar e expedir correspondência relativa à Comissão sob sua coordenação;

III. Apresentar à Comissão Executiva o plano de atividades da Comissão sob sua coordenação;

IV. Arquivar todos os documentos relativos à sua comissão e encaminhar a Comissão de Divulgação, Documentação e Registro;

V. Elaborar ata das reuniões da Comissão, com o registro da frequência dos respectivos membros;

VI. Elaborar e apresentar o relatório final das atividades desenvolvidas pela

Comissão submetendo-o à Comissão Executiva;

Art. 12 À Comissão Científica compete:

I. Propor a Programação Científica do Congresso;

II. Programar os Cursos Pré-Congresso;

III. Convidar e confirmar o aceite de colaboradores para o desenvolvimento da programação científica do Congresso;

IV. Elaborar e enviar carta-convite para palestrantes, conferencistas, presidentes e secretários para as mesas-redondas, conferências e sessões de comunicações orais e pôsteres, com apoio da empresa contratada.

V. Definir, convidar e confirmar o aceite de responsáveis pela presidência e secretaria das diversas seções do Congresso, com apoio da empresa contratada;

VI. Fornecer à Comissão Social, Recepção e Hospedagem uma relação com os nomes dos membros da Diretoria da SOBEP, conferencistas, palestrantes e ministrantes dos Cursos Pré-Congresso, em parceria com a empresa organizadora do evento;

VII. Elaborar as normas para inscrição dos trabalhos;

VIII. Elaborar critérios de avaliação e aprovação dos trabalhos inscritos no Congresso;

IX. Realizar a avaliação e a seleção dos trabalhos inscritos e definir a modalidade de apresentação do mesmo;

X. Elaborar e enviar para o autor responsável pela submissão do trabalho, a carta de aceite, informando o local, a data e o horário da apresentação do mesmo no Congresso, com a parceria da empresa contratada;

XI. Elaborar um modelo de certificado a ser fornecido aos relatores e autores dos trabalhos apresentados no Congresso e submetê-lo à Comissão Executiva;

XII. Elaborar e analisar o instrumento de avaliação do evento em parceria com a empresa organizadora do evento;

XIII. Organizar as sessões de comunicações orais, de temas livres, premiações e as sessões de pôsteres em parceria com a empresa organizadora do evento;

XIV. Organizar as sessões de lançamento de livros e as demais atividades científicas em parceria com a empresa organizadora do evento;

XV. Acompanhar a empresa organizadora na organização e no encaminhamento do material das mesas oficiais, das sessões de comunicações orais, de temas livres, premiações, as sessões de pôsteres ee e à Comissão de Divulgação, Documentação e Registro;

XVI. Orientar os presidentes e secretários das sessões de comunicação oral e aos avaliadores da sessão pôster para que, ao término das apresentações, os mesmos entreguem pessoalmente a listagem da presença dos autores e das respectivas apresentações;

XVII. Divulgar o resultado dos trabalhos premiados em Sessão Solene do Congresso.

XVIII. Elaborar o plano orçamentário da Comissão;

XIX. Elaborar as atas das reuniões e registrar a frequência dos membros da Comissão;

XX. Elaborar e apresentar o relatório final das atividades desenvolvidas pela Comissão, submetendo-o à Comissão Executiva.

Parágrafo único. A Comissão Científica contará com uma Sub-Comissão que será responsável pela premiação dos trabalhos, segundo as normas estabelecidas pela instituição financiadora do prêmio.

Art. 13 À Sub-Comissão de Premiação compete:

I. Divulgar a sistematização do processo de premiação no site oficial e nos folderes do Congresso, destacando o nome do prêmio, a instituição patrocinadora, a área temática e o regulamento de cada prêmio;
II.Receber os trabalhos inscritos para premiação;
III. Verificar se os trabalhos inscritos atendem às exigências regimentais pré-estabelecidas para inscrição de trabalhos que concorrem aos prêmios;
IV. Comunicar aos autores sobre o deferimento ou indeferimento de suas inscrições para concorrer aos prêmios oferecidos no Congresso;
V. Escolher a Comissão Julgadora para avaliação dos trabalhos que concorrem
ao Prêmio SOBEP;

VI. Encaminhar para a avaliação das Comissões Julgadoras os trabalhos classificados para concorrer ao prêmio SOBEP e demais prêmios oferecidos;
VII. Organizar uma Sessão de Comunicação Oral específica para a apresentação dos trabalhos que concorrem a prêmios;
VIII. Orientar os presidentes e secretários da sessão de Comunicação Oral para que, ao término das apresentações, os mesmos entreguem pessoalmente a listagem da presença dos autores e das respectivas apresentações;
IX. Encaminhar o resultado das premiações para a Comissão Científica;

X. Elaborar as atas das reuniões e registrar a frequência dos membros da Comissão;

XI. Elaborar e apresentar o relatório final das atividades desenvolvidas pela Comissão, submetendo-o à Comissão Executiva.

Art. 14 À Comissão de Secretaria compete:

I. Acompanhar a empresa organizadora no processo de receber, protocolar e enviar a correspondência das demais Comissões;

II. Acompanhar a empresa organizadora no processo de providenciar recursos materiais necessários para o desenvolvimento dos trabalhos da Comissão de Secretaria (pastas, crachás, canetas, blocos e etc.);

III. Acompanhar a empresa organizadora no processo de providenciar recursos materiais de secretaria necessários ao desenvolvimento dos trabalhos das demais Comissões;

IV. Acompanhar a empresa organizadora na instalação e coordenação da secretaria do evento;

V. Colaborar na recepção e orientação aos congressistas, conferencistas, palestrantes, convidados e expositores;

VI. Acompanhar a empresa organizadora no processo das inscrições dos participantes do evento, previamente e no local do evento;

VII. Acompanhar a empresa contratada na organização e distribuição dos crachás e pastas aos participantes;

VIII. Acompanhar a empresa organizadora no processo de organização do material necessário para o desenvolvimento das atividades estabelecidas pela Comissão Científica;

IX. Acompanhar a empresa organizadora no processo de elaborar e emitir listagem dos inscritos de acordo com o pagamento das inscrições e das apresentações orais de temas livres, premiações e pôsteres;

X. Acompanhar a empresa organizadora no processo de expedir certificados, atestados e recibos;

XI. Elaborar o plano orçamentário da Comissão;

XII. Acompanhar a empresa organizadora no processo de prestação de contas junto à Comissão de Finanças;

XIII. Acompanhar a empresa organizadora para providenciar serviço de digitação e cópias de documentos;

XIV. Acompanhar a empresa organizadora para providenciar certificados de premiação;

XV. Elaborar as atas das reuniões e registrar a frequência dos membros da Comissão;

XVI. Elaborar e apresentar o relatório final das atividades desenvolvidas pela

Comissão submetendo-o à Comissão Executiva;

Art. 15 À Comissão de Finanças compete:

I. Verificar a existência de recursos de eventos anteriores, bem como os recursos captados pela Comissão Executiva e empresas parceiras e contratadas pelo evento;

II. Elaborar e encaminhar um modelo de projeto de captação de recursos para o coordenador de cada Comissão e dar continuidade ao processo de captação;

III. Receber o plano orçamentário das diversas comissões e elaborar o plano orçamentário geral;

IV. Administrar os recursos financeiros ao longo da organização e realização do

evento;

V. Definir valores dos estandes;

VI. Negociar espaços físicos para exposição no evento;

VII. Adquirir passagens e efetuar o pagamento de hospedagem dos convidados

para o desenvolvimento da programação científica;

VIII. Movimentar as contas bancárias em conjunto ao Presidente da Comissão Executiva e a Tesoureira da SOBEP;

IX. Efetuar pagamentos**;**

X. Guardar cópias dos documentos comprobatórios de arrecadação e despesas e emitir recibos;

XI. Elaborar o relatório final de prestação de contas e submeter à apreciação e

aprovação da Comissão Executiva e da SOBEP;

XII. Elaborar as atas das reuniões e registrar a frequência dos membros da Comissão;

XIII. Elaborar e apresentar o relatório final das atividades desenvolvidas pela Comissão submetendo-o à Comissão Executiva;

Art. 16 À Comissão de Divulgação compete:

I. Acompanhar a empresa organizadora no processo de elaboração do logotipo do congresso;

II. Acompanhar a coordenadoria permanente de divulgação da SOBEP, que em parceria com a empresa organizadora contratada, deverão proceder a atualização do site do evento na página da SOBEP.

III. Acompanhar a empresa organizadora no processo de confecção do programa oficial e material de divulgação;

IV. Acompanhar a empresa organizadora na divulgação do evento em nível local, estadual e nacional antes e durante a sua realização;

V. Em parceria com a empresa organizadora providenciar a cobertura do evento pela imprensa, rádio e televisão locais;

VI. Efetuar a síntese das discussões e recomendações produzidas ao longo do

evento para a apresentação na sessão de encerramento;

VII. Divulgar o resultado das avaliações do evento;

VIII. Elaborar o plano orçamentário da Comissão;

IX. Em parceria com a empresa contratada organizar e providenciar a publicação dos Anais do evento no site;

X. Expedir avisos e comunicações durante o evento;

XI. Elaborar as atas das reuniões e registrar a frequência dos membros da Comissão;

XII. Elaborar e apresentar o relatório final das atividades desenvolvidas pela Comissão submetendo-o à Comissão Executiva;

Art. 17 À Comissão de Infraestrutura Local e Monitoria compete:

I. Inscrever, treinar e orientar as atividades dos monitores na fase de preparação e durante o evento;
II. Acompanhar a empresa organizadora na decoração do local;

III. Acompanhar a empresa organizadora na escolha dos locais para instalação de faixas, banners e similares;

IV. Acompanhar a empresa organizadora no processo de checagem dos recursos audiovisuais;

V. Acompanhar a empresa organizadora na organização dos recursos audiovisuais;

VI. Acompanhar a empresa organizadora no processo de sinalização de informações que auxiliem o acesso aos locais das atividades;

VII. Colaborar com a Comissão Social e a empresa organizadora na recepção dos convidados, conferencistas e outros no local do evento;

VIII. Acompanhar a empresa organizadora na supervisão de lanches e coquetel;

IX. Acompanhar a empresa organizadora na supervisão da manutenção e limpeza do ambiente;

X. Acompanhar a empresa organizadora no processo de providenciar infraestrutura de acordo com a necessidade da programação e das Comissões;

XI. Elaborar o plano orçamentário da Comissão;

XII. Acompanhar a empresa organizadora na aplicação do instrumento de avaliação do evento;

XIII. Elaborar as atas das reuniões e registrar a frequência dos membros da Comissão;

XIV. Elaborar e apresentar o relatório final das atividades desenvolvidas pela Comissão, submetendo-o à Comissão Executiva;

Art. 18 À Comissão Social, de Recepção e Hospedagem compete:

I. Acompanhar a empresa organizadora no processo de propor, aprovar e promover a programação social e cultural do evento;

II. Efetuar o orçamento junto às agências de turismo referentes a passagens aéreas e terrestres, translados, hospedagens e passeios;

III. Acompanhar a empresa de turismo na reserva de passagens e hospedagem para os palestrantes e convidados;

IV. Acompanhar a empresa organizadora na Secretaria, setor de informações, para os participantes sobre as opções acima mencionadas;

V. Acompanhar a empresa organizadora no levantamento de restaurantes e lanchonetes próximos ao local do evento, bem como de transporte coletivo;

VI. Acompanhar através da Agência de turismo o translado dos responsáveis pela programação científica bem como o seu acompanhamento em eventos sociais e culturais, se necessário;

VII. Elaborar o plano orçamentário da Comissão;

VIII. Elaborar as atas das reuniões e registrar a frequência dos membros da Comissão;

IX. Elaborar e apresentar o relatório final das atividades desenvolvidas pela Comissão, submetendo-o à Comissão Executiva;

Art. 19 À Comissão de Saúde compete:

I. Providenciar os serviços de saúde e organizar o fluxo de atendimento em casos de urgências e emergências;
II. Elaborar uma lista de planos de saúde por instituições de saúde locais e disponibilizá-los aos participantes do Congresso;
III. Providenciar o atendimento em saúde para os participantes do evento no local ou encaminhar, quando necessário;
IV. Designar um monitor para acompanhar os participantes, palestrantes ou convidados nos casos de atendimento nos serviços de saúde;
V. Assegurar o transporte e o atendimento hospitalar em instituição previamente contatada;
VI. Providenciar, caso necessário, contatos com os familiares do congressista;
VII. Providenciar espaços alternativos para o cuidado à saúde;
VIII. Elaborar o plano orçamentário da Comissão;
VIII. Elaborar as atas das reuniões e registrar a frequência dos membros da Comissão;

IX. Elaborar e apresentar o relatório final das atividades desenvolvidas pela Comissão, submetendo-o à Comissão Executiva.

CAPÍTULO VI

DA INSCRIÇÃO E APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS

Art. 20 O prazo para a inscrição e envio de trabalhos será definido pela Comissão Científica e publicado no *site* do evento.

Art. 21 Os trabalhos devem estar em consonância com o tema central do evento.

Art. 22 Os trabalhos podem ser inscritos nas modalidades: pesquisa, reflexão

teórico filosófica, relato de experiência e revisões.

Art. 23 O relator do trabalho deve estar inscrito no evento, sendo permitidas até 02 (duas) apresentações por relator nas modalidades comunicação oral ou pôster.

Art. 24 Será emitido somente um certificado por trabalho apresentado, com o nome do relator e dos autores.

Art. 25 Serão aceitos, no máximo, 02 (dois) trabalhos por congressista inscrito como primeiro autor.

Art. 26 Serão permitidos, no máximo, 06 (seis) autores por trabalho, incluindo o relator.

Art. 27 A forma de apresentação dos trabalhos proposta pelo relator poderá ser

alterada a critério da Comissão Científica.

Art. 28 Para os trabalhos apresentados sob forma de comunicação oral, o relator terá 10 (dez) minutos. Após a apresentação serão destinados 5 (cinco) minutos para perguntas e respostas, exceto os trabalhos que concorrerão a prêmio, cujo tempo de apresentação oral será de 15 (quinze) minutos e 5 (cinco) minutos para perguntas e respostas.

Art. 29 Os valores das inscrições definidos pela Comissão Executiva e referendados pela SOBEP estão apresentados na tabela abaixo.

VALORES DAS INSCRIÇÕES

CATEGORIA	15/04/13 a 01/06/13	02/06/13 a 30/09/13	A partir de 01/10/13
Enfermeiros Sócios SOBEP	225,00	305,00	365,00
Enfermeiros Não Sócios SOBEP e outros profissionais	365,00	435,00	485,00
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	175,00	215,00	235,00
Estudantes de Graduação	115,00	155,00	205,00

Os cursos pré- congresso terão valores diferenciados conforme a carga horária.

Para que os cursos ocorram deverá haver um número mínimo de inscritos a ser definido de acordo com o curso. Haverá um número máximo de vagas por curso, de acordo com o espaço disponível.

CAPITULO VII

DA PREMIAÇÃO DOS TRABALHOS

Art 29 Os autores que inscreverem seus trabalhos para apresentação no Congresso poderão encaminhá-los à avaliação para concorrerem aos seguintes prêmios:

I. Prêmio SOBEP;

II. Prêmio Elaci Sampaio Barreto;

III. Prêmio Euzébia Jesus Pereira;

IV. Prêmio Lydia Ignes Rossi Bub.

OBS: Há a possibilidade de ser oferecido premio local.

Art. 30 As premiações destinar-se-ão aos trabalhos científicos apresentados no V CBEPN, I SISCAF e 14º Encontro do LEIFAMS que atendam aos requisitos propostos pelo regulamento de cada prêmio, que estarão divulgados no site do V CBEPN, I SISCAF e 14º Encontro do LEIFAMS.

Art. 31 No momento da inscrição para premiação, os autores deverão indicar a qual prêmio estará concorrendo.

Art. 32 Os trabalhos inscritos e selecionados para concorrer à premiação serão

apresentados sob a forma de comunicação oral em sessão específica. Os trabalhos inscritos para premiação e que não atenderem os critérios serão encaminhados para apresentação em e-poster.

Art. 33 Os membros da Comissão Científica e da Sub-Comissão de Premiação de trabalhos científicos não poderão concorrer aos prêmios.

Art. 34º. Os membros da diretoria da SOBEP e do Conselho Fiscal não poderão concorrer ao prêmio SOBEP.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35 A Comissão Executiva poderá alterar a ordem do programa se necessário.

Art. 36 As decisões da Comissão Executiva serão tomadas pela maioria simples dos seus membros**.**

Art. 37 Os integrantes da Comissão Executiva e das outras Comissões deverão cumprir e fazer cumprir as disposições deste Regimento.

Art. 38 Da receita líquida do evento será destinado 75% para a SOBEP e 25% para o local que sedia o evento. A parte destinada ao local sede do evento será dividida em duas partes, uma para a Disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e outra para o Grupo de Estudos no Cuidado a Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS**).**

Art. 39 Os casos omissos deste regulamento serão discutidos e resolvidos pela

Comissão Executiva.

Regimento aprovado no dia 20 de fevereiro de 2013 em reunião extraordinária da Diretoria da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras - SOBEP.

CARTA DE GRAMADO

O V Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, I Seminário Internacional de Saúde da Criança, Adolescente e Família e 14º Encontro do Laboratório de Estudos Interdisciplinares em Família e Saúde, foi promovido pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP), em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o LEIFAMS e com a Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Rio Grande do Sul, realizado no período de 29 de outubro a 01 de novembro, no Centro de Convenções da FAURGS, na cidade de Gramado, estado do Rio Grande do Sul. O evento teve como tema central "Avanços, Aproximações e Transformações do Cuidar: Recém nascido, criança adolescente e família"; e contou com 927 participantes de todo o território nacional, entre enfermeiros, estudantes de graduação e pós-graduação em enfermagem, organizações de classe (Sindicato dos Enfermeiros, Coren- RS), convidados internacionais de Portugal e da Colômbia, do Ministério da Saúde, CAPES e Escolas Públicas Estaduais de Gramado, Canela, Caxias e Pica Café . O evento teve como finalidades:

2 I. Refletir sobre a saúde do recém-nascido, criança, adolescente e família, bem como abordar os aspectos éticos, estéticos e as tecnologias do cuidado, responsabilidade social e as interfaces para a integralidade; II. Discutir os fundamentos do cuidado e do processo de cuidar do recém-nascido, criança, adolescente e família nas dimensões da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão; III. Promover intercâmbio técnico-científico e cultural entre enfermeiros gerentes e assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem, docentes, pesquisadores, outros profissionais e acadêmicos do campo da saúde e áreas afins, de instituições nacionais e internacionais em assuntos ligados ao ensino, pesquisa, extensão e assistência; IV. Possibilitar a apresentação e a divulgação de trabalhos científicos envolvendo o cuidado ao recém-nascido, à criança, ao adolescente e à família, que contemplem a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão; V. Estimular o desenvolvimento e a divulgação de produção científica, tecnológica e cultural no campo da Enfermagem do recém-nascido, criança, adolescente, família e de áreas afins; VI. Discutir e propor a elaboração de padrões mínimos quantitativos e qualitativos para o cuidado de Enfermagem ao recém-nascido, criança, adolescente e família nos diversos contextos da assistência. Considerando as discussões, reflexões e debates ocorridos durante o evento e o comprometimento da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras com a prática da enfermagem pediátrica segura e de qualidade, com a vida, com o resgate da cidadania e da dignidade humana, em prol dos melhores interesses da criança, do adolescente, dos profissionais, recomenda-se: **À SOBEP**

Integrar as discussões e formulações de políticas públicas para o recém-nascido, criança e adolescente e suas famílias, com assento nos comitês e nas audiências públicas;

Defender a Lei de Iniciativa Popular que destina dez por cento da receita bruta para a aplicação nos recursos da saúde;

3 Solicitar a ABEn nacional para incluir temáticas desse grupo etário nos eventos promovidos pela entidade, considerando que a população juvenil representa 1/3 da população geral dos menores de 19 anos;

Criar comitês de consenso para a elaboração de políticas e recomendações para a prática;

Apoiar iniciativas que busquem melhores condições de trabalho aos profissionais que atuam na área pediátrica;

Promover a aliança dos enfermeiros pediatras com os usuários em defesa do recém-nascido, da criança e família;

Aos Enfermeiros Pediatras: (dirigida a todos os enfermeiros pediatras, inclusive aos que não são membros da SOBEP)

Considerar os determinantes sociais da saúde nos contextos de cuidado do recém-nascido, criança, adolescente e família;

Valorizar o contexto socioeconômico e cultural das famílias bem como sua diversidade étnica, de raça e cor na pesquisa, no ensino e na assistência ao recém-nascido, criança e adolescente;

Defender a integralidade do cuidado ao recém-nascido, criança, adolescente e família no âmbito do ensino, pesquisa e assistência;

Constituir redes colaborativas na perspectiva do desenvolvimento do ensino e pesquisas, bem como da melhoria da qualidade da produção científica da área;

Disseminar a cultura de segurança do paciente no âmbito da formação, da assistência e da pesquisa;

Promover o Cuidado Centrado na Família e na Comunidade, no ensino, pesquisa e assistência;

Desenvolver e aplicar protocolos clínicos baseados em evidências científicas.

Promover a cultura da paz nos diversos cenários de cuidado do recém-nascido, criança e adolescente e suas famílias;

4 Promover a saúde escolar na perspectiva intersetorial e interdisciplinar valorizando a escola como espaço de cuidado;
Estimular a formação dos vínculos afetivos familiares ressaltando a importância da afetividade para o desenvolvimento infantil saudável;
Discutir a inserção da temática *cuidados paliativos* ao recém-nascido, à criança e ao adolescente na formação dos profissionais.
Incorporar instrumentos de avaliação da família no cuidado de enfermagem ao recém-nascido, criança e adolescente e suas famílias,
Valorizar o brincar como necessidade da criança e promovê-lo em todos os cenários de cuidado;
Desenvolver estratégias efetivas de comunicação com o recém-nascido, a criança, o adolescente e suas famílias como expressão do cuidado humanizado;
Investir na formação do enfermeiro para o seguimento de crianças de risco no cenário ambulatorial e domiciliar;
Garantir o registro de todas as informações referentes ao histórico de saúde dos recém-nascidos, crianças e adolescente e suas famílias como um direito dos usuários;
Incorporar instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na prática clínica;
Estimular a comunicação entre os pais-escola-crianças/adolescentes;
Garantir um espaço próprio ao adolescente em todos os cenários de cuidado;
Promover a aliança dos enfermeiros pediatras com os usuários em defesa do recém-nascido, da criança e família;
Conferir maior visibilidade aos conteúdos de saúde da criança e do adolescente nos cursos de formação profissional.

Gramado, 01 de novembro de 2013
Congressistas do V Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal