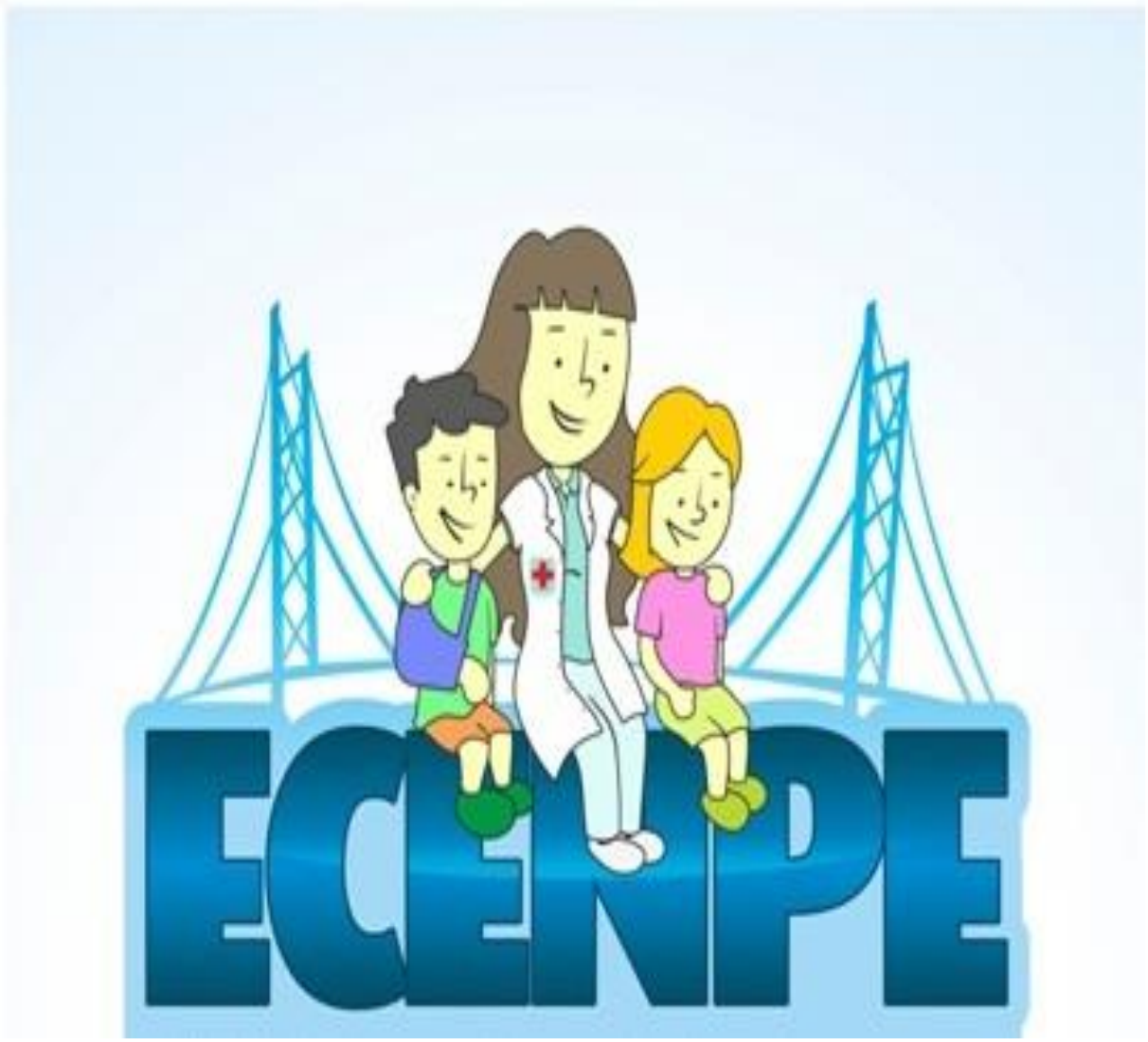
Anais do XVIII ECENPE – Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica e I Jornada do Gepesca
Florianópolis/SC – 08 a 09 de setembro de 2016
ISSN 2525-8273



XVIII ENCONTRO CATARINENSE DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E I JORNADA DO GEPESCA

Tema Central: Avanços e desafios nos diferentes cenários de cuidado da criança, do adolescente e da família

08 a 09 de setembro de 2016
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis/SC

ISSN 2525-8273

ANAIS

Organizadores:

ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA
JANE CRISTINA ANDERS

Florianópolis - Santa Catarina – Brasil
08 a 09 de setembro de 2016

http://www. http://gepesca.paginas.ufsc.br/

© ***Copyright 2016*** **– Universidade Federal de Santa Catarina – Departament de Enfermagem - GEPESCA.**

Ficha Catalográfica

Catalogação na fonte pela Biblioteca Universitária
da Universidade Federal de Santa Catarina

E56 Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
(18.:2016:Florianópolis, SC.)
Anais do XVIII Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica, I Jornada do GEPESCA / Organizadores: Ana Izabel Jatobá de Souza, Jane Cristina Anders. – Florianópolis: GESPESCA/UFSC, 2016. ISSN: 2525-8273.
290 p.

Evento realizado na Universidade Federal de Santa Catarina no período de 8 a 9 de Setembro de 2016.

1. Enfermagem Pediátrica – Santa Catarina – Congressos. I. Souza, Ana Izabel Jatobá de. II. Anders, Jane Cristina. III. Jornada do GEPESCA.

CDU: 616-083-053.2

Diagramação: Ana Izabel Jatobá de Souza.
Tiragem: 210

ISSN 2525-8273

Realização:

GEPESCA
GRUPO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Apoio:

UFSC

ENFERMAGEM UFSC

Hospital Universitário

HIJG
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

PEN/UFSC 40 anos 1976 - 2016

CAPES 65 anos

Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras

ABEn-SC

Coren SC

UNICRED

ISSN 2525-8273

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: Enfa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Vice Presidente: Enfa. Dda. Micheline Fátima da Silva
Tesoureiras: Enfa. Dra. Ana Maria Farias da Silva e Enfa. Dra. Juliana Coelho Pina
Secretárias: Acad. de Enf. Ana Paula Madalena da Silva e Tainá Cardoso Gevaerd

COMISSÃO EXECUTIVA
Coordenadora: Enf. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Enfa. Dra. Ana Maria Farias da Silva
Enfa. Msc. Danielle Boing Bernardes
Enfa. Dra. Gisele Cristina Manfrini
Enfa. Dra. Jane Cristina Anders
Enfa. Dra. Juliana Coelho Pina
Enfa. Dra. Margarete Maria Lima
Enfa. Msc. Micheline Fátima da Silva
Enfa. Dra. Patrícia Kuerten Rocha
Enfa. Dra Roberta Costa

COMISSÃO CIENTÍFICA
Coordenadora: Enfa. Dra. Patrícia Kuerten Rocha
Enfa. Dra. Jane Cristina Anders
Enfa. Msc. Andreia Tomazoni
Enfa. Esp. Sabrina de Souza

COMISSÃO DE FINANÇAS
Coordenadora: Enfa. Dra. Ana Maria Farias da Silva
Enfa. Dra. Juliana Coelho Pina

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO
Coordenadora: Enfa. Msc. Danielle Boing Bernardes
Enfa. Msc. Pamela Rumor

COMISSÃO DE SECRETARIA
Coordenadora: Enf. Dra. Margarete Maria Lima
Enfa. Msc. Maribel Cristina Wenchenfelder
Enfa. Dra. Roberta Costa

COMISSÃO LOCAL, DE RECEPÇÃO, TRANSPORTE E HOSPEDAGEM
Coordenadora: Enfa. Dra. Gisele Cristina Manfrini
Enfa. Msc. Joseila Cristina Franzon
Enfa. Msc. Marilia de Farias Soncini

Monitores
Ana Paula Madalena da Silva
Cláudia Filipa Freitas Aguiar
Dhielle de Souza Pinheiro
Everton Teixeira Ferreira
Lucas de Liz Granemann
Tainá Cardoso Gevaerd

ISSN 2525-8273

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA	
CONFERÊNCIAS E PALESTRAS	
Desafios para redução da mortalidade infantil.	18
Enfermagem no cuidado da criança e do adolescente dependente de tecnologia.	21
Desafios na Gestão de Enfermagem de Hospitais Pediátricos.	22
Administração de Hemoderivados por Bomba de Infusão em Pediatria.	23
SBAR como uma Técnica de Comunicação para a Equipe de Saúde.	25
Guia de cuidados para a prevenção de incidentes na via intravenosa em pediatria.	28
Segurança do paciente na utilização de bombas de infusão em pediatria e neonatologia.	30
Atualização das Diretrizes de RCP em Neonatologia e Pediatria.	34
Participação dos pais na tomada de decisão ao fim da vida.	35
Educar-brincar-cuidar: a prática de enfermagem na pediatria.	37
Método Canguru cuidado compartilhado com a Atenção Básica.	40
Zika Vírus e Microcefalia – desafios no cuidado.	42
Imunização.	45
Simulação como tecnologia educacional: possibilidades de utilização em instituições hospitalares.	46
Projeto Naninhas do Bem	49
Ensino de Enfermagem Pediátrica e suas repercussões para a prática	54
APRESENTAÇÃO ORAL – PRÊMIO - Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA.	57
Cuidado à criança hospitalizada: percepção do cuidador familiar.	58
SESSÃO PÔSTER	
Resumos 01 - Diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA no Peri operatório dos RNs com diagnóstico de gastrosquise.	70
Resumo 02 - Amar é cuidar: promovendo educação em saúde as gestantes.	73
Resumo 03 - Características epidemiológicas de óbitos fetais no estado de Santa Catarina: retrato de uma década.	76
Resumo 04 - Famílias na escola: cuidando dos adolescentes do ensino médio de uma Instituição Federal do Sul do Brasil.	79

ISSN 2525-8273

Resumo 05 - Nascidos vivos na região da grande Florianópolis: um estudo epidemiológico no período de 2010 a 2014.	82
Resumo 06 - Os avanços do lúdico e do brincar na promoção da saúde: a higiene corporal em crianças da pré-escola.	85
Resumo 07 - A sustentável leveza do teatro no cotidiano da promoção da saúde escolar: a enfermagem prevenindo a obesidade infantil e sobrepeso.	88
Resumo 08 - Mortalidade infantil: características epidemiológicas da região da grande Florianópolis (2010 a 2014).	92
Resumo 09 - Aspectos epidemiológicos de anomalias congênitas na região da grande Florianópolis: um estudo no período de 2005 a 2014.	95
Resumo 10 - Construção do módulo específico disabkids® para crianças e adolescentes brasileiros com insuficiência renal crônica em hemodiálise: etapa de validação de conteúdo.	98
Resumo 11 - Delineando o perfil de crianças que vivem com HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência no oeste de Santa Catarina.	101
Resumo 12 - Conhecendo as crianças expostas e que vivem com HIV/AIDS por meio da pesquisa: um relato de vivência.	104
Resumo 13 - Efeitos da utilização do brinquedo terapêutico para crianças submetidas à punção venosa.	107
Resumo 14 - Caracterização de cuidadores de crianças expostas verticalmente ao HIV.	109
Resumo 15 - Um olhar sobre a criança exposta verticalmente ao HIV: necessidade da rede de cuidados.	112
Resumo 16 - Projeto de extensão discutindo a relação: abordando temáticas do programa saúde do escolar com adolescentes.	115
Resumo 17 - Assistência de enfermagem às crianças/adolescentes e familiares em tratamento com hormônio do crescimento recombinante: relato de experiência.	118
Resumo 18 - Promoção à saúde da criança: experiências de um hospital amigo da criança localizado no sul do estado de Santa Catarina.	121
Resumo 19 - Problematizando o Bullying em ambiente escolar: a projeção de audiovisuais como possibilidade de sensibilizar crianças e adolescentes.	124
Resumo 20 - Educação em saúde com crianças e adolescentes no espaço escolar: o uso de metodologias ativas.	127
Resumo 21 - A Shantala como possibilidade de cuidado ao binômio mãe-bebê.	130
Resumo 22 - Percepções de mães de Recém Nascido internado em uma unidade de tratamento intensivo neonatal sobre as relações de apoio estabelecidas entre as mães e a equipe de enfermagem.	132
Resumo 23 - Atividade de educação em saúde: experiências de acadêmicos de enfermagem.	135
Resumo 24 - Atuação do enfermeiro na educação em saúde:	138

ISSN 2525-8273

promoção da saúde e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis com adolescentes.	
Resumo 25 - Cuidados de enfermagem em uma crise Falcêmica – atendimento na emergência pediátrica: um relato de caso.	141
Resumo 26 - Adolescente com transtorno mental por uso abusivo de drogas - atendimento na emergência pediátrica: um relato de caso.	144
Resumo 27 - A importância da sistematização da assistência de enfermagem em pediatria como cenário de prática: um relato de experiência.	147
Resumo 28 - Coisas de mulher: sexualidade e adolescência.	150
Resumo 29 - Uso da realidade virtual no tratamento de crianças queimadas: revisão integrativa.	153
Resumo 30 - O que você quer saber sobre sexualidade?	157
Resumo 31 - Acidentes por queimadura: repercussões psicossociais no cotidiano da criança e adolescente.	160
Resumo 32 - Vivência de uma enfermeira reside188nte na internação oncológica pediátrica.	162
Resumo 33 - Brinquedo terapêutico sustentado por modelo de cuidado de enfermagem: estratégia para enfrentamento da hospitalização infantil.	164
Resumo 34 - Relatando a experiência com adolescentes sobre violência/cultura da paz.	167
Resumo 35 - O método canguru como modelo de cuidado no processo de humanização da dor.	171
Resumo 36 - Visita domiciliar como estratégia de atenção à saúde materna e do recém-nascido: relato de vivência.	175
Resumo 37 - Assistência de enfermagem na emergência à criança com anomalia congênita: um relato de experiência.	178
Resumo 38 - A música no cuidado de enfermagem a criança em tratamento oncológico com dor.	180
Resumo 39 - Prevalência de enteroparasitoses em crianças: estudo de revisão.	183
Resumo 40 - Cuidados paliativos a crianças e adolescentes com câncer: revisão integrativa.	188
Resumo 41 - Atualizações em ressuscitação cardiopulmonar (RCP) voltada à pediatria.	192
Resumo 42 - Ensino de oncologia pediátrica na graduação de enfermagem: experiência de uma disciplina eletiva.	195
Resumo 43 - Século XVII *versus* século XXI: a conquista dos direitos da criança.	198
Resumo 44 - Incidentes/eventos adversos em saúde na pediatria: o saber e o fazer dos profissionais de enfermagem.	202
Resumo 45 - Funções administrativas do acadêmico de enfermagem em hospital escola: contribuições para o cuidado em pediatria.	206
Resumo 46 - Atenção à criança que sofreu queimaduras: relato de	209

ISSN 2525-8273

caso.	
Resumo 47 - Atividade lúdico-educativa com crianças atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão: relato de experiência.	212
Resumo 48 - Relato de caso de criança com doença renal crônica: implicações no cotidiano familiar.	216
Resumo 49 - Gestão do cuidado e segurança do paciente pediátrico: participação de acadêmicos de enfermagem em ESTÁGIO administrativo.	217
Resumo 50 - O adolescente com HIV/AIDS e a convivência com seu diagnóstico/doença	220
Resumo 51 - Retrospectiva da matriz curricular do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí: enfoque na saúde da mulher, criança e adolescente.	224
Resumo 52 - Efetividade da atuação da enfermagem no gerenciamento de disfagias.	226
Resumo 53 - Internações de adolescentes por condições sensíveis a atenção primária: uma revisão integrativa.	229
Resumo 54 - O processo de enfermagem à criança com paralisia periódica hipocalêmica familiar: um relato de experiência.	233
Resumo 55 - Relato de experiência sobre o projeto enferma-ria: promovendo a saúde da criança hospitalizada.	236
Resumo 56 - A vivência dos cuidadores nos aspectos emocionais e sentimentais de pacientes pediátricos em tratamento oncológico.	239
Resumo 57 - Acadêmicos de enfermagem frente às consultas de puericultura realizadas em uma unidade básica de saúde no município de Florianópolis.	242
Resumo 58 - Coisas de mulher: a violência na roda.	245
Resumo 59 - Conhecimento sobre a infecção pelo HIV em adolescentes.	248
Resumo 60 - Cuidados de enfermagem na sondagem gástrica e enteral em crianças: revisão integrativa da literatura.	252
Resumo 61 - Um giro pela história- da família medieval à família moderna.	256
Resumo 62 - Humanização e educação em saúde com cuidadores, crianças e adolescentes no hospital universitário infantil.	259
Resumo 63 - Processo de enfermagem no cuidado ao prematuro em uso de gavagem: um relato de experiência.	262
Resumo 64 - Sala de escuta no centro de saúde: espaço de interlocução com a escola e creche para o cuidado psicossocial de crianças e famílias.	265
Resumo 65 - O cuidado familiar às crianças escolares atendidas em um centro de atenção psicossocial infantil.	268
Resumo 66 - O lúdico no cuidado à criança hospitalizada: uma revisão integrativa da literatura.	270
Resumo 67 - Vivência do cuidador familiar acerca da revelação do diagnóstico da criança com doença oncológica.	275
Resumo 68 - Relato de experiência sobre o cuidado às crianças	278

hospitalizadas que apresentaram problemas respiratórios.	
Resumo 69 - Terapia assistida por animais para crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa.	281
Resumo 70 - Utilização de metodologias ativas de ensino em ressuscitação cardiopulmonar em pediatria.	284
Resumo 71 - Análise do risco familiar entre crianças com necessidades especiais de saúde.	286
Resumo 72 - Educação em saúde com os cuidadores, crianças e adolescentes de um ambulatório de saúde familiar e comunitária.	289
Resumo 73 - Cuidados de enfermagem à criança com infecção respiratória portadora de síndrome de Richieri-Costa: relato de experiência.	292

ISSN 2525-8273

APRESENTAÇÃO

Prezado (a) Participante,

Seja bem vindo(a) ao XVIII Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica e I Jornada do GESPESCA. A cada edição abordamos temas contemporâneos voltados para a teoria e a prática da Enfermagem Pediátrica. Este ano, o Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica agrega a I Jornada do Laboratório de Pesquisas, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA, um grupo que desde 2009 vem atuando em prol da Enfermagem Pediátrica em parceria com diversos grupos de pesquisa e instituições a fim de aprofundar e aprimorar os conhecimentos nesta área.

Historicamente, o ECENPE vem sendo realizado, desde o ano de 1989, com a iniciativa de enfermeiras docentes da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) da área de Enfermagem Pediátrica, em parceria com enfermeiras da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC) e do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES).

Com interstício médio de dois a três anos, a execução do evento se alterna entre as enfermeiras da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário (UFSC) e enfermeiras do Hospital Infantil Joana de Gusmão (SES), incluindo a participação de docentes da área de Enfermagem Pediátrica do Departamento de Enfermagem (UFSC). Desta forma, congrega experiências de ensino, pesquisa e assistência, permitindo a ampliação do conhecimento e a discussão de temas emergentes na área de Enfermagem Pediátrica. É um evento importante nesta modalidade no Estado de Santa Catarina e de outros Estados do Brasil, e tem garantido espaços de atualização e desenvolvimento dos profissionais da área.

Nesta edição, as docentes do Departamento de Enfermagem da UFSC da área de Enfermagem Pediátrica, pertencentes ao GEPESCA, em parceria com enfermeiras da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC) tomaram a si a tarefa de organizar e viabilizar a programação do XVIII ECENPE e I Jornada do GEPESCA. Sabemos que na atualidade de nosso país, organizar qualquer evento, mesmo de pequena magnitude, se transforma em um grande desafio. Portanto, encaramos tal empreitada, na certeza de estarmos contribuindo positivamente para a formação, capacitação e atualização de profissionais, docentes e estudantes que veem na Enfermagem Pediátrica uma área de significativo interesse para a qualidade de vida de crianças e adolescentes, na perspectiva de que estas serão os herdeiros dessa Terra e desse país que nos acolhe.

O tema a ser tratado este ano: "*avanços e desafios nos diversos cenários de cuidado da criança, do adolescente e da família*" permitirá uma amostragem do quanto caminhamos e dos grandes desafios que ainda nos aguardam na Enfermagem pediátrica. Sabemos que o tempo de realização do evento não nos permite alçar grandes voos, mas permite que nos sensibilizemos diante do que existe e do que é preciso para avançar. Os temas e os convidados foram criteriosamente escolhidos, oportunizando a todos a troca de experiências e de conhecimentos.

ISSN 2525-8273

A Universidade Federal Santa Catarina, representada pelo Departamento de Enfermagem, na figura do Laboratório de Pesquisas, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA abre suas portas para que possamos, nestes dois dias, conversarmos um pouco mais sobre o que nos apaixona: o cuidado da criança, do adolescente e sua família. Que os dois dias sejam proveitosos e que vocês também possam usufruir um pouco das belezas que Florianópolis oferece a seus visitantes.

Sejam bem vind@s!

Cordialmente,

Enfa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Presidente do XVIII ECENPE
e da I Jornada do GEPESCA

Enfa. Msc. Michelini Fátima da Silva
Vice-presidente do XVIII ECENPE
e da I Jornada do GEPESCA

ISSN 2525-8273

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Tema central: Avanços e Desafios nos Diferentes Cenários de Cuidado da Criança, do Adolescente e da Família.

1º Dia – Quinta-feira - 08/09/2016

8:00 - 8:30 - **Inscrições e entrega de material** – Hall do Auditório da Pós-graduação – Centro de Ciência da Saúde – Bloco H.

8:30 – 9:00 - Sessão Solene de Abertura e Homenagens.

9:00 – 10:00 - Conferência de abertura.
Produção do Conhecimento em Enfermagem Pediátrica e suas Interfaces com a Prática.
Presidente: Enfa. Dra. Patrícia Kuerten Rocha – Departamento de Enfermagem – UFSC.
Conferencista: Enfa. Dra. Myriam Aparecida Mandetta - Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/SP.

10:00 – 10:20 - Intervalo

10:20 – 11:10 - Palestra:
Desafios da Redução da Mortalidade Infantil.
Presidente: Enfa. Msc. Danielle Boing Bernardes – Unidade de Internação Pediátrica – HU/UFSC.
Palestrante: Enfa. Msc. Márcia Sueli Castanhel – Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis - PMF/SC.

11:10 – 12:00 - Palestra:
Enfermagem no Cuidado da Criança e do Adolescente Dependente de Tecnologia.
Presidente: Enfa. Msc. Maribel Cristina Wenchenfelder – Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG/SC.
Palestrante: Enfa. Dra. Aline Cristiane Cavicchioli Okido – Universidade Federal de São Carlos - UFSAr/SP.

12:00 – 14:00 – Almoço.

14:00 – 15:30 - Mesa Redonda:
Desafios na Gestão de Enfermagem de Hospitais Pediátricos
Presidente: Enfa. Lígia Silveira Dutra – Hospital Universitário – HU/UFSC.
Palestrantes:
Hospital Infantil Joana de Gusmão – Florianópolis – Enfa. Msc. Renata Celidônio Machado.
Hospital Seara do Bem – Lages - Enfa. Fernanda de Matia.
Hospital Universitário Pequeno Anjo – Itajaí - Enfa. Luize Machado Yoko Yama de Almeida.
Hospital Santa Catarina – Blumenau - Enfa. Anemir Maria Kerber Ciotti.

ISSN 2525-8273

15:30 – 15:50 – Intervalo

15:50 – 16:40 - Palestra:
Administração de Hemoderivados por Bomba de Infusão em Pediatria
Presidente: Enfa. Msc. André Ricardo Moreira - Enfermeiro de Voo do Grupo de resposta Aérea de Urgência - GRAU/AEROMEDICO/SAMU-SC.
Palestrante: Enfa. Dra. Denise M. Kusahara – Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/SP.

16:40 – 17:50 - Mesa Redonda:
Tecnologias no Cuidado da Criança e do Adolescente.
Presidente: Enfa. Msc. Maribel Cristina Wenchenfelder – Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG/SC.
Palestrantes:
- SBAR como uma técnica de comunicação para a equipe de saúde - Enfa. Msc. Micheline Fátima da Silva – Unidade de Internação Pediátrica – HU/UFSC.
- Guia de cuidados para prevenção de incidentes da via intravenosa em pediatria - Enfa. Msc. Marília Soncini – Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG/SC.
- Segurança do Paciente na utilização de bombas de infusão em pediatria e neonatologia - Enfa. Msc. Andreia Tomazoni – UFSC/SC.

17:50 - 18:40 - Apresentação Oral (Prêmio) – Auditório da Pós-graduação – centro de Ciências da Saúde - Bloco H.
- Apresentação dos Pôsteres – Hall do Centro de Ciências da Saúde- Bloco H.

17:50 - 18:40 – Reunião da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras - SOBEP.

2º Dia – Sexta-feira - 09/09/2016

8:30 – 9:40 - Mesa Redonda:
Atualidades no Cuidado do Neonato e da Criança.
Presidente: Enfa. Tatiana Tarkina Vieira – Emergência Pediátrica – Hospital Universitário – HU/UFSC.
Palestrantes:
- Atualização das Diretrizes de RCP em neonatologia e pediatria - Enfa. Anemir Maria Kerber Ciotti - Hospital Santa Catarina – Blumenau.
- Participação dos pais na tomada de decisão ao fim da vida - Enfa. Dra. Denise M. Kusahara – Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/SP.
- Educar-brincar-cuidar: a prática de enfermagem na pediatria - Enfa. Dra. Juliana Homem da Luz – Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG/SC.

9:40 – 10:00 – Intervalo.

10:00 – 11:45 - Mesa Redonda:
Avanços e desafios na Atenção Primária em Saúde.
Presidente: Enfa. Msc. Danielle Boing Bernardes – Unidade de Internação Pediátrica – HU/UFSC.

ISSN 2525-8273

Palestrantes:
- Método Canguru - Enf. Dra. Roberta Costa – Departamento de Enfermagem – UFSC.
- Zika Vírus e Microcefalia – desafios no cuidado - Enf. João Augusto Fuck – Coordenador do Programa de Controle da Dengue da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.
- Imunização - Enfa. Dra. Aline Cristiane Cavicchioli Okido – Universidade Federal de São Carlos - UFSAr/SP.

11: 45 – 14:00 – Almoço.

14:00 – 15:00 Palestra:
Simulação como tecnologia educacional: possibilidades de utilização em instituições hospitalares.
Presidente: Enfa. Msc Rosângela Inês Wayhs – – Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG/SC.
Palestrante: Enfa. Dra. Juliana Coelho Pina - Departamento de Enfermagem – UFSC/SC.

15:00 – 15:20 – Intervalo.

15:20 – 15:35 – Entrega de Prêmios.

15:35 – 15:50 - Projeto Naninhas do Bem – Jaqueline Muller – Florianópolis - SC

15:50 – 16:40 - Conferência:
Ensino de Enfermagem Pediátrica e suas repercussões para a prática.
Presidente: Enfa. Dra. Jane Cristina Anders - Departamento de Enfermagem – UFSC/SC.
Conferencista: Enfa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza – Departamento de Enfermagem – UFSC/SC.

16:40 – 17:30: Sessão Solene de Encerramento.

ISSN 2525-8273

O conteúdo e a estrutura dos textos constantes nos RESUMOS aqui publicados são de inteira responsabilidade dos autores.

ISSN 2525-8273

CONFERÊNCIAS E PALESTRAS

ISSN 2525-8273

Título: Desafios para redução da mortalidade infantil

Palestrante: Marcia Sueli Del Castanhel – Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Resumo: a mortalidade infantil (MI) é um importante indicador da qualidade de vida de uma comunidade, reflete o número de crianças que foram a óbito antes de completar o primeiro ano de vida. Em 2000, os líderes mundiais estabeleceram os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e chamou a atenção para o ODM4, com o desafio de reduzir a mortalidade na infância em dois terços de 1990 a 2015 (SANTOS, SILVA, CAMPELO, RODRIGUES, RIBEIRO, 2014; ONU, 2013; BRASIL, 2012). Em 2012, a comunidade internacional renova seu compromisso com foco no pós-2015, e implantam os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, tendo como uma das metas para 2030, reduzir as mortes infantis evitáveis dos recém-nascidos e crianças menores de cinco anos. Todos os países signatários se comprometeram reduzir a mortalidade neonatal abaixo de 12 óbitos/1.000 nascidos vivos e a mortalidade de menores de cinco anos em até 25/1.000 nascidos vivos (UNICEF, 2015). Políticas públicas foram intensificadas nas últimas décadas em nosso país, contribuindo para uma redução significativa da MI, sobretudo o componente pós-neonatal. No período de 1990 a 2012, a taxa mundial de mortalidade na infância caiu 47%, o índice passou de 90 para 48 mortes de menores de cinco anos por mil nascidos vivos. Há muito que ser feito para atingir a meta global de redução de 75% na taxa. Em 2012, 6,6 milhões de crianças menores de cinco anos morreram ao redor do mundo por doenças evitáveis (BRASIL, 2014; UNICEF, 2014). O Brasil alcançou a meta de redução da taxa de mortalidade infantil, de 1990 a 2011, caiu de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta estabelecida de 15,7 óbitos estimada para 2015. Diferenças entre as taxas de mortalidade infantil nas regiões Nordeste e Sul foram encontradas. No Nordeste a taxa da MI era superior a 70 óbitos/mil nascidos vivos, chegando a menos de 20 óbitos/mil nascidos vivos em 2011 (UNICEF, 2014; BRASIL, 2014). As mudanças demográficas, a melhoria das condições sanitárias e sociais, a implantação de um sistema de saúde universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), a ampliação das coberturas de atenção básica, por meio da estratégia de Saúde da Família, a ampliação do Programa Nacional de Imunização, acesso à água tratada, foram estratégias e ações que contribuíram para que o Brasil tenha alcançado a meta estabelecida pelo ODM4 (BRASIL, 2014). Estudos apontam as contribuições da equipe de saúde da família na redução da morbimortalidade materna e infantil, sobretudo, por meio da atenção ao pré-natal às gestantes de risco habitual (DUARTE, MAMEDE, 2013; BASSO, NEVES, SILVEIRA, 2012). Promover o acesso à atenção pré-natal protege contra a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o óbito perinatal, independente da condição social (UNICEF 2014). O último relatório do UNICEF sobre sobrevivência infantil aponta que milhões de vidas infantis são precocemente tolhidas decorrentes das iniquidades que afetam a saúde dessas crianças. Toda criança nasce com o inalienável direito a um começo de vida saudável, educação e uma infância segura e protegida. Porém, milhões de crianças têm seus direitos negados e são privadas de crescerem saudáveis, levando aos determinantes da mortalidade infantil evitável. É preciso que a sociedade e as autoridades tomem uma atitude diante do quadro, enfrentar as disparidades existentes, identificar onde estão essas crianças vulneráveis, romper o ciclo da pobreza. (UNICEF, 2016). Prevenir a MI deve-se investir na saúde materna,

proporcionando acesso aos serviços de saúde, pré-natal de qualidade e oportuno, parto e pós-parto humanizados, profissionais qualificados, nutrição adequada. Redução da violência contra a mulher. Assistência ao recém-nascido na sala de parto, estratégias para os recém-nascidos de risco, a implantação do Método Canguru. Conhecimento sobre alimentação infantil e água potável, condições sanitárias adequadas e higiene. Incentivar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até os dois anos e mais. Educação e moradia de qualidade (UNICEF, 2016). No Brasil, ações de redução da morbimortalidade infantil foram implementadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), portaria 1130, de 05 de agosto de 2015, destacando a atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

BASSO, C.G.; NEVES, E.T.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto Contexto Enferm**. [Internet]. 2012 June [cited 2015 June 22]; 21(2): 269-276. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200003&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200003.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Cienc. enferm**. [Revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 17]; 19(1): 117-129. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100011&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100011.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio 2013**. Lisboa: UNRIC; 2013. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf. Acesso em 20/05/2015.

SANTOS, S.L.D.; SILVA, A.R.V.; CAMPELO, V; RODRIGUES, F.T.; RIBEIRO, J.F. Utilização do método linkage na identificação dos fatores de risco associados à mortalidade infantil: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2014 July [cited 2015 June 23] ; 19(7): 2095-2104. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702095&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.21532013.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **The state of the world's children 2014 in numbers**: Revealing disparities, advancing children's rights. January, 2014.

ISSN 2525-8273

Acessado em 17 de junho de 2015. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=141.
UNICEF. United Nations Children's Fund. World Health Organization. **Levels & Trends in Child Mortality**. Report 2015 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. 2015. Acessado em 15 de agosto de 2016. Disponível em: http://www.unicef.org/media/files/IGME_Report_Final2.pdf.

UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2016. **Una oportunidad para cada niño**. Junio, 2016. Acessado em 15 de agosto de 2016. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_mund_inf_2016_espanhol.pdf.

ISSN 2525-8273

Título: Enfermagem no cuidado da criança e do adolescente dependente de tecnologia

Palestrante: Aline Cristiane Cavicchioli Okido - Enfermeira Especialista em enfermagem pediátrica. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos- UFSCar.

Resumo: a palestra "Enfermagem no cuidado da criança e do adolescente dependente de tecnologia" irá dar enfoque às Crianças com Necessidades Especiais de Saúde - CRIANES no cenário mundial e nacional. A palestra fornecerá informações a respeito do conceito de CRIANES, situação epidemiológica, desafios vivenciados pelas CRIANES e suas famílias e o papel do enfermeiro enquanto sujeito capaz de desenvolver saberes e práticas necessárias para o acompanhamento integral e integrado das CRIANES e suas famílias. Nessa perspectiva, o termo Criança com Necessidade Especial de Saúde (CRIANES) representa diversos grupos de crianças que apresentam demandas de cuidados específicos contínuos e de longa duração, nos setores da saúde, da educação e social, que vão além das exigidas por outras crianças. Destacam-se, nesse grupo, as crianças dependentes de tecnologia. Estima-se que 15 a 20% das crianças norte americanas entre 0 e 17 anos de idade possuam alguma necessidade especial de saúde. Com relação ao Brasil, sabe-se que o perfil da morbimortalidade infantil tem se modificado com a diminuição da mortalidade por causa evitáveis e o aumento das condições crônicas, no entanto, não há estimativa do número de CRIANES, têm-se apenas registros isolados de incidência. Dentre os desafios destaca-se o impacto das transformações realizadas no ambiente doméstico, das hospitalizações frequentes e do cuidado por tempo integral ocasionando sentimentos de isolamento social, sobrecarga materna, dificuldades financeiras e tristeza dos irmãos saudáveis. A fim de amenizar esses desajustes faz-se necessário garantir a continuidade dos cuidados e a integralidade das ações, para tanto, alguns atributos são indispensáveis para a organização do processo de trabalho, dentre eles, a coordenação do cuidado e o cuidado centrado na família. Nessa perspectiva, tem-se o enfermeiro enquanto um potencial aliado à medida que promove cuidados domiciliares, minimizando os períodos de internação e potencializando a qualidade de vida; garante um cuidado ampliado que vai além da recuperação da doença, mas sim com ações articuladas de promoção à saúde e prevenção; atua no treinamento e preparação dos familiares para o cuidado domiciliar; pode manter constante comunicação com toda a rede de cuidados a fim de promover a coordenação dos cuidados; tem potencialidade para promover um cuidado centrado na família e promover a criação de vínculos.

ISSN 2525-8273

Título: Desafios na Gestão de Enfermagem de Hospitais Pediátricos

Palestrante: Renata Celidônio Machado dos Santos – Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Gerente de Enfermagem do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente - GEPESCA/UFSC.

Resumo: na hospitalização infanto-juvenil, temos que considerar que a criança e o adolescente estão sendo separados do seu mundo familiar e da sua rotina tornando esta experiência muito dolorosa. Vários são os fatores que possivelmente farão desta uma experiência traumática, em razão da existência de um ambiente muito iluminado, com ruídos elevados, grande quantidade de procedimentos invasivos, além de outros agravantes, um ambiente totalmente diferente e desconhecido do seu cotidiano. Todo este enfrentamento gera um desgaste físico e emocional, o que determina no familiar, na criança e no adolescente o aparecimento de comportamentos diferenciados do que lhe são comuns, levando a situações de insegurança e medo. Sendo assim, o modo como a assistência é prestada vai influenciar, de forma positiva ou negativa no tratamento desta criança, adolescente e família. Refletir, compreender e buscar métodos que contribuam para o processo de trabalho do enfermeiro é de suma importância. Portanto, a organização do processo de trabalho em saúde tanto contribui para a manutenção de um modelo de trabalho hegemônico, como constitui um campo propício para a construção de dispositivos de mudança na produção de cuidados de saúde. O serviço de enfermagem, dentro do macro serviço hospitalar, interage, com todas as áreas sob sua responsabilidade, de forma autônoma e em corresponsabilidade, orientado por instrumentos da estrutura organizacional, tais como: regimento interno, organograma, sistemas de comunicação, protocolos e rotinas e sistemas de controle. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica que organiza, planeja e oferece execução de ações sistematizadas. Ações estas realizadas pela equipe de enfermagem durante todo o período em que o paciente se encontra sob sua responsabilidade. O enfermeiro, ao implementar a SAE, deve ser capaz de planejar as ações da equipe de enfermagem valorizando suas intervenções e permitindo a integralidade em uma assistência humanizada. É preciso discutir a proposição de novas vias para a reconfiguração do trabalho da enfermagem e a articulação entre as equipes. A proposta de uma gestão participativa e a promoção centrada no trabalho em equipe e na construção de colegiados voltados para a tomada de decisões pactuadas, o que pode auxiliar na construção de um fazer mais democrático. A aposta na gestão corresponsável do processo de trabalho mostra-se como um caminho possível para demandas antigas, pois pode ampliar a participação dos trabalhadores nas decisões assistenciais, diminuírem os distanciamentos entre as especialidades, estruturar linhas de cuidado que integrem e responsabilizem os profissionais, possibilitando, ao conjunto de atores, reconstruírem o fazer na enfermaria.

ISSN 2525-8273

Título: Administração de Hemoderivados por Bomba de Infusão em Pediatria

Palestrante: Denise Miyuki Kusahara – Enfermeira Especialista em Cuidados Intensivos Pediátricos. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Técnica Administrativa em Educação do Departamento de Enfermagem Pediátrica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/SP.

Resumo: a prática transfusional é caracterizada pela transferência de sangue e hemocomponentes de um indivíduo doador para um receptor. A transfusão de sangue e hemocomponentes é uma tecnologia relevante que necessita e utiliza recursos materiais e humanos altamente especializados. No Brasil, é um procedimento prioritariamente realizado por enfermeiros, que possuam conhecimentos específicos e habilidade técnica. Assim como outras intervenções terapêuticas, pode levar a complicações agudas ou tardias, devendo o profissional sempre estar atento à segurança do doador e do receptor. A história da hemoterapia é descrita em duas fases distintas. Na era empírica, que se estendeu até século XIX, ocorriam transfusões de animais para seres humanos e entre humanos, sendo que quase todas essas tentativas terminavam em insucesso e morte dos indivíduos receptores e também de alguns doadores. No século XVII, em 1666, na Inglaterra, o médico *Richard Lower* realizou uma transfusão de sangue em um homem de 32 anos de idade, utilizando o sangue de uma ovelha. Para o procedimento, foi descrito o uso de agulhas e tubos de prata utilizados para levar o sangue da artéria carótida do doador para a veia do braço do receptor. Em 1667, o médico *Jean-Baptiste Denis*, executou duas transfusões de sangue em *Antoine Mauroy*, que sofria de uma doença mental, usando o carneiro como doador. Com os insucessos das experiências transfusionais de *Jean-Baptiste Denis*, utilizando sangue animal no homem, as transfusões de sangue foram esquecidas até o século XIX quando no ano de 1818, um obstetra chamado *James Blundell* fez uma transfusão homóloga de sucesso usando sangue humano. A era científica, a partir do século XX, é iniciada pelas descobertas de *Karl Landsteiner* quanto à existência de grupos sanguíneos e mais tarde, em 1942, quando descreve o Fator Rh. As técnicas atuais de processamento do sangue permitem o armazenamento de diferentes hemocomponentes em condições adequadas para preservação de suas características terapêuticas, possibilitando que o receptor receba, em menor volume, somente os hemocomponentes dos quais necessita, o que minimiza os riscos inerentes à terapêutica transfusional. O concentrado de hemácias, obtido após a centrifugação e extração de plasma de uma unidade de sangue total, é o hemocomponente mais utilizado na prática clínica e tem como objetivo aumentar a capacidade de carreamento de oxigênio e o volume eritrocitário em pacientes com anemia sintomática, sendo bastante utilizado em casos de anemias e hemorragias agudas. Durante os processos hemoterápicos pode ocorrer hemólise extracorpórea, caracterizada pela lesão da membrana eritrocitária e liberação de conteúdos internos da célula para o plasma. Esta hemólise ocorre principalmente durante a estocagem do concentrado de hemácias ou por trauma mecânico ocasionado pela passagem das hemácias pelas estruturas dos dispositivos de infusão. A lesão da membrana das hemácias causa a liberação de hemoglobina e potássio no plasma. Caso a hemoglobina livre atinja níveis elevados no plasma, será eliminada através do sistema urinário, muitas vezes, causando hemoglobinúria, tendo como possível efeito final a lesão renal, podendo evoluir para uma insuficiência renal aguda. Ademais a liberação de potássio, pode levar a parada cardíaca e até a morte, uma vez que o íon livre no plasma, em altas concentrações, pode alterar os impulsos

ISSN 2525-8273

elétricos cardíacos e modificar seu ritmo. O enfermeiro para realizar os procedimentos de transfusão utiliza uma série de acessórios de infusão intravenosa. No mercado são disponibilizados um grupo de materiais bastante diversificado em qualidade, preço, apresentação e recomendação de uso. Nos últimos anos, com o avanço da tecnologia e da fundamentação científica, há evidencias para a realização de prática transfusional segura. Cabe ao profissional responsável pela administração do sangue decidir qual o tipo de material, dispositivo e equipamento que melhor se adeque ao produto a ser transfundido. Atualmente, em decorrência da necessidade de infusões mais precisas e seguras durante o cuidado a pacientes gravemente enfermos, e outras populações vulneráveis, no ambiente hospitalar, houve aumento na frequência de uso de equipamentos eletrônicos de infusão, mais comumente denominados bombas de infusão, pela capacidade de calcular e administrar várias infusões em alta e baixa velocidade, permitindo um controle mais acurado do fluxo de infusão. Estudos experimentais têm descrito o efeito dos mecanismos de funcionamento de bombas de infusão, que promovem a propulsão do líquido a ser infundido, sobre a integridade das hemácias. Os resultados divulgados são variados e indicam maior risco para ocorrência de hemólise quando utilizadas bombas de infusão peristálticas e maior preservação na integridade das células quando utilizadas bombas com mecanismo de cassete. Alguns resultados observados em estudos in vitro demostram aumento de hemoglobina livre e potássio no plasma, com redução da hemoglobina total, hematócrito e haptoglobina, porém algumas vezes essas alterações, apesar de existirem, se mantêm dentro dos limites estabelecidos para o controle de qualidade realizado em bancos de sangue. Desta forma, deve-se analisar qual a significância clínica da administração de células com certo grau de lesão principalmente em populações vulneráveis como crianças gravemente enfermas e recém-nascidas.

Referências:

AASE, K.; HOYLAND, S.; OLSEN, E.; WIIG, S.; NILSEN, S.T. Patient safety challenges in a case study hospital – of relevance for transfusion processes? **Transfusion and Apheresis Science** 2008; 39:167-72.

FREY, B.; EBER, S.; WEISS, M. Changes in red blood cell integrity related to infusion pumps: a comparison of three different pump mechanisms. **Pediatr Crit Care Med** 2003; 4(4):465-70.

JUNQUEIRA, P.C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSChlak, N. História da hemoterapia no Brasil. **Rev Bras Hematol Hemoter** 2005; 27(3):201-7.

PARDO, L.P.; KUSAHARA, D.M.; PETERLINI, M.A.S, AVELAR, A.F.M.; PEDREIRA, M.L.G. Hemólise de eritrócitos em dispositivos de infusão intravenosa: revisão integrativa de literatura. **Cogitare Enferm** 2015; 20(1): 180-90.

PEDREIRA, M.L.G. **Uso de bombas de infusão na terapia intravenosa em crianças assistidas em unidade de cuidados intensivos pediátricos**: contribuições para estudos clínicos e técnicos [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1999.

ISSN 2525-8273

Título: SBAR como uma Técnica de Comunicação para a Equipe de Saúde

Palestrante: Michelini Fátima da Silva - Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado de Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Chefe da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente - GEPESCA/UFSC.

Resumo: na última década a preocupação com a segurança e a qualidade da assistência prestada à criança e ao adolescente pelas instituições de saúde tem aumentado consideravelmente, por essa razão observa-se um movimento global na busca por ferramentas e estratégias que permitam melhorar a qualidade do sistema de saúde e ampliar a segurança do paciente (WAGNER, 2014). Em resposta, várias organizações internacionais, como The Agency for Healthcare Research and Quality, Institute of Medicine, Institute for Healthcare Improvement procuraram desenvolver uma variedade de métodos para melhorar a comunicação, que podem ser adaptados à realidade de cada instituição de saúde, na tentativa de diminuir os erros relacionados à comunicação associados com informações incompletas ou imprecisas (RIESENBERG, 2010). O fluxo de informações inapropriadas tornou-se tão importante que o programa *Nine Patient Safety Sulutions* recomenda usar protocolos para a comunicação de informações críticas e proporcionar oportunidade para que os profissionais de saúde possam perguntar e resolver dúvidas durante a passagem de caso, ainda sugere que seja registrado as informações em instrumento padronizado (ANVISA, 2014; JCI, 2012). Algumas técnicas têm sido desenvolvidas para organizar as informações em um formato claro e conciso, facilitando a padronização da comunicação, para que mensagens importantes sejam ouvidas e atitudes sejam tomadas. Uma das técnicas que facilita a padronização da comunicação e consequentemente a passagem de caso é **SBAR (*Situation – Background – Assessment - Recommendation***). Esta técnica foi introduzida em serviços de saúde no final de 1990 por Michael Leonard, médico responsável pelo comitê de segurança do paciente, juntamente com os colegas Doug Bonacum e Suzanne Graham na *Kaiser Permanent of Colorado* (EVERGREEN, Colorado, EUA), para melhorar a comunicação entre médicos e enfermeiros, e vem sendo implementada e documentada na literatura desde 2004. A técnica foi adotada e utilizada no hospital para dar cumprimento às diretrizes de segurança da *Joint Commission International (JCI*), e recentemente, em 2008, os pesquisadores estão implementando de forma proativa na utilização do SBAR para preparo da equipe de enfermagem na passagem de caso (RANDMAA, 2014; AHRQ, 2012; ASCANO-MARTIN, 2008). É uma técnica para tornar a comunicação clara, transmitir informações exatas, melhorar a eficiência da equipe e elevar a segurança do paciente, sendo que, orienta ações para a equipe de saúde durante a passagem de caso. E, estabelece um protocolo específico para lembrar o enfermeiro sobre o que avaliar e como comunicar essas informações (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011). O SBAR por ser uma das técnicas de comunicação mais eficazes ganhou popularidade entre os profissionais de saúde quando implementada nos EUA como uma das melhores práticas no fornecimento de informações urgentes AHRQ, 2012; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011). Estudos avaliando o SBAR foram realizados nos EUA, Austrália, Bélgica (STEVENS, 2011; CORNELL, 2013; PANESAR, 2014; MEESTER, 2013). Os resultados demonstraram que a comunicação entre os profissionais de saúde foi identificada como um processo importante para se investigar no

ISSN 2525-8273

aprimoramento da segurança do paciente, porém se percebe um número constante de publicações sobre esta técnica. Outro ponto importante é que muitos enfermeiros e médicos, especialmente os recém-formados, sentem-se despreparados devido à falta de treinamento em relação à comunicação com outros profissionais. E, a partir da utilização da técnica SBAR estes ganham credibilidade e legitimidade na instituição (STEVENS, 2011; CLARK, 2009). Estudo realizados em dois hospitais suburbanos dos EUA nas unidades médicas e cirúrgicas relata que com a implementação da técnica SBAR houve melhora na percepção da comunicação entre as equipes de saúde, melhora do clima de segurança, bem como, diminuição da proporção de relatórios de incidentes, relacionados a erros de comunicação da equipe de saúde (RANDMAA, 2014). Outro estudo apresenta algumas estratégias capazes de serem replicadas com facilidade nas instituições, entre elas a utilização de protocolos padronizados e o uso da técnica SBAR como um método de baixo custo para os gestores e administradores hospitalares. A maioria dessas estratégias não envolvem barreiras intransponíveis e de alto custo financeiro. No entanto, serão mais eficazes quando conseguirem envolver e conscientizar toda a equipe de saúde quanto à maior probabilidade de riscos aos pacientes (VARDAMAN, 2012). Ademais, a utilização da técnica SBAR na comunicação entre profissionais de saúde reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente. Para tanto, necessita-se investir, na formação profissional, no intuito de garantir novas abordagens e novos parâmetros de comunicação entre os profissionais da saúde. Relata-se ainda que a técnica SBAR é um método de baixo custo para os gestores e administradores hospitalares. As produções científicas analisadas revelaram que há carência de estudos que abordem o uso da técnica SBAR na comunicação da equipe de enfermagem com os demais profissionais de saúde. Nenhuma pesquisa neste âmbito foi realizada no Brasil. Certamente, o conhecimento das experiências de outros países contribuirá para o desenvolvimento de estratégias mais adequadas ao contexto das instituições hospitalares brasileiras. Portanto, faz-se necessário, em nosso país pesquisas capazes de fomentar evidências científicas que contribuam para a realidade nacional e comparem com a realidade do sistema de saúde de países mais desenvolvidos.

Referências:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**: uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. [Cartilha na Internet] Brasília, 1. ed., 2013. 174 p.

AHRQ. Handoffs and Signouts. **AHRQ Patient Safety Network**, p.9–11. (2012) [Online]. Available at: http://www.psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=9.

CLARK, E.; SQUIRES, S.; HEYME, A., MICKLE, M.; PETRIE, E. The PACT Project: improving communication at handover**; The Medical Jornal of Austria**. 2009. vol: 190 (11Suppl) pp:125-127.

CORNELL, P.; GERVIS, M.T.; YATES, L.; VARDAMAN, J.M. Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. [Internet] **The Journal of nursing administration**; 2013. vol: 43 (7-8) pp: 422-8.

DE MEESTER, K.; VERSPUY, M.; MONSIEURS, K.G.; VAN BOGAERT, P. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre

and post intervention study; **Resuscitation**; [Internet] 2013. vol: 84 (9) pp: 1192-6

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). [Internet] [acesso em: 05 de outubro de 2015] Disponível em: http://www.jointcommissioninternational.org/

PANESAR, R.S.; ALBERT, B.; MESSINA, C.; PARKER, M. The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit. [Internet] **American Journal of Medical Quality**: the official journal of the American College of Medical Quality. 2014.

PERMANENTE, K. SBAR **technique for communication**: A situational briefing model. Institute for Healthcare Improvement, 22 (4), p.22–23. 2010. [Online].

RANDMAA, M.; MÅRTENSSON, G.; SWENNE, C. L.; & ENGSTRÖM, M. An Observational Study of Postoperative Handover in Anesthetic Clinics; The Content of Verbal Information and Factors Influencing Receiver Memory. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, 1(1), 1–11. doi:10.1016/j.jopan. 2014.01.012. 2015.

RIESENBERG L, LEISCHE JBS, CUNNINGHAM JM. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. [Internet] **Am J Nurs**. Abril, 2010. 110(4): p. 24-34.

STEVENS, J.D.; BADER, M.K.; LUNA, M.A.; JOHNSON, L.M. Cultivating Quality: Implementing Standardized Reporting and Safety Checklists. [Internet] **American Journal of Nursing.** 2011. vol: 111 (5) pp: 48-53.

VARDAMAN, J.M.; CORNELL, P.; GONDO, M.B.; AMIS, J.M.; TOWNSEND-GERVIS, M.; THETFORD, C. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment; [Internet] **Health care management review**. 2012. vol: 37(1) pp: 88-97.

ISSN 2525-8273

Título: Guia de cuidados para a prevenção de incidentes na via intravenosa em pediatria

Palestrante: Marília de Farias Soncini – Enfermeira. Especialista em enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Chefe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Membro do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/UFSC.

Resumo: a terapia intravenosa envolve ações que visam à administração de soluções endovenosas ou fármacos no sistema circulatório. Essas ações são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, na qual grande parte das atribuições é desenvolvida pela equipe de enfermagem. Para implementar a terapia intravenosa de maneira segura é essencial que a enfermagem possua conhecimentos específicos para garantir um cuidado livre de incidentes. Incidente pode ser definido como evento ou circunstância que poderia resultar ou resultou em um dano desnecessário ao paciente. Assim, apesar dos benefícios da terapia intravenosa, ela pode ocasionar alguns riscos ao paciente, como: hematoma, flebite, tromboflebite, infiltração, extravasamento, infecção de corrente sanguínea, endocardite. Portanto, para manter uma assistência segura na terapia intravenosa é fundamental que o enfermeiro alie o seu conhecimento com a prática baseada em evidências, através de políticas organizacionais estabelecidas. Nesse sentido, os guias de cuidados buscam elaborar recomendações baseadas em evidências científicas aliando com a experiência da prática profissional. Deste modo, o guia de cuidados apresentado neste evento foi desenvolvido através de uma revisão sistemática, ele é voltado para os profissionais de saúde, especialmente para a equipe de enfermagem e contempla práticas fundamentais para a prevenção de incidentes relacionados a via intravenosa. A seleção dos estudos para compor o guia de cuidados ocorreu através de bases de dados eletrônicas, onde os estudos foram selecionados e analisados através de critérios de inclusão e exclusão previamente delineados. Dos 544 estudos encontrados nas bases de dados, 54 deles foram selecionados, esses estudos continham em seus resultados intervenções relevantes para a elaboração do guia de cuidados. Cada intervenção foi classificada de acordo com o nível de evidência dos estudos e estas intervenções foram agrupadas de acordo com o cuidado relacionado a via intravenosa. Dentre os cuidados abordados no guia, destaca-se: (1) Local de punção do cateter venoso central, no cateter venoso não tunelizado a veia subclávia está indicada, já no cateter central de inserção periférica a preferência é pela veia basílica; (2) Método de auxílio punção de acesso venoso, o aparelho de ultrassom mostrou eficácia na diminuição de falhas na primeira tentativa de punção; (3) Medidas essenciais na inserção do cateter venoso central, estudos demonstram que um pacote com cinco cuidados básicos na inserção de cateter venoso central diminuem as taxas de infecção de corrente sanguínea; (4) Medidas de auxílio na inserção do cateter venoso central, o uso de checklist de inserção de cateter venoso central auxilia o profissional que está acompanhando o procedimento a verificar de todas as medidas de cuidado na inserção de cateter central estão sendo seguidas, (5) Manipulação do cateter venoso, cuidados na manipulação do cateter visando a higiene das mãos e a assepsia dos conectores com álcool 70% auxiliam na prevenção de infecção de corrente sanguínea; (6) permanência do cateter venoso

ISSN 2525-8273

central, discutir diariamente com equipe multiprofissional a necessidade de o paciente manter acesso venoso central e analisar o risco/benefício da manutenção do acesso em relação ao desenvolvimento de infecção de corrente sanguínea; (7) Cuidado na realização de curativo em cateter venoso central, estudos demonstram que, em relação a prevenção de incidência de infecção de corrente sanguínea, tanto o uso de gaze estéril como o uso de película transparente para a cobertura do curativo acesso central são eficazes na prevenção de infecção; (8) Estabilização do cateter venoso, dispositivos que minimizam o movimento do cateter venoso previnem o deslocamento do mesmo e em alguns casos a perda completa do acesso por exteriorização do mesmo, (9) Salinização/prevenção de obstrução de cateter venoso central, estudos indicam que realizar *flush* no cateter central com 10 ml de SF 0,9% após administração de medicamentos e quando um dos lúmens ou o cateter venoso não tenha necessidade de ser utilizado são eficazes para a prevenção de obstrução do mesmo; (10) Medidas educativas, realizar ações educativas com a equipe auxiliam no aumento da aderência de protocolos implementados na instituição; (11) Feedback das taxas de infecção de corrente sanguínea, encaminhar para as unidades de internação as suas taxas de infecção de corrente sanguínea é de extrema importância para que estas unidades possam analisar a aderência por parte dos profissionais aos protocolos de prevenção de infecção estabelecidos na instituição. Concluindo, o guia de cuidados contempla ações de enfermagem que abrangem desde a implementação da via intravenosa, como: medidas de avaliação da rede venosa, escolha do local de inserção, métodos de auxílio de punção e localização do cateter, e cuidados na inserção cateter; até os cuidados na manipulação do cateter venoso, como: cuidados com dispositivos de infusão, curativos e manutenção, prevenção de obstrução da via intravenosa e medidas educativas. A prática baseada em evidências garante que o cuidado de enfermagem seja qualificado e voltado para a segurança do paciente. É através de um cuidado de enfermagem qualificado e fundamentado em preceitos científicos que se transforma a assistência prestada ao paciente, garantido a segurança e a qualidade do serviço.

ISSN 2525-8273

Título: Segurança do paciente na utilização de bombas de infusão em pediatria e neonatologia

Palestrante: Andreia Tomazoni - Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista Capes. Especialista na modalidade Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Ernani de São Thiago – RIMS HU/UFSC. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/UFSC.

Resumo: a segurança do paciente relacionada ao processo de terapia medicamentosa pode perpassar por riscos causando danos ao paciente, representando um grave problema nos sistemas de saúde. Estimativas apontam que somente nos Estados Unidos, ocorrem pelo menos 1,5 milhões de erros de medicações a cada ano (HERTZEL; SOUSA, 2009). Cabe destacar, que o contexto da utilização de medicações envolve uma série de processos incluindo prescrição, revisão e validação da prescrição, distribuição e dispensação, preparo, administração e ainda, monitorização do paciente quanto à terapia medicamentosa (HARADA; CHANES; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012). Dessa maneira, os riscos para ocorrências de erros e eventos adversos podem estar presentes durante as etapas desse processo. Considerando especificadamente os pacientes pediátricos e neonatais, que apresentam especificidades em decorrência de fatores de imaturidade orgânica, estes pacientes podem estar mais expostos aos riscos, predispondo assim a sua segurança. A taxa geral de potenciais eventos adversos é três vezes maior em pediatria e oito vezes maior em neonatologia quando comparada com as taxas de adulto, devido às características particulares desses pacientes (RUSSEL; MURKOWSKI; SCANLON, 2010; NATIONAL ASSOCIATION OF NEONATAL NURSES, 2014). Portanto, a utilização de tecnologias e sistemas de informação na assistência à saúde pode permitir a redução de erros e eventos adversos à esses pacientes. Nesse contexto, entre as tecnologias utilizadas na prática de terapia intravenosa, destaca-se o uso das bombas de infusão (BELELA; PEDREIRA; PETERLINI, 2011). Em pediatria e neonatologia a utilização de bombas de infusão é indicada a fim de proporcionar maior acurácia na dosagem, volume e tempo das administrações intravenosas, buscando prevenir os erros de medicações (MILLER; ROBINSON; LUBOMSKI; RINKE; PRONOVOST, 2007). Ainda, entre as indicações da utilização de bombas de infusão está a manutenção dos níveis apropriados de fluidos, controle de desidratação, nutrição parenteral, para manter o acesso venoso, infusão contínua ou intermitente de medicações em quantidade e dosagem correta (HOLSBACH; NETO; HOLSBACH, 2013). A bomba de infusão é um dispositivo que permite a infusão endovenosa de fluidos como nutrientes e medicamentos no sistema circulatório de um paciente. Para tanto, apresenta programas por meio de uma interface de software que permite o controle de volumes em taxas precisas, em um tempo programado. Existem no mercado, vários tipos de bombas de infusão, sendo classificadas de acordo com o fluxo e mecanismo de infusão. O controle do fluxo pode ser volumétrico ou não volumétrico, e o mecanismo de infusão pode ser peristáltico, por pistão ou por seringa (HOLSBACH; NETO; HOLSBACH, 2013). Assim, o uso das bombas de infusão pode favorecer a segurança do paciente, como por exemplo, na administração de medicações de alto risco, por conter recursos de segurança como alarmes em caso de programações incorretas ou problemas. No entanto, ao longo dos últimos anos problemas significativos de segurança relacionados com bombas de infusão têm gerado

ISSN 2525-8273

motivos para preocupação na utilização desses dispositivos. Com relação ao panorama de erros e eventos adversos ao paciente pelo uso das bombas de infusão, estimativas mostram que na França, entre 2005 a 2006, as bombas de infusão responderam por 44% (1843) das notificações, sendo que destes, 39% eram a respeito do uso inadequado desses dispositivos (BEIDON, 2010). Já no Reino Unido, entre 2006 a 2007, os incidentes com bombas de seringa/infusão foram 185 entre os 1.021, sendo que 32% ocorreram por uso incorreto e 28% causaram danos potencialmente fatais (THOMAS, 2008). No Brasil, o banco de dados da ANVISA, entre 2006 a 2011, recebeu 1971 relatos de notificação de tecnovigilância, sendo que 251 (12,5%) foram problemas com bombas de infusão, relacionados à infusão, alarmes, sensor, comando travado e falta de calibração (HOLSBACH; NETO; HOLSBACH, 2013). Estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva brasileira apontou que os principais erros com equipamentos hospitalares foram relacionados às bombas de infusão devido à programações erradas (BECCARIA et al., 2009). Nesse sentido, os eventos adversos podem estar relacionados ao desenho do dispositivo que pode levar o usuário ao erro; ou ainda, aos erros de programação pelo profissional como defeitos/problemas de software, erros de alarme, problemas de interface do usuário (fatores humanos), falhas mecânicas ou elétricas (HOLSBACH; NETO; HOLSBACH, 2013). Diante desse panorama, iniciativas para melhoria no uso de bombas de infusão foram estabelecidas pela *Food and Drugs Administration* (FDA) solicitando aos fabricantes desses equipamentos a inclusão de requisitos adicionais para sua melhoria, e ainda, citam como estratégia a sensibilização e capacitação dos profissionais a fim de diminuir os erros (FDA, 2010). Nesse contexto, a FDA também aborda demais práticas para melhoria do uso das bombas de infusão, conforme a seguir: ter um plano em caso de uma falha de bomba de infusão; atividades educativas destinadas a promover a utilização segura; utilização de método alternativo de verificação do volume infundido esperado (fita na bureta ou frasco de soro para determinar o tempo de infusão); identificação das bombas com o fluido administrado; identificação do medicamento na extensão do equipo; verificação da programação de dosagem certa e o volume a ser infundido principalmente nas trocas de turno; utilização dos cinco certos da medicação segura; dupla checagem da programação por outro profissional; monitorização dos sinais de sub-infusão ou excesso de infusão de medicamentos de alto risco por meio de outros sistemas de monitoramento do paciente (monitorização cardíaca, oximetria de pulso, entre outros); utilização de protocolos institucionais para monitorização do paciente; utilização de manuais ou guia de solução de problemas; inspeção diária das bombas (sinais de ruptura, fissuras, dano, mau funcionamento); e, relato de problemas ou erros com as bombas de infusão (FDA, 2010). Especificadamente, com relação às bombas de infusão de seringa alguns cuidados devem considerados. A FDA publicou um informativo alertando para problemas na infusão contínua de volumes reduzidos, ou seja, menores de 5 ml/h. Informam que relatórios têm demonstrado a falta de continuidade de fluxo quando o volume é baixo, podendo resultar em consequências clínicas graves, incluindo o atraso do tratamento, o excesso de infusão ou sub-perfusão. No entanto, essa instituição acredita que os benefícios das bombas de seringa superam os seus riscos e sugerem maior aporte de pesquisas científicas para comprovar e compreender o problema (FDA, 2010). Na pediatria e neonatologia, o emprego das bombas de seringa ganha grande importância, pois auxilia na precisão de volumes reduzidos, garantindo exatidão da terapia prescrita. No entanto, por esse dispositivo ser utilizado em grande escala na população pediátrica e neonatal, requer maior atenção e cuidados rigorosos frente aos problemas que vem sendo relatados. Dessa maneira, algumas recomendações são específicas para as bombas de infusão de

ISSN 2525-8273

seringa, visando reduzir os riscos: assegurar tamanhos e modelos de seringa compatíveis com a bomba de seringa (consultar as instruções do fabricante para uso); usar seringas menores para medicamentos de alto risco com volume de infusão baixo (menor que 5ml/h); usar componentes compatíveis identificado pelo fabricante que têm o volume interno menor ou "espaço morto" para minimizar os volumes residuais entre a seringa e o paciente quando ocorrer administração fluidos com taxas de infusão baixas; as conexões/torneirinhas devem ser limitadas; preparar o sistema bomba de seringa antes de iniciar uma infusão ou troca de seringa; durante a programação e antes de se iniciar uma infusão, verificar a compatibilidade das características da seringa com a programação e modelo da bomba; a bomba deve estar nivelada com a extremidade distal do cateter para evitar instabilidade do fluxo durante manuseio, movimentação ou transporte do paciente; se várias bombas de seringa são utilizados, colocar os medicamentos de alto risco o mais próximo possível do nível com a ponta distal do cateter (FDA, 2010). Além dessas estratégias para promover a segurança do paciente pediátrico durante a infusão intravenosa, a utilização de bombas inteligente (*Smart Pump*) representa significativa interceptação de erros (MANRIQUE-RODRIGUES et al., 2015). Essas bombas apresentam maior aparato tecnológico, contendo um software elaborado com uma biblioteca de drogas, estabelecendo protocolos institucionais acerca das medicações, como concentrações, limites de doses e alertas clínicos (ISMP, 2014). Como benefícios, o uso das bombas de infusão inteligentes possibilita interceptar erros (volume de infusão, dose errada, erros de configuração da bomba); redução de taxas de eventos adversos de drogas; melhores práticas; eficácia de custo (OHASHI et al., 2014). Embora as bombas de infusão sejam uma tecnologia para promover a segurança do paciente, é fundamental a realização de estudos que evidenciem a eficácia e as possíveis intervenções para promover melhorias no seu uso. Ademais, as instituições e profissionais precisam desenvolver uma cultura de segurança a fim de compreender que os erros na terapia intravenosa podem ocorrer devido a falhas no sistema, sendo possível identificar os erros, falhas e problemas e promover o aprimoramento da segurança do paciente pediátrico e neonatal (PEDREIRA; PETERLINI; HARADA, 2005).

Referências:

BECCARIA, L. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva,** São Paulo, v. 21, n. 3, p.276-282. 2009.

BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. da L. G.; PETERLINI, M. A. S. Erros de medicação em Pediatria. **Rev Bras Enferm,** Brasília, v. 64, n. 3, p.563-569, maio 2011.

BEYDON, L. et al. Adverse events with medical devices in anesthesia and intensive care unit patients recorded in the French safety database in 2005-2006. **Anesthesiology,** v. 112, n. 2, p.364-372, 2010.

HARADA, M. de J. C. S. et al. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. **Acta Paul. Enferm.,** São Paulo, v. 25, n. 4, p.639-642. 2012.

HERTZEL, C; SOUSA, V.d. The use of smart pumps for preventing medication errors. **J Infus Nurs.** p. 257-267. set-out. 2009.

HOLSBACH, L. R.; KLIEMANN NETO, F. J.; HOLSBACH, N. Utilização do instrumento de identificação de conhecimentos para administração segura de

medicamentos com o uso de infusão automática. **Braz. J. Biom. Eng,** v. 29, n. 4, p.353-362, dez. 2013.

MANRIQUE-RODRIGUEZ, S. et al. Implementation of smart pump technology in a paediatric intensive care unit. **Health Informatics Journal,** [s.l.], v. 21, n. 3, p.209-222, 4 fev. 2014.

MILLER, M. R. et al. Medication errors in pediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. **Qual Saf Health Care,** v. 16, n. 2, p.116-126, abr. 2007.

NATIONAL ASSOCIATION OF NEONATAL NURSES (NANN). **Medication Safety in the Neonatal Intensive Care Unit.** 2014. [acesso 30 agosto 2016]; Disponível em: http://www.nann.org/uploads/files/Medication_Safety_Position_Statement.pdf.

OHASHI, K. et al. Benefits and Risks of Using Smart Pumps to Reduce Medication Error Rates: A Systematic Review. **Drug Saf,** [s.l.], v. 37, n. 12, p.1011-1020, 8 out. 2014.

PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S.; HARADA, M. de J. C. S. Tecnologia da informação e prevenção de erros de medicação em Pediatria: prescrição informatizada, código de barras e bombas de infusão inteligentes. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.,** v. 5, n. 1, p.55-61. Semestral.

RUSSELL, R. A.; MURKOWSKI, K.; SCANLON, M. C. Discrepancies between medication orders and infusion pump programming in a paediatric intensive care unit. **Quality And Safety In Health Care,** [s.l.], v. 19, n. 3, p.31-35, 1 out. 2010. BMJ.

THOMAS, A. N.; GALVIN, I. Patient safety incidents associated with equipment in critical care: a review of reports to the UK National Patient Safety Agency. **Anaesthesia.,** v. 63, n. 11, p.1193-1197, 2008.

U.S. Food and Drug Administration (FDA). **Infusion Pump Improvement Initiative.** April 2010. [acesso 30 agosto 2016]; Disponível em: http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures

ISSN 2525-8273

Título: Atualização das Diretrizes de RCP em Neonatologia e Pediatria

Palestrante: Anemir Maria Kerber Ciotti – Enfermeira do Hospital Santa Catarina – Blumenau/SC.

Resumo: a palestra irá abordar os destaques da American Heart Association 2015 – Atualização das Diretrizes de RCP e ACE:

#SBV: Confirmação da sequência C-A-B; Novos algoritmos RCP pediátrica administrada por profissionais de saúde na era da utilização do telefone celular; Limite máximo de 6 cm de profundidade nas compressões torácicas em adolescentes; Velocidade de compressão recomendada de 100 a 120/min; Necessidade de compressão e ventilação no SBV pediátrico.

#SAVP: Recomendação de individualizar o tratamento e reavaliação clínica frequente na ressuscitação com fluído; A utilização de Atropina para intubação endotraqueal é controversa; Utilização do monitoramento hemodinâmico invasivo durante a RCP para manutenção da qualidade da RCP; Amiodarona ou lidocaína são igualmente aceitáveis para o tratamento da FV refratária ao choque ou da TVSP em crianças; O uso de Epinefrina é recomendável como vasopressor na reanimação; A utilização de ECPR comparada a ressuscitação padrão: utilizar em crianças com quadros cardíacos de base com PCRIH, protocolos disponíveis, equipes experientes e equipamentos adequados; Controle direcionado da temperatura; Fatores prognósticos durante e após a PCR; Fluidos e inotrópicos pós-PCR: manutenção da pressão arterial sistólica acima do 5° percentil para a idade; Manutenção da PaO2 e PACO2 pós-PCR: evitar extremos de hipercapnia ou hipocapnia.

#**Ressuscitação Neonatal**: Modificação na ordem das três perguntas de avaliação para: (1) gestação a termo? (2) bom Tônus? (3) respira ou chora; Manutenção do "Minuto de ouro"; Clipagem retardada do cordão umbilical; Aspiração de bebês não vigorosos com líquido amniótico meconial; Utilização de ECG de três derivações na avaliação da frequência cardíaca; Administração de oxigênio em recém-nascidos prematuros; Hipotermia terapêutica pós-ressuscitação.

ISSN 2525-8273

Título: Participação dos pais na tomada de decisão ao fim da vida

Palestrante: Denise Miyuki Kusahara – Enfermeira. Especialista em Cuidados Intensivos Pediátricos. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Técnica Administrativa em Educação do Departamento de Enfermagem Pediátrica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/SP.

Resumo: segundo a Organização Mundial da Saúde, o cuidado paliativo é definido como a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Em pediatria, este conceito amplia-se para o cuidado ativo e completo à criança, no contexto de seu corpo, mente e alma, que implica também no apoio à família. Tem início quando a doença é diagnosticada e continua, inclusive se a criança recebe tratamento com finalidade curativa, requerendo um enfoque multidisciplinar que inclui recursos da família e comunidade. Abrange o manejo do paciente nos últimos meses, dias ou horas de vida, a partir do momento em que se torna evidente que a enfermidade é irreversível e que o paciente está em um estágio final. Tem como grande desafio a aceitação da morte, pelos profissionais, como um fenômeno inevitável com orientação centrada no conforto adequado do paciente e na atenção à família em um ambiente o mais próximo possível do lar. Neste contexto, ainda hoje há divergência de atitudes entre os países de acordo com o contexto cultural, social e econômico dos profissionais da saúde e do grau de participação dos pais nos cuidados e na tomada de decisão ao final da vida. Estudos sobre a prática de atenção ao final da vida na América Latina tem demonstrado que características únicas de cada país e o nível de desenvolvimento da sociedade exercem influência significativa na qualidade de atenção durante o processo de morrer, e destacam situações alarmantes como a baixa participação dos pais no processo decisório, escassa presença da família na beira do leito no momento da morte, e não documentação do processo decisório de limitação do suporte de vida. Pesquisadores concluem que é necessário conhecer e avaliar a efetiva participação da família no processo de final de vida e o grau de satisfação dos pais; e que estratégias adequadas para melhorar o atendimento de crianças no final da vida somente poderão ser adotadas após o conhecimento desta realidade. As expectativas, anseios e valores da criança e familiares podem não ser atendidos se não for considerada a participação dos pais neste processo decisório. Para a família, participar dos cuidados ao final da vida significa proporcionar conforto e proteção para o ente que estava com dor, medo, vulnerável ou indefeso; entender o que estava acontecendo com seu filho; reduzir o medo e ansiedade e ajudá-los a perceber a realidade da situação; diminuir a impotência; uma oportunidade de dizer adeus ao ente amado. Para alguns pais, a participação significa apenas o acompanhamento constante e fazer companhia para a criança. A participação indica a oportunidade dos pais para fazer parte dos cuidados de forma ativa, clara e colaborativa, sendo prioridades para estes pais ser informado sobre as mudanças de condição clínica da criança que está morrendo; entender o que está sendo feito e por quê; estar seguro do conforto do paciente; ser confortado; poder expressar suas emoções; encontrar um significado na vida do ente querido e ser útil para a criança que está em fase final de vida. Em contrapartida a participação dos pais vem da aprovação dos profissionais de saúde, sugerindo que o propósito de compartilhar os cuidados com os pais é focado sobre eles próprios e não de maneira

ISSN 2525-8273

conjunta. Muitas vezes a formação dos profissionais para lidar com a morte e conflitos daí decorrentes não é valorizada, havendo diversas barreiras no ensino em terminalidade. Assim, apesar dos benefícios relatados pelos pais, os profissionais ainda têm dúvida sobre como a família pode reagir durante o cuidado ao final da vida e se esta presença pode ser emocionalmente prejudicial e afetar o desempenho da equipe. A despeito dos receios e dúvidas manifestados pelos profissionais a Academia Americana de Pediatria recomenda considerar a presença da família como uma opção dela mesma; avaliar previamente as condições familiares, buscando fatores que possam afetar sua participação; avaliar a capacidade da equipe em prestar assistência em situações críticas; eleger um responsável para permanecer junto à família durante os procedimentos; documentar as razões pelas quais não se é ofertada a possibilidade da permanência dos pais; implementar políticas institucionais para a permanência da família; e promover pesquisas segundo a percepção dos profissionais, paciente e família.

Referências:

LAGO, P.M; DEVICTOR, D.; PIVA, J.P.; BERGOUNIOUX, J. Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo. **Jornal de Pediatria, 2007**; 83 (2):109-116.

LACERDA, A.F. A importância de cuidados paliativos em Pediatria. **Acta Pediatr Port.,** 2012; 43(5): XC-XCI.

VALADARES, M.T.M.; MOTA, J.A.C; OLIVEIRA, B.M. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. **Rev. bioét**. 2013; 21 (3): 486-93.

ISSN 2525-8273

Título: Educar-brincar-cuidar: a prática de enfermagem na pediatria[1]

Palestrante: Juliana Homem da Luz – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira do Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG/SC.

Resumo: a prática de cuidado em enfermagem na infância é abrangente, porque além do conhecimento técnico-científico, exige que o enfermeiro atenda às necessidades emocionais e sociais da criança. Dessa forma, para que essa seja atendida em sua integralidade, é essencial considerar o uso de técnicas de comunicação, dentre elas, destaca-se o brinquedo, referindo-se tanto a situação como ao objeto usado para brincar (RIBEIRO et al., 2002; RIBEIRO; BORBA; REZENDE, 2009; RIBEIRO et al., 2012). Na assistência de enfermagem, o brincar pode ser utilizado tanto como função *recreacional* quanto *terapêutica* (RIBEIRO et al., 2002; RIBEIRO et al., 2006; CINTRA; SILVA; RIBEIRO, 2006; RIBEIRO; BORBA; REZENDE, 2009). Nesse sentido, deve-se valorizar o brincar tanto quanto a higiene, a alimentação, o exame físico, a medicação, o curativo, entre outros cuidados, garantindo assim uma assistência integral, e, ao mesmo tempo, comprometida com a satisfação das necessidades da criança (RIBEIRO; BORBA; REZENDE, 2009). Considerando o brincar como *função terapêutica*, encontramos o *brinquedo terapêutico* (BT), um brinquedo estruturado que possibilita o alívio da ansiedade gerada por experiências atípicas e, muitas vezes, consideradas ameaçadoras pelas crianças, exigindo mais do que recreação para que sejam enfrentadas (STEELE, 1981). Além disso, o BT possibilita ao enfermeiro a compreensão das necessidades da criança (GREEN, 1974), assim como auxilia no preparo de procedimentos e alívio da tensão após o processo (BARTON, 1969; CLATWORTH, 1978). Reconhecendo o valor do BT, o grupo de Estudos do Brinquedo – GEBrinq solicitou ao Conselho Regional de Enfermagem - São Paulo (COREN-SP), um parecer sobre a utilização do BT como instrumento da assistência de enfermagem, que não somente aprovou a execução pelo enfermeiro, como recomendou que o conteúdo fosse obrigatório na grade curricular dos cursos de graduação em enfermagem (COREN-SP, 2004; CINTRA; SILVA; RIBEIRO, 2006). Posteriormente, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) emitiu a resolução295/2004 dispondo que: "Compete ao enfermeiro que atua na área pediátrica, enquanto integrante da equipe multiprofissional de saúde, a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico na assistência à criança e família hospitalizadas" (COFEn, 2004). Dentro desse contexto, no decorrer da minha prática profissional fui me aproximando das questões relacionadas ao estudo do BT, ao mesmo tempo, em que me preparava para a seleção do doutorado. Naquela época, eu vivia em conflito, uma vez que a minha fala divergia da minha prática como enfermeira e docente. Foi quando me deparei com a seguinte frase: "É preciso diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, até que em um dado momento, a tua fala seja a tua prática" (FREIRE, 2010). A partir daí as coisas começaram a fazer sentido! Naquele momento, nascia a vontade de contribuir para a construção de conhecimento referente ao ensino do BT nos cursos de graduação em enfermagem, a partir de uma proposta pedagógica problematizadora, denominada EDUCAR – BRINCAR – CUIDAR, envolvendo a docente-enfermeira, o aluno de graduação em enfermagem, a criança e a família. Entendo que esta proposta aponta um caminho e, ao mesmo

[1] Texto extraído da tese de doutorado intitulada EDUCAR-BRINCAR-CUIDAR: uma proposta problematizadora de ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico para o curso de graduação em enfermagem, 2011, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil.

ISSN 2525-8273

tempo, provoca uma atitude crítica, objetivando a conscientização que não pode existir fora da *práxis humana*, sem o ato da ação-reflexão-ação. Portanto, a conscientização é também um compromisso, uma consciência histórica, cuja inserção crítica implica que os homens assumam seu papel enquanto sujeitos que fazem e refazem o mundo (FREIRE, 2008; 2011). Frente a este pensamento sinto-me bastante inquieta e provocada no sentido de também assumir o meu papel enquanto sujeito que faz e refaz o mundo, uma vez que só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros (FREIRE, 2011, p. 81). Chegamos ao momento em que tenho que contar-lhes uma breve história: certa vez, alguém perguntou para uma das crianças que eu cuidava por que ele gostava de mim. A resposta foi imediata e muito significativa. *Ora, porque ela sabe brincar!* Naquele instante, percebi que quando estávamos brincando a magia do brincar contagiava não só a criança, mas a mim mesma, era como se eu me transformasse em outra pessoa. Foi mergulhando na prática de cuidado à criança e no imaginário infantil através do BT que me reconheci enquanto enfermeira. *Nascia assim à enfermeira Juju!*. Fruto da minha *práxis* e do meu processo em busca da conscientização e mudança da realidade vivida, consciente de que sou um ser inconcluso e em permanente movimento de busca rumo ao desejo do *ser mais*. Essa concepção é proveniente da prática problematizadora que considera o caráter histórico e a historicidade dos homens, reconhecendo-os como seres que *estão sendo*, como seres inacabados, inconclusos *em* e *com* uma realidade de que, sendo histórica também, é do mesmo modo inacabada. Caracterizando as raízes da educação como exclusividade humana, ou seja, os homens se sabem inacabados e têm consciência da sua inconclusão. Sendo a educação um *que fazer* permanente, na razão da inconclusão dos homens e do vir a ser da realidade. Nessa perspectiva, a educação se re-faz a todo o momento na *práxis*, onde para *ser* tem que *estar sendo* (FREIRE, 2011a). Consequentemente, após o nascimento da *Juju* veio a necessidade de ter um espaço só dela e aí criei o *Blog da Enfermeira Juju*[2]. Como uma coisa leva a outra, na *busca inquieta* do *ser mais,* a *enfermeira Juju* nasceu virtualmente, ao mesmo tempo em que criei sua boneca de pano[3]. Novamente inspirada por Paulo Freire na busca de uma *práxis autêntica*, percebi que a proposta EDUCAR-BRINCAR-CUIDAR pode ir além, no sentido de estar vinculada à *enfermeira Juju*, ao blog e a uma marca registrada, cuja ideia é propagar através da personagem *enfermeira Juju*, a importância do BT como um instrumento da prática de cuidado à criança e assim promover a conscientização do valor desse e da necessidade de iniciarmos um movimento de transformação, ou melhor, de mudança da nossa prática enquanto enfermeiros, docentes, discentes e gestores que atuam na área da saúde da criança nos diferentes contextos.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação crítica. Cuidado. Jogos e brinquedos. Pediatria.

[2]O blog da *Enfermeira Juju* foi criado em 2012 com o objetivo de compartilhar informações e experiências referentes ao ensino do BT nos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem e a utilização desta tecnologia como instrumento da prática de cuidado à criança nos diferentes cenários de atenção à saúde.

[3] A *enfermeira Juju* virtual foi idealizada pela autora e criada por Fauser Lazzaris para ser colocada no blog. Enquanto, que a boneca também idealizada pela autora, foi confeccionada por Ana Maria Feldmann Lopez, pensada para propagar a importância do brinquedo terapêutico como um instrumento da prática de cuidado à criança, podendo ser utilizada nas sessões de BT.

ISSN 2525-8273

Referências:

CINTRA S. M. P, SILVA C. V., RIBEIRO C. A. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos Graduação em Enfermagem 261 no Estado de São Paulo. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 59, n. 4, p. 497- 501, Ago. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Processo PRCI n.51669 de 24 de junho de 2004. **Parecer fundamentado sobre a utilização do brinquedo terapêutico pelo enfermeiro**. São Paulo: COREN, 2004.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3ª Ed. São Paulo: Centauro, 2008.

_____ **Pedagogia da Autonomia**: Saberes necessários a pratica educativa. 33 ed. Editora Paz e Terra: São Paulo. 2010.

_____ **Pedagogia do oprimido**. 50ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra; 2011.

_____ **Educação como prática da liberdade**. 14ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra; 2011.

RIBEIRO, C. A. et al. Mesa redonda: O brinquedo e a assistência de enfermagem a criança. **Enferm. Atual**, n.2, p.6-17, Nov-Dez. 2002.

RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H.; REZENDE, M. A. R. O brinquedo na assistência à saúde da criança. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.** Barueri, 2009.

RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H. VII Jornada de Enfermagem Pediátrica da UNICAMP. **Pré-curso**: Brinquedo terapêutico. Campinas, 2012.

STEELE, S. **Child health and the family**. New York: Massom; p.710- 38, 1981.

ISSN 2525-8273

Título: Método Canguru cuidado compartilhado com a Atenção Básica

Palestrante: Roberta Costa - Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). Consultora do Ministério da Saúde para o Método Canguru.

Resumo: o Método Canguru é uma política de saúde, instituída no Brasil desde o ano 2000, que apresenta diretrizes para o cuidado aos recém-nascidos internados em unidades neonatais pautadas em evidências científicas e nas necessidades individuais dos pais e da família. Surge como uma forma de oferecer assistência adequada e de qualidade, associada à humanização do processo de nascimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso, tendo ainda a possibilidade de reduzir os custos hospitalares envolvidos nesta assistência. Em síntese, esta proposta contempla três etapas. Em uma primeira, quando o recém-nascido necessita de internação em uma unidade de tratamento intensivo em período integral, a equipe deve estimular progressivamente a presença dos pais, orientar sobre rotinas e procedimentos, estimulando o contato tátil e assim que possível, iniciar o contato pele a pele. Quando o recém-nascido estiver clinicamente estável e com peso superior a 1.250g poderá ser transferido para a segunda etapa do Método, indo então para a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca) (ainda dentro da unidade neonatal), onde a posição canguru será realizada o maior tempo possível e os pais começam a assumir os cuidados com seu bebê, favorecendo o processo de amamentação e estabelecendo o vínculo com outros familiares. A terceira etapa é a do acompanhamento ambulatorial, em que o binômio (mãe/filho) recebe alta ainda em posição canguru, com a garantia de uma avaliação do crescimento e desenvolvimento e do equilíbrio psicoafetivo entre o bebê e sua família. Após 15 anos de política, a implementação do Método Canguru já e realidade em diversas instituições brasileiras, contribuindo para a consolidação de seus quatro fundamentos básicos: acolhimento ao bebê e à sua família, respeito às individualidades, promoção do contato pele a pele o mais precocemente possível e envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê. A estratégia brasileira do Método Canguru trouxe uma mudança do paradigma da atenção perinatal, das quais as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos. Estas transformações no atendimento ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso, despertaram a necessidade de uma aproximação da rede hospitalar (unidade neonatal) com a Atenção Básica de Saúde (ABS), reconhecendo a importância para o recém-nascido tanto do acompanhamento de uma equipe especializada para o suporte, quanto da intervenção da equipe generalista. Esta complementariedade oferece à criança e também à sua família, um primeiro olhar, o do especialista, que identifica e atende suas necessidades iniciais, pautadas na proteção de sua fisiologia e na atenção aos aspectos psicológicos. E o segundo olhar, o do generalista, o acompanha em seus diferentes movimentos, fora do espaço hospitalar envolvendo ele, sua família e sua comunidade. Entretanto, a literatura aponta que ainda é precário o sistema de referência e contra referencia para o atendimento destas crianças, que não há um adequado registro de condutas e encaminhamentos realizados durante o atendimento à criança. Também são escassas as práticas desenvolvidas no cuidado de crianças egressas das unidades neonatais. Assim, surge a possibilidade do cuidado compartilhado na Terceira etapa do Método Canguru, como forma de

ISSN 2525-8273

garantir a construção da linha de cuidado da atenção hospitalar à atenção básica. Esta nova demanda, vem acompanhada de novos desafios. Seria preciso capacitar os profissionais das equipes de saúde das unidades básicas para esta nova realidade. Neste sentido, foram produzidos materiais teórico-didático para a instrumentalização destes profissionais e começaram a ser desenvolvidos cursos de treinamentos nos diferentes estados com profissionais da ABS, tutores e consultores do Método Canguru com o intuito de serem criadas estratégias para a execução deste cuidado compartilhado. Os cursos foram desenvolvidos nos centros de referência estaduais, para troca de informações, discussões sobre especificidades e necessidades desta criança e sua família. Com isto uma nova configuração estava sendo colocada em prática, garantindo que a criança e sua família, na Terceira Etapa do Método Canguru, pudessem contar com profissionais que se encontram fora do espaço hospitalar, mas capacitados nos pressupostos do Método. Em nosso país, atualmente, vem sendo construída esta articulação e implantação de estratégias de ação, a partir de uma proposta de Compartilhamento do Método Canguru, ou seja, entre o cuidado hospitalar de recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso com a assistência longitudinal prestada na ABS. Mas, é importante sinalizar que este compartilhamento possui um tempo específico que é o tempo de ação da metodologia canguru. Esta se inicia no pré-natal e se encerra quando o bebê recebe alta, ao atingir 2500g e encontrar-se apto a permanecer fora do hospital. Além disso, o cuidado presente na rede que configura a ABS não pretende substituir ou assumir aqueles que são específicos de ambulatórios de seguimento e/ou especializados. Por fim, destaco que a partir da alta do Método Canguru, tornam-se necessárias novas parcerias entre as equipes que irão continuar oferecendo cuidados a cada uma destas crianças e suas famílias.

ISSN 2525-8273

Título: Zika Vírus e Microcefalia – desafios no cuidado

Palestrante: João Augusto Brancher Fuck – Enfermeiro. Mestre em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental (UDESC), doutorando do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental (UDESC) e coordenador do Programa de Controle da Dengue da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Resumo: recentemente, o mosquito *Aedes aegypti* que tem sido responsável pela transmissão da dengue em diversos países do mundo, inclusive no Brasil, passou a transmitir também doenças como a febre de chikungunya (CHIKV) e a febre do zika vírus (ZIKAV). A primeira deriva de uma palavra do dialeto Makonde e significa "aquele que se dobra", em virtude das intensas dores articulares que causa. A segunda, inicialmente tida como uma doença de curso benigno tem gerado consequências graves, como o nascimento de crianças com malformação do sistema nervoso, bem como casos de síndromes neurológicas em adultos que contraem a infecção. Em virtude disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O vírus que causa a febre do zika pertence ao gênero *Flavivirus*, sendo identificado inicialmente em 1947 em macacos *Rhesus*, na floresta de Zika, na Uganda. Atualmente são conhecidas duas linhagens do vírus, uma asiática e outra africana, sendo que no Brasil circula a primeira. Até o início do ano de 2015, o ZIKAV era endêmico no leste e oeste do continente Africano, com registro de circulação esporádica na África, Ásia e Oceania. Nas Américas, até então, só havia sido identificado na Ilha de Páscoa, território do Chile, no oceano Pacífico, distante 3.500 km do continente, no início de 2014. O conhecimento da doença estava embasado em um número limitado de relatos de casos e investigações de surtos (Ilha de Yap, em 2007 e Polinésia Francesa, no período de 2013/2014). Segundo os estudos disponíveis, a doença resultava em manifestações clínicas em somente 18% dos pacientes. Assim, o grande desafio - que ficou evidenciado com as malformações do sistema nervoso central em crianças - foi lidar com o vasto número de casos assintomáticos, especialmente em gestantes. Quando aparecem, os sinais e sintomas mais comuns são: exantema maculopapular pruriginoso, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, edema, febre baixa e intermitente, artralgia, mialgia e cefaleia. Na maioria dos casos, cursa de forma benigna, e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após três a sete dias. No país, os primeiros relatos de circulação do vírus ocorrem no início de 2015. Em fevereiro, houve o registro de casos de uma síndrome exantemática, de causa indeterminada, nos estados da região Nordeste. Em abril, pesquisadores da Universidade Federal da Bahia (UFBA) reportaram a identificação de ZIKAV por meio de técnica de Transcriptase Reversa - Reação de Cadeia de Polimerase (RT-PCR), em amostras provenientes da região de Camaçari/BA. Em maio, a Fiocruz/PR identificou ZIKAV pela mesma técnica em amostras provenientes de Natal/RN, assim como o estado de São Paulo notificou a detecção de um caso confirmado na região de Sumaré/SP. Até o final de 2015, 18 estados detectaram a circulação autóctone desse vírus, sendo que em 2016 a circulação do vírus ocorre em todo o território nacional. A transmissão da doença foi possível por dois fatores principais: a presença do mosquito *Aedes aegypti*, vetor envolvido na transmissão dessa doença, e a presença de pessoas portadoras do vírus, em período de viremia (momento no qual ao se alimentar do sangue humano, a fêmea do mosquito se infecta com o vírus). O ciclo de desenvolvimento do mosquito *Aedes aegypti* é bastante rápido e leva em média sete dias, passando pelas fases de ovo, larva, pupa e alado. O mosquito deposita seus ovos em

ISSN 2525-8273

recipientes preferencialmente artificiais, com presença de água ou que possam acumular água. Esses ovos podem sobreviver por até 18 meses no ambiente, resistindo a períodos com baixas temperaturas e secos, à espera das condições ideais para proliferação. O *Aedes aegypti* está envolvido na transmissão de dengue no país a pelo menos 30 anos. Em 2014, também foi responsável pela transmissão dos primeiros casos de febre do chikungunya. Esse vetor está amplamente disseminado na faixa tropical do mundo, sendo encontrado em todos os estados do país. Em Santa Catarina, no ano de 2016, até o mês de agosto, foram detectados mais de 6.000 focos desse mosquito, em 131 municípios. Tendo por base critérios técnicos, 50 desses municípios são considerados infestados, ou seja, há presença disseminada e manutenção de focos, gerando um risco mais de transmissão dessas doenças. Com a publicação da portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016, a febre do zika vírus passa a figurar entre as doenças e agravos de notificação compulsória. Gestantes e óbito com suspeita da doença também devem ser notificados imediatamente (em até 24h). Anteriormente a publicação da portaria, a vigilância dos casos era realizada por meio de Unidades Sentinelas. Com a notificação dos casos, até o dia 9/7 (Semana Epidemiológica 27) foram detectados no país 174.003 casos prováveis da doença, sendo confirmados 78.421 casos. Quanto aos casos de ZIKAV em gestantes, foram contabilizados 14.739 casos prováveis, com confirmação de 6.903. Além disso, passam a ser relatados os primeiros óbitos relacionados ao vírus. Em 2015, totalizam três óbitos, e em 2016, até o momento, um óbito. Em Santa Catarina, os primeiros casos da doença foram registrados em 2015, sendo todos casos importados (contraíram a infecção fora do estado). Entretanto, no mês de fevereiro de 2016 passam a ser detectados os primeiros casos autóctones da doença (transmissão dentro do estado). Atualmente, até o dia 20/8 (Semana Epidemiológica 33) foram registrados sete casos autóctones de ZIKAV, nos municípios de: Chapecó (2), Coronel Freitas (1), Guaraciaba (2), Penha (1) e São José do Cedro (1). Associado a transmissão do ZIKAV, passam a ser relatados no Brasil casos de microcefalia. A microcefalia é definida pela OMS como uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada para idade e sexo, tendo como causas fatores biológicos, genéticos, ambientais, químicos ou físicos. Os primeiros relatos dessa malformação ocorreram em 2015, momento em que a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco informou sobre 26 casos. Nesse momento, ainda se desconhecia a causa dessa malformação. Em novembro de 2015, a Fiocruz notificou que o Laboratório de Flavivírus do Instituto Oswaldo Cruz concluiu diagnósticos que constataram a presença do genoma do zika vírus em amostras de duas gestantes da Paraíba, cujos fetos foram confirmados com microcefalia por meio de exames de ultrassonografia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Em novembro de 2015, ocorre a publicação do relatório "Avaliação Rápida de Risco – Microcefalia no Brasil potencialmente relacionada à epidemia de vírus zika", realizada pelo Centro de Controle de Doenças da União Europeia. É relatado que a Polinésia Francesa notificou um aumento incomum de pelo menos 17 casos de malformações do Sistema Nervoso Central em fetos e recém-nascidos durante 2014-2015, coincidindo com o Surto da doença nas ilhas. Nesse mesmo mês, é identificado o vírus em tecido de recém-nascido com microcefalia que evoluiu para óbito no estado do Ceará, reforçando a suspeita de associação entre os casos de microcefalia e o ZIKAV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) elabora um documento com orientações para vigilância de casos suspeitos. Inicialmente adotou-se um critério mais sensível para caracterização da microcefalia em recém-nascidos a termo, a fim de captar um maior número de casos, classificando aqueles com perímetro cefálico igual ou menor que 33 centímetros. Em virtude da sensibilidade do sistema com

ISSN 2525-8273

essa definição, a triagem de recém-nascidos é alterada nos meses subsequentes, sendo que atualmente são adotadas as definições recomendadas pelas sociedades científicas médicas, especialistas consultados e OMS: Recém- nascido (com idade gestacional menor que 37 semanas), apresentando medida do perímetro cefálico menor que -2 desvios-padrão, segundo a tabela do Intergrowth, para a idade gestacional e sexo, ou recém-nascido (com idade gestacional de 37 semanas ou mais), apresentando medida do perímetro cefálico menor ou igual a 31,5 centímetros para meninas e 31,9 para meninos (-2 desvios-padrão para a idade do neonato e sexo, segundo a tabela da OMS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Cabe destacar que inicialmente a doença estava associada com casos de microcefalia. Entretanto com o avanço dos estudos, percebeu-se uma gama de malformações, sendo adotado a definição de microcefalia e/ou malformação do sistema nervoso central (SNC) possivelmente associado ao ZIKAV. Atualmente o Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência desses casos, possui as seguintes definições de caso: feto com alterações do sistema nervoso central, durante a gestação; abortamento sugestivo de infecção congênita; natimorto sugestivo de infecção congênita e recém-nascido com microcefalia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Conforme dados do informe epidemiológico de monitoramento dos casos de microcefalia, até o dia 20/8 (Semana Epidemiológica 33), foram notificados no país 9.091 casos suspeitos de microcefalia e/ou alterações do SNC, sugestivos de infecção congênita, em fetos, abortamentos, natimortos ou recém-nascidos, conforme definições do protocolo de vigilância. Destes, 2.968 permanecem em investigação, 4.278 foram descartados por apresentarem exames normais, microcefalia e/ou malformações congênitas confirmadas por causas não infecciosas ou por não se enquadrarem nas definições de casos, e 1.845 confirmados para microcefalia e/ou alteração do SNC sugestivos de infecção congênita. Frente a esse panorama, algumas questões surgem como desafios para o enfrentamento da situação. Dentre elas podemos destacar: qualidade da informação, coleta oportuna de exames, atenção adequada e integral, dispersão e manutenção do *Aedes aegypti* em diversos municípios de Santa Catarina, falta de percepção da população quanto à relação do mosquito com as doenças, envolvimento e adesão da população nas ações de controle vetorial; ação integrada da rede de saúde e ação intersetorial entre os setores envolvidos.

Referências:

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Boletim Epidemiológico n° 27/2016 - Situação da Dengue, Febre do Chikungunya e Zika Vírus em Santa Catarina**. Florianópolis, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim Epidemiológico - Febre pelo vírus Zika: uma revisão narrativa sobre a doença**. Vol. 46, N° 26. Brasília, 2015.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim Epidemiológico - Situação epidemiológica de ocorrência de microcefalias no Brasil**. Vol. 46, N° 34. Brasília, 2015.

ISSN 2525-8273

Título: Imunização

Palestrante: Aline Cristiane Cavicchioli Okido – Enfermeira. Especialista em Enfermagem pediátrica. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos- UFSCar.

Resumo: a palestra irá dar destaque a imunização enquanto uma das ações de saúde pública mais relevante no âmbito da prevenção de doenças infectocontagiosas, em especial na primeira infância. Serão disponibilizadas informações a respeito do Programa Nacional de Imunização (PNI), doenças erradicadas e controladas, situação atual da cobertura vacinal, sistema de informação e indicadores de avaliação do PNI, principais desafios da imunização e o papel do enfermeiro. Nessa perspectiva, tem-se que o Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado em 1973 e tem como atribuição coordenar as ações de imunização a nível nacional, é considerado um exemplo internacional de política pública bem sucedida. Dentre os avanços conquistados nesse período tem-se a erradicação da poliomielite e varíola, eliminação do sarampo e rubéola, redução e controle da meningite por *Haemophilus influenzae* e meningogoco C, entre outros. Dentre os desafios para reduzir a incidência das doenças imunopreviníveis ainda não controlados, destaca-se a manutenção das altas taxas de cobertura vacinal bem como a conquista da homogeneidade dessas coberturas em todo território nacional, tanto do ponto de vista dos estados e municípios, como dentro do próprio município. A partir do sistema de informação do PNI é calculado os indicadores de cobertura vacinal, taxa de homogeneidade e taxa de abandono, constituindo-se numa ferramenta de gestão relevante. Quanto ao papel do enfermeiro, destaque será dado as suas atribuições clinicas, técnicas e gerenciais.

ISSN 2525-8273

Título: Simulação como tecnologia educacional: possibilidades de utilização em instituições hospitalares

Palestrante: Juliana Coelho Pina - Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/UFSC.

Resumo: o Brasil, nas últimas décadas, vem aperfeiçoando seu sistema nacional de pesquisa e inovação, buscando integrar suas estratégias de ciência, tecnologia e inovação às estratégias de desenvolvimento nacional. A disseminação de novos conhecimentos e tecnologias deve ampliar o acesso da população a novos bens e serviços, bem como gerar melhorias concretas para a coletividade (BRASIL, 2012). No que tange à saúde, entende-se que os avanços científicos e tecnológicos devem estar atrelados às necessidades de saúde das populações, visando-as enquanto seu objeto final. É necessário que os profissionais de saúde tenham uma formação direcionada à produção, gestão e incorporação de conhecimentos científicos e tecnologias, nos seus distintos campos de conhecimentos e espaços de atuação, tendo como objetivo a satisfação das necessidades de saúde da população (NOVAES & ELIAS, 2013). A simulação é uma tecnologia educacional que possibilita o desenvolvimento de aprendizagens significativas, ao proporcionar a vivência de situações realísticas em um ambiente seguro e livre de riscos (MARTINS et al., 2014). Por meio de práticas simuladas, o aprendiz pode treinar habilidades técnicas, desenvolver habilidades observacionais, comunicativas e comportamentais, aprender a trabalhar em equipe, exercitar o raciocínio clínico e o processo decisório (SHIN et al., 2015). Para tal, o facilitador pode articular diversas formas de simulação, em diferentes níveis de complexidade e fidelidade. Há evidências de que a simulação contribui para o desenvolvimento de habilidades, incrementa o nível de conhecimento, promove o pensamento crítico, melhora a autoconfiança e a satisfação. A literatura científica sugere que a simulação tem impacto positivo e significativo no ensino de enfermagem, quando comparada à educação tradicional (SHIN et al., 2015), especialmente se desenvolvida em ambientes realistas, com simuladores de alta fidelidade e reflexão estruturada acerca da aprendizagem e decisões tomadas, processo denominado *debriefing* (MARTINS et al., 2012). Estudos recentes, no entanto, demonstram que tanto a simulação de baixa como a de alta fidelidade resultaram em melhoras consistentes no desempenho dos estudantes. A escolha do simulador, portanto, deve estar atrelada aos objetivos de aprendizagem estipulados e não se limitar ao oferecimento de mais possibilidades tecnológicas, apenas (NORMAN et al., 2012). Em relação à forma, podem ser utilizados jogos, softwares, atores, pacientes estandardizados (pacientes reais atuando em cenários simulados) e simuladores humanos, desde modelos anatômicos até robôs. Os simuladores humanos de baixa fidelidade reproduzem parcialmente o contexto real e, portanto, são mais utilizados no desenvolvimento de habilidades manuais específicas. Já os simuladores de alta fidelidade possibilitam a reprodução de respostas orgânicas e fisiológicas de maneira mais realística, tendo em vista a avaliação, a intervenção e a avaliação das respostas do cliente (SHIN et al., 2015). A simulação tem sido utilizada na formação superior de profissionais da área da saúde e em programas de qualificação profissional de instituições de saúde, com vistas a promover o trabalho integrado, capacitar a equipe para atuar de acordo com protocolos de atendimento, diminuir intercorrências relacionadas à assistência, incrementar o conhecimento e a confiança dos profissionais na prevenção, detecção e manejo de intercorrências

ISSN 2525-8273

clínicas (NELISSEN et al., 2014). Outra importante contribuição da simulação no ambiente hospitalar refere-se ao seu uso na avaliação. Nesse sentido, a simulação revelou-se como uma forma de realizar a avaliação estruturada de habilidades clínicas, mais conhecida na literatura internacional como Objective Structured Clinical Examination (OSCE). Esse método de avaliação propõe estações de simulação, nas quais o facilitador avalia as habilidades clínicas necessárias para que o aprendiz seja considerado apto a desempenhar funções, como ingressar na instituição ou mudar de setor (WUNDER et al., 2014). Além da formação e capacitação de profissionais, na saúde a simulação tem sido utilizada como tecnologia educacional para a abordagem dos portadores de condições crônicas, pois tem o potencial de fomentar o processo de comunicação entre equipe de saúde, o paciente e sua família. Nesse sentido, tem sido sugerida sua utilização em diversas propostas de educação em saúde, como o preparo para a alta, o autocuidado e a reabilitação de portadores de condições crônicas (COLEMAN, 2014). Diante da atual importância epidemiológica das condições crônicas, o número de cuidadores vem aumentando expressivamente, acompanhado da necessidade de utilizarem-se estratégias eficazes para a sua capacitação. Nas últimas décadas, observou-se uma mudança no perfil epidemiológico das crianças brasileiras, com uma progressiva importância das condições crônicas e predomínio das afecções perinatais (muitas vezes com sequelas) como principal causa de morbimortalidade infantil (VICTORA et al, 2011). Além da prevalência, tais condições têm adquirido destaque pelo potencial impacto no processo de crescimento e desenvolvimento infantil, bem como na qualidade de vida de crianças, adolescentes e suas famílias (LIMA, 2010). Diante da atual importância epidemiológica das condições crônicas na infância e considerando o papel dos profissionais de enfermagem na rede de cuidados às crianças portadoras dessas condições, é pertinente que tais profissionais desenvolvam estratégias que capacitem as famílias para o cuidado dessas crianças após a alta hospitalar. A simulação, nessa perspectiva, pode ser utilizada não apenas para o ensino de habilidades procedimentais referentes aos cuidados necessários, mas principalmente para oportunizar aos cuidadores a aquisição de capacidades e autoconfiança para a prevenção e manejo de intercorrências domiciliares. Conclui-se que a simulação é uma importante tecnologia a ser explorada nas instituições hospitalares, com possibilidades de utilização na educação permanente das equipes, no processo de admissão e alocação de pessoal e na educação em saúde dos pacientes e suas famílias. O estabelecimento de parcerias com instituições de ensino que possuem centros de simulação pode viabilizar a união de esforços na busca da qualificação do cuidado e do ensino em enfermagem pediátrica.

Referências:

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2012 – 2015**. Balanço das Atividades Estruturantes do MCTI 2011. Brasília: MCTI, 2012.

COLEMA, E.A. Extending simulation learning experiences to patients with chronic health conditions. **JAMA.** 2014 Jan 15;311(3):243-4. doi: 10.1001/jama.2013.283057.

LIMA, R.A.G. Condições crônicas na infância e na adolescência. In: COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G; VIERA, C.S. **Manual de Enfermagem em Pediatria**. 2ª. ed. Goiânia: AB, 2010, p. 101-107.

MARTINS, J.C.; MAZZO, A.; BAPTISTA, R.C.N.; COUTINHO, V.R.D. et al. The simulated clinical experience in nursing education: A historical review. **Acta Paul Enferm.** 2012; 25(4):619-25.

MARTINS, J.C.A.; BAPTISTA, R.C.N.; COUTINHO, V.R.D. et al. Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da Self-confidence Scale em estudantes de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jul.-ago. 2014;22(4):554-61.

NELISSEN, E.; ERSDAL, H.; OSTERGAARD, D. et al. Helping mothers survive bleeding after birth: an evaluation of simulation-based training in a low-resource setting. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2014;93:287–295.

NORMAN, G.; DORE, K.; GRIERSON, L. The minimal relationship between simulation fidelity and transfer of learning. **Med Educ**. 2012 Jul; 46(7):636-47.

NOVAES, H.M.; ELIAS, F.T. Use of health technology assessment in decision-making processes by the Brazilian Ministry of Health on the incorporation of technologies in the Brazilian Unified National Health System. **Cad Saúde Pública**. 2013 Nov; 29 Suppl 1:S7-16.

SHIN, S.; PARK, J.H.; KIM, J.H. Effectiveness of patient simulation in nursing education: meta-analysis. **Nurse Educ Today**. 2015 Jan; 35(1):176-82.

VICTORA, C.G.; BARRETO, M.L.; LEAL, M.C. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet** 2011; 377(9780):2042-53.

WUNDER, L.L; GLYMPH, D.C.; NEWMAN, J. et al. Objective Structured Clinical Examination as an educational initiative for summative simulation competency evaluation of first-year student registered nurse anesthetists' clinical skills. **AANA J.** 2014 Dec; 82(6):419-25.

ISSN 2525-8273

Título: Projeto Naninhas do Bem

Este é o Projeto de um Grupo de voluntários que se reunem para materializar Amor em forma de lindos e coloridos travesseiros, que são entregues para crianças e adolescentes internados nos Hospitais do nosso estado e fora dele.

Como Tudo Começou...

Tudo começou quando, viajando para o interior de São Paulo nas férias, conheci o Grupo Naninhas do Bem São José do Rio Preto São Paulo. Apaixonada pela história do Projeto, de volta a Florianópolis reuni amigas e familiares e demos início do Projeto em Julho de 2015. Começamos timidamente e aos poucos nosso projeto foi ganhando notoriedade, nosso Grupo foi capa do jornal Diário Catarinense jornal de maior circulação no estado de Santa Catarina no Dia do Voluntariado. Hoje, graças ao esforço de muitas pessoas estamos conseguindo chegar a vários lugares do nosso estado e até fora dele como São Paulo e Campina Grande na Paraíba. Onde houver crianças e adolescentes em tratamento médico lá queremos estar. Nosso Grupo é formado por voluntários que se reúnem em *Dias de Costura Solidária*, ou que em momentos de folga costuram em casa para que assim, consigamos a cada dia um número maior de naninhas confeccionadas.

Objetivo Geral

- Proporcionar carinho e aconchego nos momentos de angustia e incertezas.

Objetivo Específicos

- Proporcionar a crianças e adolescentes internados em tratamento nos Hospitais, carinho e aconchego com a Naninha do Bem nos momentos de medo, dor e incerteza.
- Possibilitar a criança e o adolescente uma companhia nos momentos de dificuldades e incertezas.
- Ressignificar o carinho e o afeto do animal de estimação que ficou em casa, através da interação da criança ou adolescente com a Naninha do Bem.
- Acolher criança, adolescente e família em diferentes atividades humanizadoras

Metodologia

Iniciamos uma linda e aconchegante trajetória desde que começamos em Julho de 2015 em Florianópolis. Tudo começou de forma tímida, com algumas poucas pessoas abraçando a causa. Aos poucos nosso grupo foi crescendo, foi capa do Diário Catarinense, jornal esse de grande circulação no estado, participamos do Programa Institucional da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina com uma reportagem gravada no dia de Costura. Através das nossas ações passamos a ganhar maior notoriedade e assim muitas pessoas passaram a integrar o Grupo que só cresce ao longo desses 12 meses de existência. Todo trabalho é voluntário, todo material utilizado na confecção das Naninhas do Bem é fruto de doação de pessoas generosas que abraçaram a causa e nos ajudam para que possamos confeccionar mais e mais Naninhas do Bem. As *Naninhas* são confeccionadas com tricoline 100% algodão, fibra siliconada antialérgica, os olhos são colados e caseados à máquina,

ISSN 2525-8273

não possui nada que a criança possa arrancar e as costuras são reforçadas. Seguem um padrão na confecção para evitar comparações entre as crianças, já que as entregas acontecem de forma coletiva, todas as crianças recebem no mesmo dia. São embaladas individualmente logo após serem confeccionadas. Ficam armazenadas em um quarto limpo e arejado aguardando o dia da entrega.

As costuras Solidárias acontecem aos sábados durante todo o dia, mas ficam a critério de cada Fada (nos intitulamos *Fadas das Mãos*) algumas se reúnem em casa com amigas e familiares, outras costuram durante e semana nos momentos de folga. Realizamos a arrecadação, separação e distribuição dos materiais para as fadas para que possam adiantar o serviço já que nossa demanda é grande e a cada dia, novos Hospitais entram em contato para receberem as *Naninhas do Bem.*

Materiais Utilizados na Confecção

- Tricoline 100 % algodão
- Fibra siliconada
- Linha
- Agulha
- Papel termo colante
- Caneta de tecido

Quem Faz Parte do Projeto

Pessoas de todas as idades, adultos e crianças que se unem para fazer o bem, para distribuir amor materializado em lindos e coloridos travesseiros.

Como acontecem as Costuras

As costuras solidárias são realizadas aos sábados, geralmente um sábado por mês. As pessoas passam o dia reunidas costurando. Geralmente acontecem sempre no mesmo lugar na casa de uma voluntária, onde todo o material e as naninhas ficam guardados.

Nosso Grupo pelo Estado

Nosso grupo está crescendo e com o crescimento existe a necessidade de se criarem outros grupos para que possamos atender o maior número possível de Hospitais. Já temos um Grupo de Fadas em Itajaí. Estamos iniciando a organização de um Grupo no sul do estado e também ajudando a iniciar um Grupo em Joaçaba e Joinville.

Costuras Itinerantes

Já foram realizadas algumas costura solidárias itinerantes na cidade de Bombinhas- SC, Tijucas SC e São Paulo - SP

Como as Pessoas podem ajudar

Existem muitas formas de ajudar nosso Projeto, dentre estas destacamos: divulgando o Projeto nas redes sociais, doando a e arrecadando materiais com parentes e amigos, participando das nossas Costuras Solidárias, participando das atividades nos Hospitais e também realizando algum trabalho em casa nos horários de folga.

ISSN 2525-8273

Hospitais que receberam e recebem *Naninhas do Bem* em Santa Catarina e outros estados da Federação

*Hospital Infantil Joana de Gusmão em Florianópolis
*Hospital Santo Antônio de Blumenau
*Hospital Santa Catarina de Blumenau
*Hospital Materno Infantil Santa Catarina de Criciúma
*Hospital Nossa Senhora das Dores de Capinzal
*Hospital Salvatoriano Divino Salvador em Videira
*Hospital Infantil Pequeno Anjo Univali Itajaí
*Casa o Adalto Hospital Doutor Waldomiro Colautti em Ibirama
*Casa de apoio a criança e adolescente com câncer em Joinville.
*Casa Hope casa de apoio a criança com câncer e transplantada em São Paulo
*Hospital Don Pedro I EM Campina Grande na Paraíba
*Hospital Infantil Pequeno Anjo da Univali em Itajaí
*Hospital Marieta Konder em Itajaí
*Hospital São Miguel e Maternidade em Joaçaba
*Hospital Universitário Santa Teresinha Joaçaba
*Hospital Universitário em Florianópolis
*Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis

Estamos em contato com os Hospitais:

* Hospital Regional de Rio do Sul

* Hospital Infantil Doutor Jesser Amarante Faria de Joinville

* Cepon - Centro de Pesquisas Oncológicas – Florianópolis

* Hospital Santa Marcelina em São Paulo. (nossa próxima entrega)

Lembrando que recebem *Naninhas do Bem:* crianças e adolescentes internadas em tratamento médico.

As Naninhas do Bem conseguiram chegar a Videira e Capinzal através da colaboração e carinho de uma de nossas Fadas que mora em Florianópolis, mas que presta serviço nas agroindústrias da região. Nosso Projeto **Não** visa lucro, por isso mantemos firme o propósito da doação. Nosso Grupo possui um grupo e uma fan Page no Facebook e lá constam todas as informações para as pessoas que desejam conhecer e ajudar doando material, tempo ou colaborando na confecção das mesmas. Como nosso Projeto é acolher e humanizar, incluímos as famílias de forma a oferecer bem-estar e momentos de interação e socialização dentro do ambiente Hospitalar.

Algumas de nossas Atividades desenvolvidas com as Famílias no Hospital Infantil Joana de Gusmão

- Entrega de kits de cuidados para os responsáveis
- Festa de Dia das Crianças
- Festa de Natal
- Oficina de confecção de laços, arcos e tiaras de cabelos para as crianças em tratamento na oncologia
- Tarde de Socialização entre pacientes, familiares e Fadas com bingo com premiação para crianças e adolescentes e familiares.

ISSN 2525-8273

- Dia da touca, cachecol e gorro no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Outros Projetos

- Feijão do Conforto

Junto com as Naninhas temos o ***Projeto Feijãozinho do conforto*** que consiste na confecção de um feijão nos padrões das *Naninhas* que são entregues nas UTIs - Neonatal e nos berçários dos Hospitais para serem esterilizados. Depois disso passam algum tempo com a mãe para pegar o cheirinho dela e em seguida é colocado em contato direto com a criança. Para esse inverno estamos confeccionando tocas para as crianças e adolescentes em tratamento na oncologia dos Hospitais e em breve teremos o dia da toca. No mas, nossa Gratidão e nosso profundo desejo de estarmos em breve próximas das crianças e adolescentes transmitindo carinho, conforto, Amor e todos os desejos mais puros e sinceros que carregamos em nossos muitos corações.

- Memória de quem Amamos

Estamos iniciando a confecção de saquinhos de tricoline com estampas infantis para ser entregue aos familiares quando infelizmente a criança não sobrevive na UTI neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão

Nossos Parceiros

- Gata Bordadeira
- Central do Pano
- PG Embalagens
- Luciano Martins Artista Plástico
- Atacado União
- Girassol Festas e Eventos
- Vó Rita Festas

Gratidão, Jaqueline Muller
Naninhas do Bem Grande Florianópolis



Luciano Martins Artista plástico é nosso parceiro e doou ao Grupo *Naninhas do Bem* a arte que estampa nossos materiais e nossa camiseta.

ISSN 2525-8273

Nossas Costuras Solidárias - Sábados Dedicados ao Amor





Feijão do Conforto





Materiais arrecadados.

Entrega de Naninhas do Bem...

ISSN 2525-8273

Título: Ensino de Enfermagem Pediátrica e suas repercussões para a prática

Palestrante: Ana Izabel Jatobá de Souza – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – UFSC. Florianópolis, SC. E-mail: aijsenf@gmail.com.

Resumo: o grande contingente de crianças e adolescentes no Brasil, identificado pelo censo organizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) revela uma situação preocupante que nos leva a pensar sobre as condições de saúde e educação que estas estão sujeitos na sociedade em que vivemos. As doenças próprias do período infanto juvenil, as doenças emergentes, a cronicidade, a emergência de novas tecnologias para o cuidado, os espaços de cuidado que se multiplicam e que perpassa os diversos níveis de complexidade exige profissionais de enfermagem preparados nas mais variadas dimensões. É relevante assinalar que a preocupação com a criança e o adolescente como sujeito de direitos é recente em nossa sociedade ocidental, tendo no Brasil um marcador representado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) cuja data reporta ao ano de 1990. Historicizando um pouco sobre a Enfermagem pediátrica, igualmente identificamos que esta é recente, tanto quanto a Pediatria em si. A criança, como sujeito que requer cuidados específicos acontece apenas no final do século XVIII, e, ao longo do século XIX isto se consolida pelas iniciativas do médico alemão **Abraham Jacobi** pai da pediatria. Na década de 1940 há o aparecimento da Enfermagem pediátrica como especialidade. Ambas as iniciativas estão correlacionadas ao movimento em prol dos direitos deste segmento ao longo da história. Contudo, na Enfermagem, a própria Florence Nigthingale já assinalava a importância de cuidar das crianças, como apontado por Rocha (2004) "(...) Com medidas e normas para a preservação das boas condições sanitárias nas habitações, as crianças não precisariam passar por 'epidemias infantis'. Os cuidados recomendados não se restringiam às crianças hospitalizadas [...]. Florence, assim, *lançava os fundamentos da enfermagem pediátrica*" (...) (ROCHA, 2004, p. 8). No Brasil, o **cuidado com a criança na enfermagem** remonta à criação do Departamento Materno-Infantil na Escola Anna Néri, fundada em 1923, no Rio de Janeiro; **Escola Paulista de Enfermagem, atual Departamento de Enfermagem da UNIFESP** (Universidade Federal de São Paulo) com a criação, em 1973 do Departamento de Enfermagem Pediátrica e com o surgimento do Curso de Especialização em Pediatria e Puericultura. **Atualmente** ainda existe o Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Posteriormente houve a emergência dos cursos de mestrado e doutorado na área, em 1978 e 1986, respectivamente (MARINHO, 2004). E para olhar o profissional é preciso conhecer como este tem sido preparado nas escolas de enfermagem no que se refere à área de Enfermagem pediátrica. Que conhecimentos e práticas são disponibilizados para estes profissionais ao longo de sua formação universitária? Estes questionamentos são importantes, pois, ao cuidar de crianças e adolescentes estamos falando sobre uma faixa etária que abarca o ciclo de vida compreendido entre o **zero e os 18 anos** com todas as especificidades que ele contém. Daí emerge a necessidade de uma pergunta: que conchecimentos são necessários para cuidar desta população? Silva (MARINHO, 2004, p.9) afirma que "o **enfermeiro pediatra** deve ter profundo conhecimento sobre o processo de ***crescimento e desenvolvimento*** da criança e do adolescente, as ***necessidades próprias de cada faixa etária***, as ***influências das doenças na vida*** da criança, do adolescente e da **família**, conhecer a *legislação de proteção à criança e ao adolescente*, saber utilizar

ISSN 2525-8273

técnicas de comunicação apropriadas e ter competência e habilidades para a realização de ***procedimento****s e utilização de* ***tecnologia entre outros conhecimentos***". Portanto, os objetivos do presente estudo são: refletir sobre o ensino da enfermagem pediátrica nos cursos de graduação em Enfermagem e suas repercussões sobre a prática profissional. Das inquietações iniciais, aliados a um desconhecimento sobre como tem se dado o ensino da Enfermagem pediátrica nos cursos de graduação emergiu a necessidade em conhecer o contéudo mínimo oferecido por estes. Como caminho **metodológico** optou-se por buscar informações nos currículos e programas disponibilizados online por escolas vinculadas a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). As informações obtidas foram as que se seguem: **matriz Curricular** – nome da disciplina, ementa, carga horária teórica, prática, outras disciplinas na área da saúde da criança e do adolescente, experiências pedagógicas oferecidas ao estudante. Plano de ensino, referências. Como resultados, identificaram-se os seguintes aspectos: o número de Escolas de Nível Superior cadastradas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) é de **– 877 entre públicas e privadas,** com um total de Escolas de Nível Superior que oferecem cursos de enfermagem **à distância no número de 07.** Pelo menos quatro dessas que oferecem graduação à distância tem polos no Brasil inteiro. Para este estudo utilizou-se como critério a captura de dados de Escolas de Enfermagem que estivessem vinculadas a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). O número de Escolas em 2013 cadastradas pela ABEN **foi de 122 entre Públicas e Particulares** divididos entre as regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro Oeste, sendo a região Nordeste com o maior número de escolas vinculadas a esta associação de classe. A Região Norte do Brasil até 2013 tinha apenas três escolas vinculadas a esta instituição. Das 122 escolas vinculadas ABEN foi realizado uma amostragem em 41 delas. Nem todas apresentavam informações sobre Matriz curricular, planos de ensino e demais elementos para melhor análise dos itens inicialmente propostos. Portanto, os resultados obtidos ainda são parciais, exigindo a continuidade da investigação. Os resultados evidenciaram os seguintes aspectos: *no que se refere ao nome das Disciplinas*, estas assim se apresentavam: Saúde da criança e do adolescente; Intervenção de enfermagem no processo saúde doença da criança e do adolescente; Atenção integral a saúde da criança e do adolescente; Bases para intervenção na atenção à saúde - criança adolescente, mulher, adulto e idoso – durante os 5 anos de formação; Bases para intervenção na atenção à saúde II - criança adolescente, mulher, adulto e idoso e Neonatologia - criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; Enfermagem neonatal e pediátrica; Enfermagem na saúde infanto-juvenil; Enfermagem na atenção integral à saúde da criança e do adolescente; Enfermagem na saúde da criança; Enfermagem na saúde da mulher, criança e adolescente; Enfermagem no cuidado ao neonato e à criança hospitalizada; Enfermagem neonatal; Enfermagem pediátrica; Prática de enfermagem neonatal; Enfermagem no processo de cuidar da promoção da saúde do adolescente; Enfermagem no processo de cuidar da criança na atenção básica; Enfermagem na Saúde da criança e do adolescente; Processo de cuidar da saúde da criança e do adolescente; A saúde da mulher e do recém-nascido; A saúde da criança e do adolescente I; Saúde da criança e do adolescente II; Habilidades profissionais em enfermagem II - habilidades profissionais em Enfermagem em saúde de mulher e do RN (saúde da mulher e do RN em atenção primária e atenção hospitalar); Habilidades profissionais em enfermagem em saúde da criança e do adolescente (saúde da criança e do adolescente em atenção primária e atenção hospitalar); Projeto em Enfermagem pediátrica e neonatal; Projeto em Saúde da criança e do adolescente; Saúde da Criança e do Adolescente; Promoção e assistência de enfermagem na saúde da mulher e do neonato; Promoção e

ISSN 2525-8273

assistência de enfermagem na saúde da criança e adolescente; Enfermagem na saúde do recém-nascido; Enfermagem na saúde da criança; Enfermagem na saúde do adolescente; Cuidado integral a saúde da mulher e da criança; Cuidado da mulher criança e adolescente; Enfermagem na saúde da criança e do adolescente; Seminário integrador na saúde da criança; Enfermagem pediátrica e neonatológica; Enfermagem hebiátrica; O cuidado no processo de viver humano IV - saúde da mulher, do neonato, da criança e do adolescente. O **Período em que a disciplina é oferecida:** em sua grande maioria entre o quinto e sétimo semestre do curso. Às vezes em dois semestres consecutivos. Apenas uma escola tais aspectos eram abordados em todos os anos de formação. A **Carga Horária média oferecida:** mínima – 119 horas, máxima – 746 horas. Na Universidade Federal de Santa Catarina, da qual pertenço, oferece-se 432 horas. As que têm maior carga horária compartilham com outras faixas etárias e segmentos (adulto, idoso, mulher). As **Referências** utilizadas nem sempre se encontram atualizadas no material disponibilizado online. Quanto às **atividades oferecidas** aos alunos: há uma maior quantidade de aulas teóricas e com menor quantidade nos cenários de prática. **Conclusões:** pelos achados parcias encontrados neste estudo, conclui-se que os conhecimentos relativos às crianças e adolescentes contidos nos currículos de graduação estão alocados em inúmeras disciplinas. Estas nem sempre identificam a criança ou adolescente como foco principapal. A maior parte das disciplinas compartilha conhecimentos da enfermagem pediátrica com contéudos da área obstétrica. Há uma preponderância para atividades teóricas em sala de aula em detrimento de experiências desenvolvidas na prática. Ao longo dos currículos encontrados, foi possível perceber que o contéudo sobre a criança e adolescente está concentrado no eixo central da formação. Apenas duas escolas oferecem disciplinas optativas com este contéudo além das oferecidas no eixo central. A diversidade de nome das disciplinas evidencia a pouca identidade com a qual a Enfermagem pediátrica se apresenta durante a formação, tanto quanto a diversidade de carga horária a ela destinada. Portanto, há necessidade de maior investigação acerca da formação na enfermagem pediátrica considerando o impacto que esta representa para a atuação profissional. Percebe-se que é urgente a construção de diretrizes que apontem para uma carga horária mínima, tanto quanto contéudos e experiências durante a formação na graduação. De igual forma é premente a investigação sobre os cursos de pós-graduação em lato sensu ou sctrito senso na área de Enfermagem Pediátrica. Neste sentido, o presente estudo aponta para a necessidade de maior aprofundamento e diversidade de contextos nos quais a formação em “enfermagem pediátrica” acontece. Para tanto é necessário enfrentar e superar os seguintes desafios: agregar ao ensino as novas tecnologias educacionais; Contemplar experiências pedagógicas que possibilitem o desenvolvimento do raciocínio clínico e a tomada de decisão; Oferecer cenários nos diversos níveis de complexidade com suas especificidades; Ampliar a oferta de cursos lato e stricto sensu em Enfermagem Pediátrica; Envolver as enfermeiras das instituições de saúde em pediatria e as do ensino na produção de conhecimento; Promover a educação permanente nas instituições de saúde que cuidam de crianças e adolescentes; Fomentar a divulgação, criação de núcleos de pesquisa em enfermagem pediátrica em instituições e escolas; Fortalecer as parcerias entre Assistência e a Docência e entidades de classe voltadas para a pediatria.

Referências: MARINHO, João. A Enfermagem do Futuro: a enfermagem pediátrica e o fascinante trabalho de cuidar das crianças. COREN-SP - setembro/outubro de 2004- nº 53.

ISSN 2525-8273

Prêmio GEPESCA
1º. Lugar

ISSN 2525-8273

Título: Cuidado à criança hospitalizada: percepção do cuidador familiar

Autores:
Joice Grasiela Costa Silva - Enfermeira do Hospital Universitário Pequeno Anjo – Itajaí/SC. E-mail: joicecosta@univali.br.
Claudete Santos Demétrio – Enfermeira. Mestre. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: claudetedemetrio@hotmail.com.
Dionei Alves Santos – Enfermeiro. Especialista. Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: dionei@univali.br.

Resumo: a Enfermagem é a profissão da área de saúde que está mais próxima e permanece a maior parte do tempo ao lado do paciente. Um dos segmentos populacionais atendidos pelos profissionais da Enfermagem são crianças e adolescentes. Sabe-se que a criança, por ser dependente, necessita de cuidados extras durante a internação. O estudo teve como objetivo desvelar a percepção do cuidador familiar em relação ao cuidado prestado às crianças hospitalizadas. É um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa, realizado num Hospital Infantil do município de Itajaí, Santa Catarina. A amostra foi composta por 10 cuidadoras, que aceitaram participar do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados, coletados por meio de entrevista semiestruturada, foram interpretados de acordo com a Análise Temática, segundo Minayo (2011). Levantou-se três Unidades Temáticas: Enfermagem, com a categoria: Identificando a Equipe, refletindo sobre as categorias profissionais; Cuidados de Enfermagem, com as categorias: Cuidado Humanizado e Fragilidades do Cuidado, discorrendo sobre como as cuidadoras veem o cuidado; e Fatores que Interferem na Assistência, com as categorias Sobrecarga e Presença de Alunos, abordando aspectos que dificultam o cuidado. O estudo mostrou que o familiar avalia o cuidado de enfermagem como bem qualificado, porém, percebe as dificuldades enfrentadas durante a rotina. Acredita-se que este estudo possa contribuir para que os profissionais da saúde, especialmente, aqueles que atuam na área pediátrica, possam refletir sua prática e qualificá-la, no sentido da promoção e melhoria da qualidade de saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Cuidados de Enfermagem. Pediatria.

INTRODUÇÃO: a criança é um ser dependente e em constante processo de crescimento e desenvolvimento, com particularidades e características próprias, exigindo do profissional de saúde ações que possam minimizar o seu sofrimento. Sabe-se que o hospital é um local estranho, com vários procedimentos, proibições, gerando na criança medo e saudade dos familiares mais próximos (CRUZ; COSTA; NÓBREGA, 2006, p. 99). Ao se refletir sobre o tema internação em ambiente hospitalar, se faz necessário abordar as mudanças na rotina familiar e na própria vida da criança com relação à hospitalização. Essas mudanças acontecem em função dos protocolos relacionados ao ambiente, à alimentação, à higiene, ao tratamento, além de procedimentos dolorosos. Tais estressores podem gerar traumas passageiros ou mesmo permanentes. Como iniciativa para prevenção e redução de tais traumas é que se recomenda a assistência de enfermagem humanizada (BESERRA; LÚCIO; CARDOSO, 2007, p. 87). A humanização hospitalar passou a ter importância quando houve uma inversão de valores. Com o avanço da tecnologia, tudo passou a ser muito técnico, a fim de cumprir com um objetivo, esquecendo que o ser humano tem sim necessidades fisiológicas, é um ser

ISSN 2525-8273

com necessidades e deve ser respeitado, tratado com dignidade e ética (BARBOSA; SILVA, 2007, p. 547). Humanizar o cuidado abrange respeitar a individualidade de cada pessoa. Sendo assim, os profissionais devem ser capazes de entender a si mesmos e ao outro, pois respeitar o paciente é componente primordial para realizar cuidados humanizados. Respeitar envolve saber ouvir, ter compaixão, ser tolerante, honesto, atencioso, entender as necessidades de autoconhecimento, tratando com atenção, consideração e referência (BARBOSA; SILVA, 2007, p. 547). As instituições de assistência às crianças foram às pioneiras na implantação do conceito de humanização, pois o atendimento à criança é visto como algo complexo e envolve o acompanhante, sendo que a comunicação se dá por relações de afeto (MARQUES, 2011, p. 31). Assim, o cuidado à criança passa a ser partilhado entre enfermagem e o cuidador que a acompanha (XAVIER et al, 2013, p. 867). O fato das famílias serem ativas no exercício do cuidado à criança possibilita ao cuidador familiar desenvolver habilidades técnicas, conhecer o cotidiano do hospital e, a partir deste conhecimento, desenvolver consciência crítica e autonomia, tornando-se mais participativo no processo de tomada de decisão quanto ao cuidado à criança, e apto a fazer sugestões para sua melhoria, fortalecer os vínculos com a equipe de saúde que passa a valorizar sua cultura, valores e crenças (XAVIER et al, 2013, p. 867). Sendo assim, o estudo busca demonstrar a percepção do cuidador familiar em relação à assistência oferecida às crianças hospitalizadas num hospital pediátrico da região da Foz do Rio Itajaí Açú (SC), visando levantar informações que possam subsidiar reflexões para os profissionais da Enfermagem, buscando sensibilizá-los para a prática do cuidado pediátrico cada vez mais humanizado.

OBJETIVO: desvelar a percepção do cuidador familiar quanto à assistência de enfermagem oferecida às crianças hospitalizadas; caracterizar o cuidador familiar que acompanha a criança hospitalizada quanto: ao sexo, a idade, a escolaridade, a profissão, o grau de parentesco e situação conjugal; verificar se o cuidador familiar identifica os profissionais da enfermagem e a pessoa do Enfermeiro; identificar como o cuidador familiar vê o cuidado de enfermagem prestado à criança no ambiente hospitalar; apontar, na percepção do cuidador, os fatores que interferem na assistência de enfermagem às crianças hospitalizadas.

MÉTODOS: este estudo foi desenvolvido num Hospital Infantil do município de Itajaí, no Estado de Santa Catarina que atende crianças de zero à quinze anos incompletos, mais especificamente, na unidade de internação B, que está dividida em dois setores, clínica médica e clínica cirúrgica. O estudo é de caráter exploratório, com análise qualitativa, no qual os sujeitos foram dez cuidadoras de crianças hospitalizadas, que permaneceram internadas por pelo menos três dias. O tamanho da amostra foi determinado pela saturação dos dados. A amostra foi do tipo intencional, composta pelas cuidadoras que se dispuseram a responder o instrumento de pesquisa. Foram adotados como critério de inclusão: estar internados com a criança por pelo menos três dias e aceitarem fazer parte do grupo voluntariamente, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após terem sido esclarecidas todas as dúvidas. Para a coleta foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada com questões norteadoras, sendo optado pela realização de entrevista face a face, através de orientação prévia e esclarecedora dos termos da pesquisa para as participantes. As entrevistas foram gravadas para transcrição posterior, sendo também registradas as percepções e observações em diário de campo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI, através do Parecer nº 1.089.223. Os resultados foram devolvidos à Instituição Hospitalar, através de um relatório escrito, para que pudesse usufruir dos dados e

ISSN 2525-8273

sugestões, oferecendo subsídios para aperfeiçoar a qualidade do atendimento. Para a preservação do anonimato das participantes, optou-se por identificá-las através de pseudônimos com nomes de personagens infantis, tendo sido escolhidos por elas: **Dona Florinda, Wendy, Chiquinha, Pepa Pig, Chris, Luna, Tom, Harry, Galinha Pintadinha e Dora.**

A partir dos dados coletados através das entrevistas, foi realizada a categorização e o procedimento analítico dos dados, estruturados a partir da proposta operativa para análise de dados qualitativos apresentada por Minayo (2010, p. 79), seguindo as etapas: pré-análise – leitura flutuante do conjunto das comunicações; exploração do material – consiste na operação de codificação, que, por meio dos dados brutos, busca alcançar o núcleo da compreensão do texto; tratamento dos resultados obtidos e interpretação – submissão dos dados a um estudo orientado pelo referencial teórico-metodológico.

RESULTADOS: As dez participantes entrevistadas estão na faixa etária entre 22 e 58 anos, sendo que 80% eram as mães das crianças internadas, 10% cuidadora familiar (avó) e 10% pedagoga de um abrigo. Com relação à profissão, essas são bem variadas, incluindo técnica de laboratório, aposentada, operadora de caixa, operadora de máquinas, pedagoga, consultora de vendas, confeiteira e salgadeira, e três cuidadoras são do lar. No que se refere à formação escolar, uma cuidadora tem ensino fundamental, sete têm ensino médio e duas têm ensino superior. Visto que se tinha como critério de inclusão estar, pelo menos, três dias internadas, a média de dias de internação se manteve entre três e quinze dias. Com base nas falas apresentadas pelas cuidadoras, foram levantadas três unidades temáticas, sendo a primeira Enfermagem, que deu origem a uma única categoria nominada de **Identificando a equipe**, que por sua vez, deu origem a quatro subcategorias: **Pelas funções desenvolvidas, Pelo Crachá, Pela realização de procedimentos, Não identificam**, deixando muito explícito que os cuidadores apresentam certa dificuldade em diferenciar o profissional enfermeiro do profissional técnico de enfermagem. A segunda Unidade Temática foi **Cuidados de Enfermagem** e ligada a ela obteve-se duas categorias denominadas de **Cuidado Humanizado** e **Fragilidades do cuidado**, gerando quatro subcategorias denominadas de **Atenção/Cuidado**, **Competência**, **Falha na segurança do paciente** e **Falha de comunicação**. Essa unidade temática remete aos cuidados da equipe de enfermagem praticada para com o paciente. Demonstrou que as rotinas dentro da instituição apresentam falhas que podem comprometer a vida e a saúde do paciente, mas por outro lado, e com muito mais ênfase, as cuidadoras relataram o cuidado holístico para com os mesmos. A terceira e última unidade temática foi nominada de **Fatores que Interferem na Assistência**, originando duas categorias: **Sobrecarga** e **Presença de Alunos**, que, por vez, originaram mais duas subcategorias sendo elas: **Número reduzido de profissionais** e **Possibilidade de erro**. Nessa unidade temática, foi possível perceber que a equipe de enfermagem, passa por muitos desafios para conseguir oferecer assistência de qualidade. E essas dificuldades são percebidas pelos cuidadores. Outra dificuldade, encontrada na pesquisa, foi a insegurança dos cuidadores quando a criança é cuidada por estagiários, mesmo sendo um hospital escola. Essa preocupação se dá pela ansiedade e inexperiência dos estagiários.

DISCUSSÃO: a Enfermagem é a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, de modo integral e holístico (JORGE; MÔNACO; MENDES, 2008, p. 27). A primeira unidade temática levantada foi **Enfermagem**. Originando uma

ISSN 2525-8273

única categoria nominada: **Identificando a Equipe,** tendo como subcategorias: **Pelas funções desenvolvidas; Pelo Crachá; Pela realização de procedimentos e Não Identificam.** A profissão de enfermagem faz parte das profissões essenciais a qualquer sistema de saúde que pressupõe atendimento de qualidade e está alicerçada em um processo de trabalho moderno e tecnicamente aceitável em sociedades desenvolvidas. O que se quer dizer é que a enfermagem é uma profissão de utilidade pública, de valor social inquestionável. (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012, p. 120). A primeira subcategoria levantada durante a realização da coleta de dados foi nomeada como: **Pelas funções desenvolvidas,** que pode ser percebida nas falas de **Harry** e **Wendy** quando reconhecem todos os profissionais da equipe como uma categoria apenas.

> *(...) Sim, os enfermeiros (técnicos e enfermeiros) vêm, medem a pressão, vê como a criança esta, auxiliam, ajuda a gente com o banho, com troca de quarto, até com os alimentos quando a criança não podem se alimentar sozinha, elas ajudam a gente (...) (*HARRY).

> *(...) Por mais que eles não se identificam, mais eles tão cuidando muito bem do meu filho (...)* (WENDY).

O enfermeiro segundo o COFEN (1987, p. 04), a Lei n° 7498, regulamentada pelo decreto n° 94.406, de 08/06/1987, esclarece que o enfermeiro exerce funções: administrativa, assistencial, de ensino e pesquisa, estando ciente de seu papel social, atuando na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. A segunda subcategoria foi nominada de **Pelo Crachá,** referido na fala da **Galinha Pintadinha.**

> (*...) Eu vejo pelo nomezinho né, que alguns têm técnico de enfermagem e outros enfermeiros (...) (GALINHA PINTADINHA).*

A Identificação é um instrumento essencial para a comunicação, indispensável no processo de fixação do profissional na mente do cliente, além de ser um instrumento com diferencial no mercado de trabalho (TEIXEIRA; SILVA; BONA, 2007, p. 05). A fala dessa cuidadora está prevista no Artigo VII do Código de ética dos profissionais da enfermagem – diz que o pessoal de enfermagem deve estar devidamente identificado em serviço, por meio de crachá, e portando a Cédula de Identidade Profissional de acordo com a Decisão COREN-RS Nº 099/2005, pois todo paciente hospitalizado deve conhecer a identidade e a devida função dos profissionais envolvidos em seu tratamento (COREN-RS 2005, p. 01). Dentro da Instituição pesquisada, o uso de crachá é obrigatório, e fornecido para todos os funcionários. Deve ser usado em todas as unidades do Hospital, obedecendo a lei do exercício profissional, com exceção dos locais onde se desempenham cuidados e procedimentos complexos, como Centro Cirúrgico e UTI.

A terceira subcategoria, encontrada foi **Pela realização de procedimentos** e capacidade de avaliação do paciente realizado pelo enfermeiro, conforme as falas:

> *(...) E eu presenciei hoje, ela precisou botar a sonda né (...) (LUNA)*

> *É elas passam o que a criança tá sentindo..., e depois elas vêm no quarto para dar o diagnóstico junto com eles (médicos) (...) (HARRY)*

O código de ética profissional descrito pelo parecer técnico de Nº 001/2012**,** fala que o enfermeiro ao desempenhar suas atividades laborais, (como exemplo, passagem de sondas enterais ou vesicais, punções de acessos, curativos complexos,

ISSN 2525-8273

entre outros) deve garantir ao seu paciente que o procedimento seja realizado de forma adequada garantindo que o mesmo esteja livre de imperícia, imprudência e negligência. Dessa forma, o profissional deve avaliar sua competência técnica, científica, ética e legal, e, se não se sentir seguro, não deve realizar tal procedimento (COREN-RO, 2012, p. 02). A essência da enfermagem é atribuída ao cuidado, e transcende aspectos técnicos e biológicos, psicossociais e espirituais do indivíduo, família e comunidade, envolvendo a provisão de ajuda, atenção, respeito, amor e compreensão mútua. Para que o cuidado seja efetivado é necessário que o ambiente físico, social e administrativo valorizem o cuidado e os profissionais entendam o significado do cuidar (SOUZA *et al,* 2006, p. 806). A última subcategoria foi nomeada de **Não identifica.** Mostra que muitas cuidadoras têm certa dificuldade em reconhecer o profissional graduado em Enfermagem. O estudo mostrou que as cuidadoras não sabem quem é, e nem o que faz. Inclusive foram muito enfáticas quando questionadas sobre se sabem quem é esse profissional**,** descrita na fala de **Chris** e **Wendy.**

> *(...) Não (...) (CHRIS).*
> *(...) Não (...) (WENDY).*

A questão do conhecimento do profissional enfermeiro, especialmente em unidades críticas pediátricas, implica no desempenho preciso à capacidade de diálogo empático com o cliente e demais membros da equipe, a fim de propiciar um ambiente agradável, respeitoso e acolhedor para todos os envolvidos. Quando o cuidador o desconhece acaba por não consegui atingir o resultado esperado (AVILA *et al*, 2013, p. 104). A invisibilidade do enfermeiro, nas ações de cuidado, relaciona-se com a maneira de ser e de estar com aquilo que o próprio enfermeiro vivencia e expressa por meio de seu ser profissional e da compreensão do seu respeito pelos outros membros da equipe (CASTANHA; ZAGONEL, 2005, p. 561).
A segunda Unidade Temática foi nomeada de **Cuidado de Enfermagem,** e originou duas categorias distintas, sendo **Cuidado Humanizado** e **Fragilidades do cuidado.** A primeira subcategoria foi nominada de **Atenção e Cuidados**, encontrada nas falas das cuidadoras HARRY:

> *(...) São bem atenciosas, tão sempre olhando a gente... A gente pergunta alguma coisa elas respondem, a gente está ansiosa elas acalmam, acalmam a gente, acalmam a criança (...) (HARRY).*

O cuidado da criança deve abranger não apenas as necessidades físicas, mas sim, dar valor importância as necessidades psicológicas e sociais, incluindo dessa a personalização na assistência prestada, sendo atenciosa, oferecer carinho durante o atendimento de crianças, colabora para a realização de procedimentos dolorosos. Trabalhando dessa forma, a equipe de enfermagem consegue conquistar as crianças numa relação de confiança (PAULO *et al*, 2010, p. 72). O cuidado inclui aproximação ao outro na convivência, como força de ajuda, para superar desafios e adaptar-se diante de novas situações de saúde ou doença. O papel da equipe de enfermagem não deve se basear somente na execução de procedimentos técnicos, que colaboram para a recuperação da saúde da criança, mas assistir a família em suas dúvidas, dar apoio e estímulo no desenvolvimento dos seus cuidados (SOUZA; OLIVEIRA, 2010, p. 556). A segunda subcategoria retirada das falas das cuidadoras foi nomeada como **Competência** e pode ser entendida pelo relato de CHRIS a seguir:

ISSN 2525-8273

> *(...) Assim dos enfermeiros (equipe de enfermagem) eu não tenho o que reclamar... Porque não é porque a criança não está na UTI, que ela não precisa dos mesmos atendimentos (...) (CHRIS)*

A construção da competência profissional é a soma de aquisição de escolaridade e de processos de aprendizagem informais que acontecem durante a vida do indivíduo. Portanto, a aquisição de habilidades, capacidade para decidir, conhecimentos adquiridos, saber conduzir uma situação particular transforma o indivíduo em um profissional competente (CAMELO; ANGERAMI, 2013, p. 553).
A categoria **Fragilidades do Cuidado** explana acontecimentos errôneos na rotina hospitalar que podem levar ao comprometimento da vida do paciente. Na subcategoria nominada de: **Falhas na segurança do Paciente** as cuidadoras expressam problemas relacionados a horários e a vias de administração, descritos na fala de **Dona Florinda.**

> *(...) algumas vezes eu já peguei algumas falhas... Me deixou bastante "Cabreira " assim, Uma delas eu não me esqueço, foi uma vez que colocaram Simeticona dentro da traqueo dele (...) (*DONA FLORINDA).

A segurança do paciente é vista como redução do risco e danos desnecessários, ligados à assistência em saúde, visto que o mínimo aceitável é o conhecimento atual do que está sendo utilizado de recursos disponíveis. O uso de medicamentos é um dos recursos mais utilizados, porém, são muito frequentes os erros ligados a ele no ambiente de saúde (CAMERINI; SILVA, 2011, p. 42). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define erro de medicação como: qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamento podendo prejudicar o paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde (ANVISA, 2013, p. 135). A segunda subcategoria **Falha na Comunicação** elencada a partir das falas de Dora e Galinha Pintadinha, que relatam problemas de falta de comunicação, divergência de informações.

> *(...) Um exemplo tinha uma medicação para fazerem a enfermeira falou tá hora da medicação, ai eu chamei enfermeira e ela falou que não tinha, depois chegou outra enfermeira para medicar que a medicação estava atrasada (...) (GALINHA PINTADINHA).*

Falhas de comunicação podem contribuir para o aumento dos casos de danos aos pacientes. Essa afirmação nos remete á importância da comunicação eficaz entre a equipe de enfermagem para com os pacientes. As informações devem englobar toda a trajetória do tratamento e serem repassados da melhor forma possível, contendo explicações detalhadas sobre o diagnóstico, tratamento, efeitos colaterais, motivos de sucesso ou falha no tratamento, tendo como objetivo proporcionar o entendimento e o atendimento de qualidade e excelência (FASSARELLA; CRUZ; PEDRO, 2013, p. 03). Esta unidade temática nos remete a investigar sobre os **Fatores que interferem na assistência**, fazendo refletir sobre o que pode causar tais problemas. Ligado a essa unidade temática surgiu como primeira categoria **Sobrecarga.** Conforme a fala da Dona Florinda surgiu a subcategoria apresentada como **Número reduzido de Profissionais.**

> *(...) Eu acho que deveria ter mais, mais técnicos... Dessa forma, daí eles não ficariam sobrecarregados né (...) eu acho que pesam muito neles né, sobrecarrega (...) (DONA FLORINDA).*

ISSN 2525-8273

> *(...) Eu vi que ela estava literalmente cansada, que ela tinha trabalhado a noite, e resolveu trabalhar durante o dia, e a tarde e ai eu vi que ela estava de mais, né (...) (DONA FLORINDA).*

A sobrecarga de trabalho na enfermagem favorece a ocorrência de erros. Ligadas a sobrecarga estão os baixos salários, que podem provocar a necessidade de mais de um vínculo empregatício. Esta sobrecarga pode resultar numa série de erros e no não cumprimento de obrigações profissionais, prejudicando a imagem da equipe de enfermagem e a qualidade da assistência (AVILA *et al*, 2013, p. 106). A Resolução COFEN nº 168/1993 determina que cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico da instituição garantir os recursos humanos necessários à assistência de enfermagem e à segurança do paciente. Porém, muitas vezes, a execução e decisão sobre lotação desse pessoal é realizada por profissionais de outras categorias, que consideram apenas a questão custo, deixando em segundo plano a real necessidade de recursos humanos para o desenvolvimento dessa assistência (VITURI *et al*, 2011, p. 548). A Segunda categoria foi **Presença de Alunos e** ligadas a ela, a subcategoria nominada como **Possibilidade de Erro.** Aborda duas possibilidades de falha cometidas por estagiários. Descrita na fala de Dona Florinda.

> *(...) A professora tinha dito assim, você vai lá e busca o remédio e espera para quando eu chegar eu vou ensinar como é que tem que fazer...ai só escutei que ele tossiu, ai eu perguntei o que tinha acontecido, e ela disse: eu dei o medicamento dele ali e apontou para a tráqueo (...) (DONA FLORINDA.*

> *(...) Mas hoje eu fico de pé atrás, cada vez que chega um estagiário, não gosto que mexam nele, tenho medo, porque qualquer erro pode ser fatal né (...) (DONA FLORINDA).*

O ECS prepara aluno para futuro profissional, para que o mesmo desempenhe suas funções com responsabilidade, ética, liderança, capacidade de comunicação e tomada de decisões. Todos esses aspectos são importantes, visto que o futuro Enfermeiro estará à frente da equipe de Enfermagem (SILVA; SILVA; RAVALIA, 2009, p. 38). Muitos acadêmicos têm medo de cometer erros que comprometam a segurança do paciente, relacionado ao nervosismo. A tensão contínua pode contribuir para a diminuição da concentração e para falhas de memória, expondo-as a possíveis falhas, como erros na terapêutica, quedas de pacientes, contaminação de materiais, entre outros, com danos ou não ao paciente, visto que o cuidado de enfermagem acontece, quase sempre, em momentos de vulnerabilidade humana, fato que contribui para que haja a exposição, tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado (SANTOS; RADÜNZ, 2011, p. 619). As cuidadoras relataram desconfiança quando se trata da assistência de enfermagem praticada pelos estagiários. Mas, de acordo com a literatura e com as resoluções do COFEN, é possível o acadêmico oferecer o cuidado adequado. Basta que sigam as normas, não esquecendo que o Professor supervisor também tem obrigações a serem cumpridas, visto que o acadêmico trabalha de forma mais minuciosa, pelo fato de não ter tanta experiência e destreza. Isso colabora para o cuidado mais vagaroso, porém com mais segurança.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES: a partir do estudo foi possível chegar-se às seguintes conclusões: Os sujeitos do estudo foram mulheres com idade entre 22 e 58 anos, sendo que a maioria possui união estável e apenas duas delas não são a mãe da criança. A escolaridade variou de ensino fundamental incompleto a ensino superior completo. Com relação à variável ocupação foram citadas: do lar, técnica

ISSN 2525-8273

de laboratório, operadora de caixa, aposentada, pedagoga, operadora de máquinas, consultora de vendas e confeiteira/salgadeira. Foram encontradas, a partir das falas, as unidades temáticas: **Enfermagem, Cuidado de Enfermagem e Fatores que interferem na assistência.** A Unidade Temática **Enfermagem,** deu origem a apenas uma categoria, **Identificando Equipe**, e, a partir desta surgiram quatro subcategorias**: Pelas funções desenvolvidas, Pelo Crachá, Pela realização de procedimentos, Não identificam**. As cuidadoras conseguem distinguir a equipe de enfermagem das outras categorias profissionais, mas não diferenciam o enfermeiro dos técnicos de enfermagem. Outra Unidade Temática foi **Cuidado de Enfermagem,** originando duas categorias: O **Cuidado Humanizado**, com duas subcategorias: **Atenção/Cuidado e Competência,** e a categoria **Fragilidade do cuidado**, com as subcategorias: **Falha na Segurança do Paciente** e **Falha na Comunicação.** Essa unidade temática compreende o cuidado de enfermagem que, apesar de apresentar dificuldades ou, até mesmo, falhas é percebido como cuidado de qualidade. E, por fim, a Unidade Temática nomeada como **Fatores que interferem na assistência,** surgindo duas categorias: **Sobrecarga** e **Presença de Alunos.** A primeira gerou a subcategoria: **Número Reduzido de Profissionais** que, na percepção do cuidador familiar, prejudica o rendimento do profissional, gerando reflexos negativos na assistência, e a segunda originou a subcategoria **Possibilidade de Erro**, que traz a preocupação das cuidadoras quando a criança é assistida por estagiários, em função da inexperiência destes. O estudo demonstra a importância da atuação do enfermeiro nas instituições de saúde, embora suas competências privativas ainda fiquem, muitas vezes, escondidas atrás de funções burocráticas e administrativas, possibilitando que sua atuação seja confundida com o fazer do técnico e do auxiliar de enfermagem. A realização deste estudo permitiu compreender a percepção do cuidador familiar quanto ao cuidado à criança hospitalizada, mostrando que a percepção do familiar é favorável ao cuidado de enfermagem, mas também aponta as dificuldades enfrentadas durante a rotina. O enfermeiro deve sim garantir que a função administrativa seja realizada da melhor forma possível, mas deve se posicionar em relação à função assistencial. Pois, é o profissional que une a equipe multiprofissional ao paciente e seu cuidador. Todas as ações realizadas dentro da unidade devem ser liberadas por ele, garantindo, assim, a assistência segura ao paciente. Muitas vezes, cumprir todas essas ações se torna difícil, podendo fragilizar a assistência. O estudo aponta para a necessidade de reflexão, por parte da instituição hospitalar, no sentido de rever posturas administrativas que possam minimizar as fragilidades apontadas, como por exemplo, rever a política de contratação de profissionais, principalmente, revendo a hierarquia e elevando o número de profissionais enfermeiros.

Acredita-se que tal sugestão possa contribuir na resolução de outras debilidades apresentadas no estudo, como falhas na segurança do paciente e na comunicação, destacando e fortalecendo ainda mais a qualidade percebida no cuidado de enfermagem. O estudo mostrou que o Enfermeiro e a equipe de enfermagem, precisam se posicionar enquanto profissionais de saúde insubstituíveis, principalmente, quando presta assistência direta ao paciente/cuidador. Acredita-se que este estudo possa contribuir para que os profissionais da saúde, especialmente, aqueles que atuam na área pediátrica, possam refletir sua prática e qualificá-la, no sentido da promoção e melhoria da qualidade de saúde.

Referências:

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. O preparo e a administração

ISSN 2525-8273

de medicamentos como fator de risco para os erros de medicação - estratégias de prevenção. Brasília. ed. 1. p. 01 – 172. 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 01 out. 2015

AVILA L. I.; SILVEIRA, R. S. d.; LUNARDI, V. L.; FERNANDES, G. F. M.; MANCIA, J. R.; SILVEIRA, J. T. da. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2013; 34 (3): 102-109. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a13v34n3.pdf>. Acesso em 02 out. 2015.

BARBOSA, I. de A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília: 2007, set-out; 60 (5): 546-551. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a12.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.

BESERRA, E. P.; LÚCIO, I. M. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Cuidado de enfermagem à criança hospitalizada: uma experiência na percepção discente-docente. **Rev. RENE.** Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 85-92, maio./ago. 2007. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/ri/handle/riufc/4288>. Acesso em: 31 ago. 2014.

BRASIL. [**Estatuto da Criança e do Adolescente (1990)**]. Estatuto da criança e do adolescente e legislação correlata [recurso eletrônico]: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. – 12. ed. 35.p. Brasília: Câmera dos Deputados, Edições Câmera, 2014. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/14683/estatuto_crianca_12ed.pdf?sequence=>. Acesso em: 30 ago. 2014.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L. S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013, Abr/Jun; 22 (2): 552-560. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf>. Acesso em 02 out. 2015.

CAMERINI, F. G.; SILVA, L. D. da. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011, Jan/Mar; 20 (1): 41-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/05.pdf>. Acesso em Acesso em: 10 out. 2015.

CASTANHA, M. de. L.; ZAGONEL, I. P. S. A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** 2005, set/out; 58 (5): 556-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a11v58n5.pdf>. Acesso em 30 set. 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **REGULAMENTA A LEI Nº 7.498, de 25 de junho de 1986: Decreto nº 94.406/87. 1987**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em 21 set. 2015.

COREN-RO. Conselho Regional de Enfermagem Parecer Nº 001/2012. **Competência do Enfermeiro para Realizar o Procedimento de Troca de Sonda**. 2012. Disponível em: < http://www.coren-ro.org.br/parecer-tecnico-no-0012012-

competencia-do-enfermeiro-para-realizar-o-procedimento-de-troca-de-sonda_1161.html>. Acesso em: 10 out. 2015.

COREN-RS. Conselho Regional de Enfermagem. **DECISÃO COREN-RS Nº 099/2005.** Disponível em: < http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_ee3cda187c7b46aab67fe2a916bc3b1a.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

CRUZ, D. S. M. da; COSTA, S. F. G. da; NÓBREGA, M. M. L. da. Assistência humanizada à criança hospitalizada. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 7, n. 3, set./dez. 2006. p. 98-104. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/756>. Acesso em: 28 ago. 2014.

FASSARELLA, C S.; CRUZ, D. S. de. M. da.; PEDRO, S. L. B. Comunicação entre equipe de enfermagem e acompanhante visando à segurança do paciente oncológico durante o processo de hospitalização. **Rev. Rede de Cuidados em Saúde**. vol. 7, n. 1: 1-10. 2013. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/1902>. Acesso em: 02 out. 2015.

JORGE, M. C.; MÔNACO, T. G.; MENDES, A. M. C. Qualidade no atendimento pelo enfermeiro no hospital-dia. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, 2008, 26 (1): 27-34. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/01_jan_mar/V26_N1_2008_p27-34.pdf>. Acesso em: 01 set. 2015.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**. 2012, 3 (3): 119-122. Disponível em: <http://enfermagematualizada.com/UserFiles/File/Artigo/ARTIGO_REVISTA_COFEN.pdf>. Acesso em 30 ago. 2015.

MARQUES, K. N. Assistência de enfermagem humanizada à criança hospitalizada. São Paulo: **Revista Recien**, 2011, 1 (1): 30-35. Disponível em: <http://www.recien.com.br/online/index.php/recien/article/view/15>. Acesso em: 30 ago. 2014.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PAULO, M.; ALEXANDRE, V.; GALHOFAS, T.; MIL-HOMENS, S.; DIOGO, P. O Lugar do Afecto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico: Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. **Pensar Enfermagem**. vol.14, n.2, 70-81.p, 2º Semestre de 2010. Disponível em: <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_70-81.pdf>. Acesso em 07 jun. 2015.

SANTOS, V. E. P.; RADÜNZ, V. O estresse de acadêmicas de enfermagem e a segurança do paciente. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19 (4): 616-620. Disponível em: < http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a19.pdf >. Acesso em: 19 set. 2015.

SILVA, R. M. da.; SILVA, I. C. M. da.; RAVALIA, R. A. Ensino de Enfermagem: Reflexões Sobre o Estágio Curricular Supervisionado. **Revista Práxis** ano I, nº 1, 37-41.p – jan. 2009. Disponível. http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/01/37.pdf. Acesso em: 19 set. 2015.

SOUZA, T. V. de.; OLIVEIRA, I. C. S. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a Enfermagem pediátrica. **Esc Anna Nery** (impr.) 2010 jul/set; 14 (3): 551-559. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a17.pdf>. Acesso em Acesso em: 10 set. 2015.

SOUZA, A. C. C. de.; FILHA, M. J. M. M.; SILVA, L. de. F.; MONTEIRO, A. R. M.; FIALHO, A. V. M. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev. Bras. Enferm.** 2006 nov/dez; 59 (6): 805-807. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a16.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

TEIXEIRA, F. C.; SILVA, R. D. O.; BONA, R. J. O processo de desenvolvimento de uma identidade visual. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação: VIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação da Região Sul. **Intercom**. Passo Fundo/RS, 2007. p.01-14. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sul2007/resumos/r0187-1.pdf >. Acesso em: 05 set. 2015.

VITURI, D. W.; LIMA, S. M.; KUWABARA, C. C. T.; GIL, R. B.; ÉVORA, Y. D. M. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 jul/set; 20 (3): 547-556. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/17.pdf>. Acesso 24 set. 2015.

XAVIER, D. M.; GOMES, G. C.; BARLEM, E. L. D.; ERDMANN, A. L. A família revelando-se como um ser de direitos durante a internação hospitalar da criança. 2013. **Rev. Bras. Enferm**. 2013, nov/dez; 66 (6): 866-872. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/09.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014.

ISSN 2525-8273

SESSÃO PÔSTER

ISSN 2525-8273

Resumo 01
Título: Diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA no Peri operatório dos RNs com diagnóstico de gastrosquise

Autores:
Fernanda Eulésia Pierri Hubert - Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e pediátrica e especialista em Gestão em Pública. Enfermeira assistencial no Hospital de Custódio e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP). Técnica de Enfermagem na UTI Neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão – nandahubert@hotmail.com.

Patrícia Eulésia Pierri Muller – Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e pediátrica e em Enfermagem Cardiovascular. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio de Santa Catariana. Técnica de Enfermagem na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário – UFSC - patriciaeulesia@hotmail.com

Resumo: o termo recém-nascido (RN) foi primeiramente empregado na década de 50, para designar um grupo de bebês, na maioria das vezes prematuros, que apresentam maior possibilidade de manifestar problemas neonatais imediatos e/ou sequelas futuras (PORTO, 2001). O RN de alto risco tem instabilidade fisiológica como decorrência distúrbios congênitos, alteração metabólica, prematuridade, asfixia perinatal e problemas durante a gravidez, precisando de cuidados intensos após o nascimento (TAMEZ; SILVA, 2013). Recentemente, uma das grandes causas de internações em uma UTIN são ainda RNs nascidos com Malformação Congênita. A mais comum destas é a gastrosquise que constitui uma Malformação Congênita caracterizada pelo fechamento incompleto da parede abdominal, que pode ser diagnosticada durante o período gestacional através do procedimento ultrassonografia obstétrico a partir da décima segunda semana de gestação. Esta Malformação não constitui indicação para interrupção da gestação e sim a escolha em relação ao tipo de parto. Preferencialmente, o parto deverá ser realizado em um local que haja boas condições obstétricas, neonatais e com uma equipe de Cirurgia Pediátrica (CIPE) (PATRONI, et.al, 2000). Logo após o nascimento este RN deverá ser submetido à cirurgia para o fechamento da parede abdominal em até 24 horas pós-parto. No entanto, é sabido que a preocupação em sistematizar a assistência tem sido percebida pela Enfermagem há décadas, e uma das ferramentas utilizadas pelos enfermeiros para o planejamento destas atividades é o processo de enfermagem, que Horta (1979) descreveu como a dinâmica das áreas sistematizadas e inter-relacionadas, que visam à assistência ao ser humano. O planejamento e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem adequadas estão associados à prevenção e solução de problemas relacionados ao RN internado em uma UTIN (DUARTE; ELLENSOHN, 2007). Os diagnósticos de enfermagem se tornaram muito frequentes em meados da década de 1990, quando se observa uma preocupação em aperfeiçoar e legitimar os diagnósticos descritos pela Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e em aumentar sua capacidade de generalização e predição. Assim, este estudo tem como objetivo descrever os principais diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório dos RN com diagnóstico de gastrosquise. Dentro deste contexto, a observação e a vivência dessa realidade no decorrer da prática, trazem questionamentos sobre: como se pode melhorar a qualidade dos cuidados realizados no pré e pós-operatório dos RN com diagnóstico de gastrosquise? Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Considerando a relevância da implantação de uma assistência integral e

ISSN 2525-8273

individualizada, voltada às necessidades do paciente durante todas as fases do seu tratamento, é fundamental a realização de estudos voltados à identificação dos diagnósticos de enfermagem em todo o período Peri operatório. A assistência de enfermagem Peri operatória deve ser individualizada, contínua e planejada, compreendendo o paciente em todas as fases, mediante a avaliação do enfermeiro nos períodos pré e pós-operatórios. Esta assistência é de fundamental importância dentro do contexto do atendimento hospitalar. Além dos cuidados de enfermagem que visam promover o conforto e o bem-estar do paciente, o profissional deve ter amplo conhecimento das alterações fisiológicas induzidas pelo ato cirúrgico, estando preparado a detectar precocemente alterações que possam comprometer a evolução do paciente. Assim, foi possível identificar alguns possíveis diagnósticos de enfermagem indicando as características definidoras e fatores relacionados ou fatores de risco da taxonomia de NANDA, apresentados a seguir: Amamentação Interrompida, caracterizado por contraindicações a amamentação, relacionados à Amamentação não exclusiva, Doenças do lactente e Separação mãe lactente; Eliminação Urinaria Prejudicada, relacionado a Dano sensório-motor, Múltiplas causas, caracterizado por Incontinência urinaria; Risco de constipação caracterizado por Fraqueza dos músculos abdominais; Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional caracterizado por Circulação gastrintestinal diminuída, Infecção e Prematuridade; Toca de gases prejudicada relacionado à Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão, caracteriza por Padrão respiratório anormal e Gases sanguíneos arteriais anormais; Padrão do sono prejudicado relacionado à Imobilização, caracterizado por Alteração no padrão do sono; Risco de perfusão gastrintestinal ineficaz, caracterizado por Doença gastrointestinal; Risco de paternidade ou maternidade prejudicada, caracterizado por Atraso no desenvolvimento, Doença, Separação prolongada dos pais; Deglutição prejudicada relacionado à Condição respiratória e Histórico de alimentação por sonda, caracterizado Pega ineficaz e Sucção ineficaz; Risco de choque, caracterizado por Hipóxia, Infecção, Sepse, Hipotensão; Integridade da pele prejudicada relacionado à Agente farmacológicos, Hipertermia, Hipotermia, Alteração no metabolismo, Pressão sobre saliência óssea, caracterizado por Alterações na integralidade da pele; Risco de infecção, caracterizado por Enfermidades crônicas, Procedimentos invasivos; Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente relacionado à Hipersensibilidade oral, Prematuridade, Estado de jejum oral prolongado, caracterizado por Incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração (NANDA, 2015). Desta forma, foram identificados 13 possíveis diagnósticos de enfermagem, focando-se na contribuição destes Diagnósticos de Enfermagem para uma melhor assistência à saúde das crianças que serão submetidas a procedimentos cirúrgicos, diminuindo as complicações e auxiliando na implementação das ações no pré e pós-operatório. Concluiu-se que a fase operatória, diante de sua complexidade, é uma das mais importantes e complicadas experiência para o cliente submetido ao procedimento. Isso ocorre devido aos fatores psicoemocionais e sociais envolvidos, além dos riscos cirúrgicos propriamente ditos. Nas fases operatórias, os diagnósticos de Enfermagem são fatores fundamentais na qualidade da prestação da assistência de Enfermagem. Tão logo, o Enfermeiro tem o papel fundamental na superação das perspectivas terapêuticas através da priorização e individualização da assistência prestada. Neste contexto a Enfermagem é desafiada a oferecer uma assistência com qualidade neste período, envolvendo o preparo do paciente para a cirurgia, os cuidados individualizados, fazendo com que a assistência de enfermagem a ser realizada consiga minimizar qualquer possível desconforto que resulte em consequência destes cuidados prestados. Visto que a adoção do processo de enfermagem como instrumento tecnológico ou modelo metodológico que orienta a

ISSN 2525-8273

prática profissional assume características de prática reflexiva do enfermeiro sobre os significados subjacentes em suas ações com o paciente. Desse modo, oportuniza a mudança de raciocínio, julgamento e de ações, transformando o modo de pensar para uma mudança na prática. A classificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem seguindo uma taxonomia serve para padronizar e nortear as condutas de enfermagem. É válido ressaltar que a taxonomia de classificação de NANDA oferece uma série de escolhas, mantendo a autonomia do enfermeiro na escolha da melhor conduta para o paciente.

Palavras-chaves: Gastrosquise. Recém-nascido. Diagnóstico de enfermagem.

Referências:

DUARTE, A. P. P.; ELLENSOHN, L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Rev. Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v.15, n.4 p. 521-526, out/dez, 2007.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação (2015-2017). 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

PATRONI, et al., Gastrosquise: Avaliação Pré-Natal dos Fatores Prognósticos para Sobrevida Pré-Natal. **RBGO**, v. 22, n. 7, p. 421-428, 2000. Disponível em <www.febrasgo.org.br> Acesso em: 28 de fev. de 2014.

PORTO, M. A. S. **O Prematuro no Ambulatório**: Follow-up do Recém-nascido de Alto risco. In: AZEVEDO, CES; CRUZ, WMFG. Terapêutica em Pediatria. São Paulo: Atheneu, 2001.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal:** Assistência ao recém-nascido de alto risco. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ISSN 2525-8273

Resumo 02
Título: Amar é cuidar: promovendo educação em saúde as gestantes

Autores:
GiseIi Orben – Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans, SC. E-mail: gisele_riof@hotmail.com.
Kassiane Dutra - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans, SC. E-mail: kassidutra@hotmail.com.
Lucas Corrêa Preis - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans, SC. E-mail: lucaspreis@yahoo.com.
Evilásio Barcelos - Enfermeiro obstetra. evilasiobarcelos@hotmail.com.
Greice Lessa - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis/SC. E-mail: greicelessa@hotmail.com.
Jaqueline Caetano - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: jaqueline-gr@hotmail.com.

Resumo: a gestação é um período de mudança na vida, no corpo e na mente de uma mulher, sendo que cada uma vive e desfruta deste momento de forma diferente da outra. O processo de gestação é acompanhado por dúvidas, insegurança e ansiedade e dentre as maneiras de auxiliar a gestante nesse processo de mudanças encontra-se o grupo de gestante, que busca uma troca de experiências entre gestantes/familiares e profissionais de saúde (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011). Além disso, as ações educativas desenvolvidas no grupo de gestante tornam-se uma estratégia, que permite conhecer o universo das mulheres grávidas, a fim de compreender integralmente esse processo (DUARTE; BORGES; ARRUDA, 2011). Sendo assim, as ações educativas desenvolvidas durante a gestação devem incluir além da gestante, familiares e demais pessoas envolvidas nesse processo, buscando compreender o contexto no qual estão inseridos. O enfermeiro tem papel relevante como facilitador para o desenvolvimento desta atenção, contribuindo nos serviços de pré-natal e no preparo da mulher para uma nova percepção sobre a gestação. Ressalta-se que quando a gestante é sensibilizada, ela cuida melhor da sua saúde e colabora com os profissionais, visando melhorar a qualidade da assistência prestada (ALVES et al., 2013). Nesse sentido, esse relato de experiência tem o objetivo de descrever o projeto "Amar é Cuidar" desenvolvido por um dos autores juntamente com uma instituição hospitalar com o objetivo de orientar e preparar as gestantes para viver de forma tranquila, prazerosa e consciente o período da gestação, parto e puerpério estabelecendo uma relação de vínculos entre mãe e bebê. O projeto relatado integra uma parceria entre a instituição hospitalar, secretarias de saúde e equipe multiprofissional da instituição com o objetivo de orientar e preparar as gestantes. Acontece semestralmente geralmente nos meses de maio e novembro na primeira semana de cada mês em um espaço em parceria com a instituição. O convite é entregue às enfermeiras da Estratégia Saúde da Família dos municípios de Braço do Norte, São Ludgero, Grão Pará e Santa Rosa de Lima que distribui para as gestantes durante a consulta de pré-natal. O grupo é aberto às gestantes e companheiros, ressaltando a importância do mesmo no processo da gestação. A participação em cada semestre é em torno de 40 gestantes que na maioria das vezes vem acompanhada. São realizadas palestras com profissionais da saúde dentre eles enfermeiro obstetra, técnico de enfermagem, médico obstetra, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, odontólogo e dentre outros profissionais, abordando temáticas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Conhecimento da estrutura física do centro obstétrico e alojamento conjunto da instituição hospitalar, sendo repassadas informações sobre

ISSN 2525-8273

atendimentos e distribuição de *Kits* (fraldas e roupas de bebê) para os participantes. O projeto surgiu pelo interesse de aproximar cada vez mais as gestantes da instituição hospitalar, proporcionando às mesmas conhecer a estrutura física e a equipe de saúde que lá trabalham. Percebe-se que as gestantes que participam do grupo, ao chegarem à instituição demonstram uma melhor interação com a equipe de saúde, uma vez que tem mais confiança e sentem-se seguras no processo de parto e nascimento. Nesse sentido, se fazem necessárias ações educativas sobre o parto, a fim de dar à mulher informações necessárias para vivenciar o momento do nascimento sem a insegurança que permeia as ações quando se enfrenta algo desconhecido (BRITO et al., 2015). Ressalta-se que o grupo tem o objetivo de orientar sobre o ciclo gravídico puerperal, oportunizar a troca de experiência com interação com o grupo, proporcionando um ambiente dinâmico, onde as mesmas expõem suas vivências, seus medos, suas duvidas promovendo a saúde individual e coletiva das gestantes. A participação no grupo permite que a gestante seja multiplicadora de conhecimentos, tornando uma estratégia relevante na promoção da gestação saudável, parto e nascimento seguro (LIMA, 2013). As palestras abordam as temáticas de orientação quanto às alterações na gravidez, parto, amamentação, direto do acompanhante e cuidados com o recém-nascido, facilitando a escolha de alternativas saudáveis para a vivência do processo do parto e nascimento estabelecendo vínculos entre mãe e recém-nascido. As gestantes que recebem informações no pré-natal a respeito do processo de trabalho de parto sentem-se mais seguras na hora do nascimento do filho, sabendo lidar com a situação em que estão passando não demonstrando resistência as ações que favorecem o trabalho de parto (BRITO et al., 2015). Toda a ação desenvolvida durante o pré-natal, com envolvendo das gestantes interagindo com os profissionais de saúde, se construiu um processo educativo. A partir disso, deve haver o comprometimento de gestantes, profissionais, gestores e sociedade nas ações educativas, a fim de melhor a qualidade da assistência ao pré-natal (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011). O trabalho de natureza grupal, se desenha como mais uma possibilidade para o enfermeiro estabelecer uma inter-relação com sujeitos de diferentes profissões. O grupo de gestante visa contribuir para uma mudança efetiva no processo de cuidar, oferecendo suporte físico e psicológico com informações e orientações de qualidade para que ela possa viver o parto com segurança, satisfação e plenitude. Na convivência grupal há a possibilidade de novos conhecimentos, uma vez que nela são expressos saberes de cada um. A mobilização destas informações permite um melhor entendimento vivido pelo grupo facilitando a adesão a conhecimento revelado, consolidando a capacidade de cada participante em acolher e cuidar de maneira paternal e maternal o filho que está por vir. O projeto é enriquecedor uma vez que liga a instituição hospitalar, a saúde pública e gestante, juntos num mesmo objetivo que é o de melhorar a qualidade da assistência no pré-natal, parto de nascimento para que estes eventos ocorram de maneira satisfatória para ambos. Certamente que, cada vez mais há a necessidade de profissionais da saúde engajados nesse processo.

Palavras chave: Enfermagem. Gravidez. Educação em saúde.

Referências:

ALVES, A.C.P. et al. Aplicação de Tecnologia leve no pré-natal: Um enfoque na percepção das gestantes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, p. 648-653, dez. 2013.

ISSN 2525-8273

BRITO et al., Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. **Rev Rene**. v.16, n.4, p.470-478, jul/ago.2015.

LIMA, S.S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na Estratégia Saúde da Família. **Aquichán** [online]. vol.13, n.2, p. 261-269. Ago. 2013.

SOUZA, V. B.de; ROECKER, S.; MARCON S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], p.199-210. Abr/Jun. 2011. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a06.htm. Acesso em: 28 nov.2015.

ISSN 2525-8273

Resumo 03
Título: Características epidemiológicas de óbitos fetais no estado de Santa Catarina: retrato de uma década

Autores:
Kassiane Dutra – Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: kassidutra@hotmail.com.
Giseli Orben - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: gisele_riof@hotmail.com
Lucas Corrêa Preis - Acadêmico de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: lucaspreis@yahoo.com.
Greice Lessa - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: greicelessa@hotmail.com.
Karla Pickler da Cunha - Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva. UNESC, Criciúma/SC. E-mail: enfermagem@unibave.net.

Resumo: o óbito fetal é definido como morte do produto da concepção, ocorrida antes da sua completa expulsão, independente do tempo de gestação. O diagnóstico de morte fetal ocorre depois da separação do organismo materno, o feto não respira nem mostra qualquer outro sinal de vida, como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos de músculos voluntários (BRASIL, 2009). A mortalidade fetal pode ser dividida em precoce estando relacionada desde a concepção até 20ª semana, intermediária que ocorre entre a 20ª e a 28ª semana de gestação e a tardia que é entre a 28ª semana até o parto (KLEIN et al., 2012). Dentre os principais fatores de risco associados ao óbito fetal foram pré-natal inadequado ou ausente, baixa escolaridade, morbidades maternas e história reprodutiva desfavorável (BARBEIRO et al., 2015). No Brasil, as causas de óbito fetal têm sido pouco estudadas, a respeito de sua relevância na orientação de medidas preventivas em saúde pública. Desta forma, o estudo desse indicador se torna importante para o estabelecimento de políticas de saúde que visem à redução, a fim de melhor alocar os recursos disponíveis (KLEIN et al., 2012). A taxa de mortalidade fetal (TMF) é considerada um dos melhores indicadores de avaliação da qualidade de assistência prestada à gestante e ao parto. A partir disso, se faz necessário avançar na qualificação do cuidado, com ampliação do acesso aos serviços, desde o pré-natal, parto e nascimento, mantendo a continuidade da atenção ao recém-nascido e à puérpera (BRASIL, 2009). Assim, originou-se a seguinte questão norteadora: quais as características epidemiológicas da mortalidade fetal no estado de Santa Catarina? O objetivo deste trabalho será apresentar as características epidemiológicas da mortalidade fetal no estado de Santa Catarina no período de 2005 a 2014. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo, de delineamento ecológico e com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população foi constituída por todos os óbitos fetais, residentes no Estado de Santa Catarina e ocorridos no período de 2005 a 2014. Os dados foram coletados entre os meses de maio e junho de 2016, relativos às seguintes variáveis: ano do óbito, macrorregião de residência, sexo, idade da mãe, escolaridade da mãe, duração da gestação e capitulo CID-10 (causa do óbito). A partir da coleta dos dados, os mesmos foram consolidados e organizados em uma planilha do Programa Microsoft Excel 2010®, sendo elaborados cálculos estatísticos e assim, as estatísticas descritivas das características epidemiológicas dos óbitos

ISSN 2525-8273

fetais no Estado de Santa Catarina. Os dados serão apresentados na forma de valores absolutos, seguidos da porcentagem de representatividade do total de casos. Destaca-se que todos os dados coletados para a execução da pesquisa, são de domínio público e disponível pela rede mundial de computadores. A partir da análise dos dados, percebe-se que no período de 2005 a 2014 no estado de Santa Catarina ocorreram 6639 óbitos fetais. Percebe-se ainda que, a partir do ano de 2009, um aumento progressivo foi registrado, apresentando os seguintes resultados: 2009, 630 óbitos (9,49%), 2010, 633 (9,53%), 2011, 639 (9,62%), 2012, 676 (10,18%), 2013, 759 (11,43%) e 2014, 781 óbitos (11,76%). Analisando os dados através das macrorregiões do estado, os resultados mostraram que a Macrorregião do Vale do Itajaí apresentou os maiores índices de óbitos fetais no período, seguidos da Macrorregião da Grande Florianópolis, representando respectivamente, 977 (14,72%) e 908 (13,68%) óbitos. Os menores casos de óbitos fetais foram registrados na Macrorregião da Serra Catarinense, que no período foi responsável por 396 óbitos, representando 5,96% do total de óbitos. Em relação ao sexo dos casos de óbitos registrados, a maior parte dos casos era de fetos do sexo masculino, com 3085 (46,47%) óbitos. Os casos registrados do sexo feminino totalizaram 2786 (41,96%). Além disso, houve 768 (11,57%) casos em que o sexo foi ignorado, não sendo possível classifica-los em nenhuma variável. De acordo com BARBEIRO (2015) foi estimada a razão de masculinidade de óbitos fetais no Brasil, a razão de masculinidade foi elevada para a maioria das causas básicas, sugerindo vulnerabilidade do sexo masculino. No que diz respeito a idade da mãe, os maiores índices foram registrados cujas mães possuíam idade compreendida entre 20 e 34 anos, representando 3786 (57,03%) casos no período. As mães, cuja idade estava entre 10 e 19 anos ou acima dos 34 anos, representaram no período, respectivamente 984 (14,82%) e 1085 (16,34%) óbitos. Os casos, cuja informação foi ignorada para esta variável de analise, representaram 784 casos (11,81%). Em relação à escolaridade das mães, os maiores índices de óbitos fetais foram encontrados em mães que possuíam 8 ou mais anos de estudo, seguidos de mães com até 7 anos de estudos, representando 2897 (43,64%) e 1973 (29,72%), respectivamente. As mães sem nenhuma instrução, bem como, as que tiveram esta informação ignorada, representaram 266 (4,01%) e 1503 (22,64%), respectivamente. Em contrapartida ao estudo realizado em Porto Alegre sobre a escolaridade materna, as gestantes com menos de oito anos de estudos apresentam um risco maior para o óbito fetal (KLEIN et al., 2012). Tratando-se da variável duração da gestação, a maior parte os óbitos (4700) se deu em fetos cuja duração da gestação se deu em até 36 semanas, representando 70,79% do total de óbitos. As gestações com mais de 37 semanas, representaram 1605 casos (24,18%). Foram registrados ainda, 334 (5,03%) óbitos em que a informação foi ignorada. Em relação às causa dos óbitos fetais registrados, a maior parte delas foram decorrentes de afecções originadas no período perinatal, representando 92,44% do total de óbitos registrados, um total de 6137 óbitos, seguido de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e de doenças infecciosas e parasitárias, representando respectivamente, 483 (7,28%) e 19 (0,29%) óbitos. Em relação ao estudo em Mato Grosso (MT), destacaram-se como causas dos óbitos neonatais, as Afecções originadas no período perinatal, sobressaindo-se os Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal, seguidos dos óbitos por Infecção específica do período perinatal. Com base no estudo, percebe-se que no período de 2005 a 2014 no estado de Santa Catarina ocorreram 6639 óbitos fetais dados relevantes que indicam falta de assistência adequada para as gestantes. Em relação às causas de óbito fetal têm sido pouco estudadas, a respeito ressalta-se a importância da orientação de medidas preventivas em saúde pública.

ISSN 2525-8273

Desta forma, o estudo desse indicador se torna importante para o estabelecimento de políticas de saúde que visem à redução, a fim de melhor adequação dos recursos disponíveis na prevenção e diminuição de dados sobre óbitos fetais.

Palavras Chave: Mortalidade fetal. Epidemiologia. Sistemas de informação.

Referências:

BARBEIRO, F.M.S. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**. v. 49, n.22. 2015. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-0034-89102015049005568.pdf. Acesso em 02 Jun de 2016.

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, p. 96, 2009.

GAIVAI, M. A. M; FUJIMORIII, E; SATO, A. P. S. Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis. **Rev enferm UERJ,** Rio de Janeiro, v. 2, p. 247 a 253, mar/abr. 2015.

KLEIN, C. J. et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n.1, p. 11-16, jan./mar. 2012.

ISSN 2525-8273

Resumo 04

Título: Famílias na escola: cuidando dos adolescentes do ensino médio de uma Instituição Federal do Sul do Brasil[4]

Autores:
Juliana Fernandes da Nóbrega – Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora no Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: julianavf@ifsc.edu.br.
Shirlei Garcia - Assistente Social. Instituto Federal de Santa Catarina.
Zilda de Faveri Vincete Souza - Técnica Administrativa. Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC.
Fernanda Soares Marcondes - Técnica em Assuntos Educacionais. Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC.
Suane Vasques Jardim - Estudante do Curso Superior Tecnológico em Radiologia do Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC.
Cristiane Alvez - Estudante do Curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC.

Resumo: ao enfocarmos a escola e sua comunidade no contexto pós-moderno torna-se imprescindível considerar a família, visto que enquanto unidade, além de ser responsável pelos cuidados e educação de seus membros é também um grupo que necessita do olhar atento dos educadores. Assim, considerando a importância da relação entre família e escola a presente proposição surge pelo interesse de aproximação destas duas unidades, visando criar um espaço de dialogo entre estas, já que ambas são responsáveis pela educação e socialização dos adolescentes sendo essencial que ambas compartilhem experiências, entendam e trabalhem questões que envolvem o seu dia a dia e que procurem alternativas de cuidados aos adolescentes mais afetivos e efetivos. Ferreira (2004) afirma que: "a escola e a família constituem-se nas principais fontes de educação da criança e dos adolescentes; elas possuem corresponsabilidade na formação do indivíduo, sendo assim, não há como dissociar a atuação de uma e de outra", logo, este Projeto de Extensão objetivou "Promover a interação entre família e escola no processo de formação do educando, visando contribuir para o seu desenvolvimento integral". Estas ações foram atreladas ao trabalho desenvolvido pelo do Núcleo de Estudos sobre Sexualidade e Prevenção de Drogas (NESPD) pertencente a uma instituição de ensino do sul do Brasil. A metodologia utilizada consiste na elaboração de oficinas com as famílias dos adolescentes do ensino médio integrado. Foram planejados cinco encontros mediados por debates e reflexões sobre temas relacionados à saúde dos adolescentes, em cada encontro contamos com a participação de aproximadamente 15 pessoas além dos membros no NESPD e alguns servidores, professores e colaboradores. Os temas foram selecionados levando-se em conta as necessidades indicadas pelas famílias no primeiro encontro, e também, os objetivos de trabalho NESPD. As oficinas têm duração aproximada de 3 horas por encontro, sendo que no início e final de cada momento é feito um acolhimento das famílias com oferecimento de um lanche. Muitos dos participantes que estiveram presentes no primeiro momento permaneceram participando dos outros momentos, além de

[4] Trabalho executado com recursos do Edital 01/2016, da Pró-reitoria de extensão e relações externas.

ISSN 2525-8273

novos integrantes que foram se agregando nas oficinas subsequentes. Para motivar a participação e entrosamento das famílias nas oficinas, são utilizadas técnicas como leitura e reflexão de textos, dinâmicas de grupo, teatro, dança, roda de conversa, vídeos e trabalho com imagens e etc. Como princípio norteador dos encontros utilizamos as bases teóricas trazidas por Paulo Freire no sentido de enfatizar que "*ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria produção ou a sua construção*" (FREIRE, 1996; p. 21) superando, desta maneira, o viés da educação vertical que dispõe de uma racionalidade onde somente o profissional detém o conhecimento e as famílias, de forma passiva, recebem as informações transmitidas. Ao final de cada encontro realiza-se uma avaliação da oficina e levantamento de demandas que não foram esgotadas naquele espaço reflexivo. Para registro dos encontros utilizamos fotos e anotações de observações feitas e em seguida realizamos relatório das oficinas e arquivo das listas de presença. O cotidiano escolar observado pela ótica plural e multifacetada da comunidade acadêmica inserida na referida instituição de ensino, e aqui cabe considerar o compartilhando de espaços por grupos muito diversos que transitam em diferentes níveis de educação que vão desde o ensino médio até a pós-graduação revelam a iminência de ações de Promoção à Saúde de estudantes, especialmente, aos adolescentes e jovens. Desta maneira as ações do projeto indicam caminhos metodológicos e teóricos que podem contribuir para promoção da saúde, prevenção de riscos e proteção dos adolescentes e jovens do ensino médio integrado. As famílias pontuam problemáticas como o uso de álcool e outras drogas, o desenvolvimento da sexualidade e o uso inadequado de tecnologias como questões que merecem atenção e cuidado. Neste ínterim, os participantes das oficinas têm oportunidades de compartilhar experiências, trocar conhecimentos e até propor estratégias promotoras de saúde. Os participantes do projeto tem potencial para serem replicadores de reflexões e atitudes – discutidas nos encontros – que trazem subsídios para melhoria da inter-relação familiar e para fortalecimento do vínculo entre a escola e a família. As atividades do projeto obtiveram importante repercussão nas redes sociais com divulgação dos encontros, compartilhamento de textos, vídeos e imagens articuladas às temáticas trabalhadas NESPD. Os mediadores convidados pelo NESPD para contribuir nas oficinas foram profissionais com *expertise* na área da adolescência e que trouxeram relevantes informações e contatos ao grupo. Dentre os pontos fortes do projeto destaca-se a construção de relações afetivas entre as famílias e a escola fundamentais para o cuidado efetivo dos adolescentes e jovens. O momento de acolhimento inicial e final é sem dúvida uma estratégia essencial. Como lacunas podemos pontuar que o trabalho de divulgação ainda precisa se fortalecer para que possamos alcançar um número maior de famílias. A condução dos encontros quando frente a temáticas polêmicas foi desafiadora, sendo que as famílias presentes seguem distintas linhas de pensamento, contudo, os desfechos foram positivos ao considerar que é também nas divergências onde ocorre a aprendizagem e transformação. Os resultados parciais apontam para a importância de um espaço de informação, reflexão e cuidado das famílias proporcionando abordar temas como: "Adolescer na contemporaneidade", "Vícios e dependências" e "Sexualidade" assuntos necessários para a construção e desenvolvimento do ser humano e que pode ser explorado de forma salutar pela escola e pelas famílias colaborando, assim, para educação e saúde de adolescentes e jovens. A presente proposta contribui para Promoção da Saúde na Escola por meio da criação de ambientes e relações mais saudáveis no contexto escolar, especialmente no que se refere a saúde das famílias dos adolescentes.

ISSN 2525-8273

Palavras chaves: Promoção da Saúde. Saúde da família. Adolescentes.

Referências

FERREIRA, F. A. **Escola e Família**: a interação necessária para uma nova proposta educacional. 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: paz e terra, 1996.

ISSN 2525-8273

Resumo 05

Título: Nascidos vivos na região da grande Florianópolis: um estudo epidemiológico no período de 2010 a 2014

Autores:
Lucas Corrêa Preis - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: lucaspreis@yahoo.com.
Greice Lessa - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem - UFSC, Florianópolis/SC. E-mail: greicelessa@hotmail.com.
Kassiane Dutra - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: kassidutra@hotmail.com.
Giseli Orben - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: gisele_riof@hotmail.com.
Jaqueline Caetano – Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: jaqueline-gr@hotmail.com.
Karla Pickler Cunha - Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva - UNESC, Criciúma/SC. E-mail: enfermagem@unibave.net.

Resumo: a construção de perfis epidemiológicos relacionados com as características de natalidade de determinadas regiões do Brasil, são permitidas a partir dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Todas as informações nele contidas possibilitam a apresentação de características tanto de recém-nascidos, bem como, de suas respectivas mães, servindo assim, de subsidio para a avaliação das politicas públicas relacionadas com a saúde da mulher e da criança (GOMES et al., 2006). O uso desses indicadores, além de permitirem a apresentação de dados epidemiológicos, possibilitam a obtenção de dados demográficos, econômicos, políticos e sociais, e assim, permite realizar um levantamento das ações emergentes para uma determinada área, visando a sua priorização para a redução dos índices preocupantes (GUIMARÃES et al., 2014). Assim, considerando-se a importância de se conhecer a realidade epidemiológica, bem como, as condições em que nascem as crianças da Região da Grande Florianópolis, desenvolveu-se tal pesquisa possibilitando o planejamento de novas ações de saúde, bem como, o alinhamento das ações preexistentes no âmbito de saúde local ou regional. Por meio disto, emergiu a seguinte questão norteadora: qual o perfil epidemiológico de nascidos vivos na região da Grande Florianópolis no período de 2010 a 2014? Assim, o objetivo deste trabalho será descrever o perfil epidemiológico de nascidos vivos no período da 2010 a 2014 da Região da Grande Florianópolis. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo, de delineamento ecológico e com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários obtidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população foi constituída por todos os recém-nascidos, residentes na Região da Grande Florianópolis e nascidos no período de 2010 a 2014. Os dados foram coletados entre os meses de maio e junho de 2016, relativos às seguintes variáveis: ano do nascimento, sexo, idade da mãe, instrução da mãe, estado civil da mãe, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto e quantidade de consultas de pré-natal. Para a análise da variável idade da mãe, os resultados serão descritos da seguinte maneira: gestantes com idade até 19 anos, 20 a 34 anos e acima de 35 anos. Para análise da instrução da mãe, serão considerados dados de gestantes sem nenhuma instrução, com até 7 e acima de 8 anos de estudos. Em relação ao estado civil da mãe, serão consideradas gestantes

ISSN 2525-8273

com companheiros e sem companheiros. Os dados de gestantes solteiras, viúvas e separadas judicialmente serão agrupadas como gestantes sem companheiros. Já os dados obtidos nas categorias casadas e em união consensual, serão considerados de gestantes com companheiros. Para análise da duração da gestação, serão consideradas gestações com duração igual ou inferior as 37 semanas e com duração igual ou superior a 38 semanas. Em relação às consultas de pré-natal, serão analisadas por meio de gestantes que realizaram até 6 consultas e gestantes que realizaram 7 ou mais consultas. Finalizada a coleta de dados, os mesmos foram consolidados e organizados em uma planilha do Programa Microsoft Excel 2010®. No presente estudo, os dados serão apresentados na forma de valores absolutos, seguidos da porcentagem de representatividade do total de casos. Destaca-se que todos os dados coletados para a execução da pesquisa, são de domínio público e disponível pela rede mundial de computadores. Concluída a coleta de dados, chegou-se a 70657 nascimentos no período de 2010 a 2014 na região da Grande Florianópolis. Dos 70657 nascimentos, 13306 (18,83%) ocorreram em 2010, 13728 (19,43%) no ano de 2011, 14096 (19,95%) em 2012, 14507 (20,53%) em 2013 e 15020 (21,26%) no ano de 2014. Percebe-se com isso, que entre os anos de 2010 e 2014 houve um aumento progressivo do número de natalidade na região da Grande Florianópolis. Além disso, a maior parte dos nascimentos foi proveniente de recém-nascidos do sexo masculino, com 36233 (51,28%) casos, enquanto que, o sexo feminino esteve presente em 34417 (48,71%) nascimentos. Foram ignorados nesta variável, 7 (0,01%) nascimentos, não sendo possível defini-los como masculinos ou femininos. A predominância de nascidos do sexo masculino comparados com feminino também foram identificados em estudo realizado em Foz do Iguaçu/Paraná, em que o índice de nascidos masculinos variou entre 50,62% a 52,47% entre o período estudado (RODRIGUES; ZAGONEL, 2010). Em relação à idade das mães, a maior parte possuía idade entre 20 e 34 anos, representando 50491 (71,46%) casos do total. As mães, cuja idade era inferior aos 20 anos e superior aos 34 anos, representaram respectivamente 9907 (14,02%) e 10259 (14,52%) casos. No que diz respeito ao grau de instrução da mãe, os dados foram interpretados através de mães sem nenhuma instrução, com até 7 anos de estudo e com mais de 8 anos de estudo. Respectivamente, foram obtidos os seguintes resultados, 112 (0,16%), 17144 (24,26%) e 52901 (74,87%). Os dados com a informação ignorada representaram o total de 500 (0,71%) casos. Tratando-se do estado civil das mães, a maior parte delas possuem companheiros representando 37734 (54,40%) casos, enquanto que, 32204 (45,58%) não possuem companheiros. Além disso, ainda foram encontrados 719 (1,02%) nascimentos em que esta informação foi ignorada. Diferentemente deste estudo, no munícipio de Aracaju, os resultados mostraram alguns dados divergentes. Também foi encontrado um predomínio de gestantes com faixa etária entre 20 e 34 anos (72,14%), corroborando-se com nossos achados. Porém, a maior parte das gestantes no referido estudo eram solteiras, representando 70,38% do total de nascimentos, seguido de mulheres casadas (CRAVO; OLIVEIRA, 2012). Em relação à duração das gestações no período estudado, a maior parte dos nascimentos foi proveniente de gestação cuja duração foi maior que 37 semanas, representando 63357 (89,67%) casos. Os recém-nascidos de gestações com menos de 37 semanas de duração, representaram 6626 (9,38%) nascimentos. Os casos com esta variável ignorada representaram 674 (0,95%) nascimentos. No que diz respeito ao tipo de gravidez e ao tipo de parto, a maior parte dos nascimentos foram provenientes de gravidez do tipo única (97,54%) e de parto do tipo cesáreo (54,60%). O parto do tipo vaginal representou neste estudo, 45,26% do total de nascimentos. Em relação à quantidade de consultas de pré-natal, o total de 46101 (65,25%) nascidos

ISSN 2525-8273

receberam até 6 consultas de pré-natal. A quantidade de 7 ou mais consultas de pré-natal estiveram presentes em 23334 (33,02%) nascimentos. Além disso, foi registrado ainda um total de 1222 (1,73%) nascimentos, em que a quantidade de consultas de pré-natal foi ignorada ou não informada. Os dados corroboram com informações coletadas sobre número de consultas de pré-natal no Brasil no ano de 2012, que revelam que de três a cada quatro nascimentos são realizados os números mínimos de consultas de pré-natal, com maior índice na região Sudeste e Sul do país (83%) e no Norte (57%) e no Nordeste (67%) (BRASIL, 2014). A partir do estudo, pode se concluir que as características epidemiológicas de nascidos vivos apresentaram-se da seguinte maneira: aumento progressivo de natalidade entre os anos estudados, predomínio de nascimentos do sexo masculino e de parto cesário, de mães com idade entre 20 e 34 anos e com mais de oito anos de estudos. Além disso, a maior parte das gestantes possuíam companheiros, realizaram até seis consultas de pré-natal, sendo a sua primeira gestação e com duração maior que 37 semanas.

Palavras Chaves: Nascimento vivo. Epidemiologia. Sistemas de informação.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf>. Acesso em: 27 jun 2016.

CRAVO, E. O.; OLIVEIRA, J. V. R. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju - Sergipe, Brasil. **Ideias & Inovação**, v. 1, n. 1, p. 9-17, 2012.

GOMES, K. R. O. et al. Qualidade do dado referente à idade gestacional no sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC) em Teresina-PI. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30 n. 2, p. 238-247, 2006.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. O contexto organizacional do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos segundo profissionais de saúde do nível municipal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 14, n. 2, p. 165-172, 2014.

RODRIGUES, K. S. F.; ZAGONEL, I. P. S. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 534-542, 2010.

ISSN 2525-8273

Resumo 06:

Título: Os avanços do lúdico e do brincar na promoção da saúde: a higiene corporal em crianças da pré-escola

Autores:
Camila Vicente - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: camilavicente.enf@gmail.com.
Schirley de Espindola - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: - schirley_1995@hotmail.com.
Amanda Richartz - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: amandarichartz1995@hotmail.com.
Ana Izabel Jatobá de Souza – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. Membro do Laboratório de Pesquisa e Tecnologia na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA. E-mail: aijsenf@gmail.com.

Resumo: o projeto de educação consiste em ações da enfermagem diante a uma determinada população por meio da educação em saúde, sendo possível atingir um grande número de pessoas para que alcancem seu bem-estar físico, psíquico e social, promovendo a saúde e prevenindo doenças e agravos (NOGUEIRA, 2010). O projeto de educação em saúde junto com a proposta do Programa de Saúde na Escola (PSE) do Ministério da Saúde (MS), uma Unidade Básica de Saúde da grande Florianópolis e a 6ª fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), durante o segundo semestre de 2015, propuseram que os quatro acadêmicos do grupo de atividade teórico-práticas e a professora orientadora realizassem uma atividade com crianças de 4 a 5 anos de idade que frequentassem uma creche selecionada da mesma região, para que abordassem o tema "Cuidado Corporal", dando enfoque na higienização pessoal. A higiene afeta várias dimensões do ser humano, entre elas o conforto, o bem-estar físico e emocional, e a segurança (PRADO et al., 2013). Temos necessidade de higienização em todas as fases da vida, todavia a forma como a questão da higiene corporal é tratada vai depender da faixa etária correspondente (PRADO et al., 2013). As crianças, por exemplo, desenvolvem seus conhecimentos e adquirem seus hábitos de higiene com a família e principalmente na escola, tornando este um local propício para que o reforce a importância destes atos, como por exemplo, o banho, a lavagem das mãos e a higiene oral (PRADO et al., 2013). Os objetivos gerais do projeto envolvem a promoção a saúde e a prevenção de doenças ou agravos, tendo como específicos abordar a temática do cuidado corporal, focando na higienização; desenvolver raciocínio lógico e crítico; reforçar a forma correta da realização da lavagem das mãos, higiene oral, do ouvido e nariz, banho, limpeza das unhas, higiene íntima e cuidados com o cabelo; reconhecer a importância da realização dessas ações no cotidiano; estimular a memória e desenvolver a capacidade de observação e concentração; e estimular o espirito de equipe e a interação em grupo. Trata-se de um estudo, com abordagem qualitativa, caracterizado como relato de experiência, utilizando como proposta o PSE, um programa do MS para auxiliar sua realização. A realização de projetos de educação em saúde é uma atividade

ISSN 2525-8273

bastante importante na prática, o PSE é uma política intersetorial da saúde e da educação, instituído em 2007, visando à integração e articulação permanente da educação e da saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida das crianças, adolescentes, jovens e adultos (BRASIL 2015). A escola é a área institucional do encontro da educação e da saúde, criando um espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma educação integral que é considerado um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar; juntamente com a saúde que envolve a prevenção de doenças, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos (BRASIL 2015). Desta forma, para o alcance dos objetivos na creche, inicialmente, as crianças junto com os dois auxiliares de turma foram posicionadas na forma de semicírcula em dois tapetes, para que então, pudesse ser realizado uma apresentação dos integrantes, explicação da atividade que seria realizada e a abordagem inicial sobre higiene para o cuidado de si através da passagem de três vídeos sobre banho, higiene oral e lavagem das mãos. Ao término destes, foram chamados para entrar em cena pelas crianças as palhaças "Limpinha" e a "Sujinha", realizadas por duas acadêmicas que propuseram a montagem de uma Maleta da Higiene, juntamente com os mesmos, a fim de ensinar a palhaça "Sujinha" os hábitos adequados de higiene abordando quais são os objetos utilizados para esta finalidade e qual a sua importância. Nesta ação foram mostradas pela palhaça "Limpinha" imagens de objetos de higiene concomitantemente a outros diversos utensílios do cotidiano sem relação ao tema. Ao final desta dinâmica, as mesmas entregaram a maleta para a palhaça "Sujinha" que foi a banheiro se limpar utilizando as orientações realizadas pelas crianças no momento da entrega. Para fixar o conteúdo abordado foram utilizados dois jogos: um tabuleiro e um jogo da memória, elaborados pelos acadêmicos, dividindo a turma em dois grupos para que cada pré-escolar tivesse a oportunidade de participar ao menos de um dos jogos, reforçando os hábitos de boa higiene no decorrer da atividade. Finalizando-a, os professores levaram as crianças para o parque e então foi entregue a maleta da higiene, o jogo da memória e o tabuleiro, juntamente com o manual de instruções para a escola, a fim de poder trabalhar com o tema também nas outras turmas e em outros momentos. O projeto teve duração de aproximadamente 1h15min, atingindo 18 crianças entre 4 e 5 anos, ocorrendo interação com as crianças desde o início, sendo visível a receptividade e o conhecimento que elas já possuíam, fazendo com que estas memorizassem e aprofundassem o assunto. Através das dinâmicas estabelecidas foi possível abordar a temática escolhida, percebendo o sucesso na estimulação da concentração, da memória, do raciocínio lógico e crítico, como também reforçar a importância da lavagem das mãos, higiene oral, higiene do ouvido e nariz, banho, limpeza das unhas, higiene íntima e cuidados com o cabelo para manter uma vida mais saudável. A realização de projetos de educação em saúde, principalmente voltados a atenção básica de saúde, é uma das funções do enfermeiro em sua atividade profissional que pode ser realizada utilizando as políticas públicas de saúde, como o PSE, sendo muito importante esta experiência como estudantes, a fim de terem um crescimento e experiência profissional. Assim, desenvolveu-se o aprendizado e o crescimento através das habilidades de comunicação e abordagem com as crianças no ambiente escolar, mantendo-as atentas, utilizando o lúdico e o brincar com diversos recursos como os vídeos, o personagem palhaço e também os jogos educativos que fizeram com que as crianças interagissem, ficassem atentas e absorvessem o conteúdo de forma dinâmica, mostrando a importância dessa metodologia para atingir a promoção da saúde e prevenção de agravos ou doenças, reforçando os conteúdos teóricos já obtidos.

ISSN 2525-8273

Palavras chave: Promoção da Saúde. Lúdico. Enfermagem.

Referências:

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde nas Escolas.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/programas-e-acoes?id=14578:programa-saude-nas-escolas>. Acesso em: 19 set. 2015.

NOGUEIRA, R. P. Enfermagem Promovendo Educação em Saúde no Contexto Rural. **Revista em Extensão,** Uberlândia, v. 9, n. 2, p. 101-107, 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/viewFile/20697/11011>. Acesso em: 26 set. 2015.

PRADO, M. L. do et al. Cuidado Corporal ao Ser Humano, Conforto Físico, Sono e Repouso. In: PRADO, M. L. do; GELBCKE, F. **Fundamentos para o Cuidado Profissional de Enfermagem.** 3ª. ed. Florianópolis: Progressiva, 2013, cap. 9, p. 443-484.

ISSN 2525-8273

Resumo 07:
Título: A sustentável leveza do teatro no cotidiano da promoção da saúde escolar: a enfermagem prevenindo a obesidade infantil e sobrepeso

Autores:
Camila Vicente - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: camilavicente.enf@gmail.com.
Schirley de Espindola - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: schirley_1995@hotmail.com.
Amanda Richartz - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: amandarichartz1995@hotmail.com.
Rosane Gonçalves Nitschke – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. Membro do NUPEQUISFAM/UFSC. E-mail: rosanenitschke@gmail.com.
Maria do Horto Fontoura Cartana – Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora aposentada do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: hortofc@gmail.com.

Resumo: o cotidiano contemporâneo mostra muitos avanços, mas também grandes desafios nos diferentes cenários de cuidado da criança, adolescente e família. A obesidade infantil e sobrepeso tem sido considerado grandes problemas de saúde na contemporaneidade, caracterizados como epidemia mundial. A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso) destaca que 75 milhões de crianças podem desenvolver sobrepeso e obesidade no mundo até 2025 (ABESO, 2014). No Brasil, 51% da população estão acima do peso ideal (BRASIL, 2014). Em Florianópolis, entre 2007 e 2009, nos dados da Secretaria Municipal de Saúde, 26,8% das crianças apresentam risco de sobrepeso ou obesidade, sendo que estes aumentam nas férias, mostrando necessidade de alertar crianças, adolescentes e famílias, quanto ao seu cotidiano (FLORIANÓPOLIS, 2012). Ou seja, "*sua maneira de viver, expresso por interações, crenças e valores, vão delineando seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital*" (NITSCHKE, 2007, p.24). Uma possibilidade para diminuir estes índices, segundo ABESO (2014), é investir na educação nutricional nas escolas. A enfermagem vem contribuindo, comprometendo-se com a Promoção da Saúde dentro do cenário escolar (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014). Em 2007, um Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Obesidade Infantil: um problema do presente com olhares para o futuro - promovendo o ser e a família saudável no quotidiano junto à enfermagem" realizaram oficinas com linguagem circense e teatral, junto às crianças e famílias de um Núcleo de Educação Infantil (NEI), trazendo contribuições para o *Projeto Floripa Saudável* 2040, identificando o significado da obesidade infantil e a relação com o cotidiano. Em 2013, realizou-se no mesmo cenário um projeto de educação em saúde desenvolvido ao longo de duas disciplinas curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, denominadas O Processo de Viver Humano I – Sociedade, Ambiente e Saúde, na 1ª fase e O Processo de Viver Humano II – As Práticas de Saúde, na 2ª fase, em conjunto com a Unidade Básica em Saúde (UBS) colaborando com o Programa de Saúde na Escola (PSE), Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e com o *Projeto Floripa Saudável* 2040. Esta atividade teve por

ISSN 2525-8273

finalidade reforçar hábitos de alimentação e higiene saudáveis (FLORIANÓPOLIS, 2012) abordando o assunto de forma lúdica, visando diminuir índices de doenças crônicas no futuro partindo do pressuposto de *que educando crianças de hoje, promove saúde e previnem-se doenças nos adultos de amanhã.* Assim, tem-se o objetivo de refletir sobre esta experiência de aprender-ensinar-cuidar-educar junto a pré-escolares, adotando-se a "estratégia do teatro" no cotidiano da Promoção da Saúde. Trata-se de um estudo, com abordagem qualitativa, caracterizado como relato de experiência, tendo sua reflexão fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, destacando os pressupostos teóricos da sensibilidade de Michel Maffesoli como: crítica ao dualismo, forma, sensibilidade relativista, pesquisa estilística e o pensamento libertário (MAFFESOLI, 2010). A atividade ocorreu em um Núcleo de Educação Infantil de Florianópolis, com crianças de um a seis anos de idade, junto às professoras, envolvendo momentos: Conhecendo o Cotidiano; Definição da Situação e das Necessidades; Propondo e Realizando o Cuidado-Educação; Repensando o Cuidado-Educação e o Cotidiano, inspirando-se no PROCEQUIS (TEIXEIRA; NITSCHKE, 2008; GASTALDON; MARTINS; POLTRONIÉRL, 2007). Conhecendo o cotidiano, deu-se através de estudos e práticas de campo nas disciplinas, para o conhecimento da realidade da comunidade e NEI, envolvendo fundamentos teóricos de epidemiologia, antropologia aplicada a Saúde, educação em Saúde e práticas de Enfermagem, a fim de planejar, executar e avaliar um projeto de educação em saúde. Definiu-se a necessidade de realizar a atividade que contemplasse o problema da obesidade infantil e sobrepeso, optando-se pela estratégia do teatro interativo. Propôs-se o uso de imagens de frutas e materiais de higiene pessoal, com músicas sobre alimentação e higiene, provocando aprendizagem ao distinguir alimentos saudáveis e melhores hábitos de higiene, daqueles prejudiciais. O enredo da peça teatral foi baseado em duas personagens principais: Chapeuzinho Vermelho e Princesa, contando a história de duas amigas que estão com fome e decidem montar uma salada de frutas. Durante a realização da encenação, frutas "carregavam informações" sobre a sua importância à saúde, principalmente as frutas mais comuns no cotidiano das crianças como maçã, banana, uva e laranja. Seguindo, Personagens Super-Heróis invadiram a cena e incentivaram as crianças a lavarem as mãos e escovarem os dentes, utilizando músicas como forma de incentivar a participação, integração e melhor entendimento. Repensou-se a Experiência e o Cotidiano junto às crianças, desenvolvendo duas atividades: pintura das frutas com os benefícios e um painel expositivo sobre *alimentos saudáveis* e *não saudáveis*. As crianças de 1 a 4 anos fizeram atividades de pintura podendo ser entregue aos pais, buscando despertar reflexões com as famílias, ressaltando o aumento de sobrepeso e obesidade durante as férias que é o período onde as crianças passam mais tempo com seus responsáveis. Já as crianças de 5 a 6 anos realizaram a montagem do painel com imagens de alimentos, categorizando-os: "alimentos saudáveis" e "não saudáveis", respeitando seus conhecimentos e considerando os aspectos éticos trazidos na Resolução 486 de 2012. A atividade teve duração de aproximadamente três horas, abrangendo 40 crianças. Percebemos uma timidez inicial na primeira música. Entretanto, a partir da segunda se animaram, levantando, cantando e dançando junto com as frutas, aumentando a expressão de afetividade entre os participantes, percebendo um forte entrosamento. As crianças possuíam conhecimento prévio, mas o teatro e posterior repensar contribuíram para diminuir equívocos, pois eram novamente problematizados, colaborando para distinção dos "alimentos saudáveis", "não saudáveis" e "preferidos". A partir do alcance dos objetivos, percebe-se a importância de estratégias lúdicas que expressam por si só, conforme Maffesoli (2010) a crítica ao dualismo esquemático, quando integra a razão e sensibilidade,

ISSN 2525-8273

trazidos pelo desenho e música; forma e pesquisa estilística, adotando a linguagem do teatro, através do conteúdo cotidiano das crianças e suas famílias, enfatizando a alegria e felicidade, finalmente trazidas na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014); sensibilidade relativista, quando o diálogo integra a duplicidade e ambivalência do viver (saudável/não saudável-benéfico/prejudicial-saúde/doença); problematizando e repensando, expresso pelo pensamento libertário. Destaca-se a integração vivenciada entre o ensinar-aprender-cuidar-educar-pesquisar, visto que muito se aprende com as crianças, e que o cuidado, educação e pesquisar também estão sempre entrelaçados. A estratégia do teatro como uma tecnologia leve (MERHY, 2002) precisa ser integrada no cotidiano da educação em saúde, pois desenvolve habilidades individuais e fortalece a participação coletiva, enquanto, cria ambientes favoráveis, dando subsídios para reorientar práticas de cuidado e serviços de saúde, colaborando para efetivação de políticas públicas, contribuindo para a prevenção de doenças e promoção da saúde. A experiência de adotar, no dia a dia da Enfermagem Escolar, a estratégia do teatro como uma tecnologia leve na educação e no cuidado em saúde, reforçou a contribuição para a promoção da saúde no cotidiano do pré-escolar, especialmente na prevenção da obesidade infantil e sobrepeso. Mergulhar no cotidiano das crianças e suas famílias colabora para uma aprendizagem significativa. O lúdico toca na essência do ser humano e criança, considerando sua integralidade, visto que respeita sua razão e sensibilidade, possibilitando o afeto, o despertar do pensamento libertário como o caminho de educar-se com o outro, ressignificando sua maneira de viver para um encontro com o ser saudável.

Palavras Chaves: Promoção da saúde. Cotidiano. Imaginário. Enfermagem.

Referências:

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Obesidade infantil pode atingir 75 milhões em 10 anos**. São Paulo, 2014. Disponível em: < http://www.abeso.org.br/noticia/obesidade-infantil-pode-atingir-75-milhoes-em-10-anos>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Obesidade Atinge mais da Metade da População Brasileira, Aponta Estudo.** Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/08/obesidade-atinge-mais-da-metade-da-populacao-brasileira-aponta-estudo> Acesso em: 11 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da portaria MS/GM nº687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

GASTALDON, B.; MARTINS, J. C.; POLTRONIÉRL, K. V. **Obesidade Infantil:** um problema do presente com olhares para o futuro - promovendo o ser e a família

ISSN 2525-8273

saudável no quotidiano junto à enfermagem. 175 p. Trabalho de Conclusão de Curso, Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretária Municipal de Saúde. **1ª Edição do Prêmio de Boas Práticas em Saúde de Florianópolis: caminhos para uma transição governamental adequada**. 1. ed. Florianópolis: PMF, 2012, p. 1-10. Disponível em: <http://docplayer.com.br/14772158-Floripa-saudavel-2040-impacto-do-monitoramento-e-da-educacao-em-saude-nos-indicadores-nutricionais-de-criancas-de-2-a-6-anos.html>. Acesso em: 31 maio 2016.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva.** Porto Alegre: Sulina; 2010, p. 295.

MERHY, E. **Agir em saúde:** um desafio público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
NITSCHKE, R. G. Pensando o Nosso Quotidiano Contemporâneo e a Promoção de Famílias Saudáveis. **Revista Ciência e Cuidado Saúde**. Maringá, v. 06, supl. 01, p.24, 2007.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G. Modelo de Cuidar em Enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 17, p. 183-191, 2008.

ISSN 2525-8273

Resumo 08:

Título: Mortalidade infantil: características epidemiológicas da região da grande Florianópolis (2010 a 2014)

Autores:
Lucas Corrêa Preis - Acadêmico de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans, SC. E-mail: lucaspreis@yahoo.com.
Greice Lessa - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem - UFSC, Florianópolis/SC. E-mail: greicelessa@hotmail.com.
Kassiane Dutra - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: kassidutra@hotmail.com.
Giseli Orben – Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: gisele_riof@hotmail.com.
Jaqueline Caetano - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: jaqueline-gr@hotmail.com.
Aline Lemos Marciano - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: alineadriely.m@gmail.com.

Resumo: o termo mortalidade infantil é utilizado atualmente para designar todos os óbitos ocorridos de crianças menores de 1 ano, sendo que, a sua redução ainda se configura como um grande desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2011). O seu índice é determinado por fatores biológicos, socioeconômicos, disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde a disposição da população em cada região, diminuição da taxa de fecundidade, melhoria das condições nutricionais da população, bem como, melhoria das condições educacionais, sendo que, estes fatores quando associados, favorecerão a redução dos índices de mortalidade infantil (SANTANA et al., 2011). Representa atualmente um problema de saúde pública e todos os países possuem como meta a sua redução. O Brasil, nas últimas décadas vem apresentando dados decrescentes em função das últimas políticas públicas lançadas: o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil, a Agenda de compromissos para atenção integral da criança e redução da mortalidade infantil e a Rede Cegonha (CARVALHO et al., 2015). Assim, originou-se a seguinte questão norteadora: quais as características epidemiológicas da mortalidade infantil na região da Grande Florianópolis? Assim, o objetivo deste trabalho será apresentar as características epidemiológicas da mortalidade infantil na região da Grande Florianópolis no período de 2010 a 2014. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e não probabilístico, com abordagem quantitativa, realizado com dados secundários obtidos nos sistemas de informação on-line do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Os dados foram localizados no site da instituição, no Sistema TABNET, no item mortalidade, no período de 2010 a 2014, utilizando-se todas as causas de morte. Destaca-se que os dados são de domínio público, com acesso disponível pela rede mundial de computadores. A população amostra deste estudo foi constituída por todos os óbitos infantis ocorridos no período de 2010 a 2014 da população residente na Região da Grande Florianópolis. Foram coletados dados do sistema informatizado TABNET, entre os meses de maio e junho de 2016, relativos às seguintes variáveis: região de residência, ano do óbito, sexo, faixa etária, idade da mãe, duração da gestação, peso ao nascer e a realização ou não da investigação do óbito. Os dados foram consolidados em uma planilha do Programa Microsoft Excel 2010®.

ISSN 2525-8273

Finalizada a coleta de dados, chegou-se a 626 óbitos infantis no período de 2010 a 2014, representando em 125 (19,97%), 132 (21,09%), 123 (19,65%), 113 (18,05%) e 133 (21,25%), respectivamente em 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014, predominando o número de óbitos masculinos, com 347 (55,43%) casos, femininos 275 (43,93%) e ignorados, 4 (0,64%) óbitos. Em relação ao peso ao nascer, a maior parte dos óbitos infantis registrados foram de crianças que já nasceram com baixo peso, entre 500 e 999g, com 202 (32,27%) casos, seguidos de crianças com peso entre 1500 a 2499g, com 105 (16,77%) e seguidos de crianças com peso entre 3000 a 3999g, com 94 (15,02%) casos. Os demais pesos, sendo, menos de 500g, 1000 a 1499g, 2500 a 2999g, igual ou superior a 4000g, bem como, os casos com a informação ignorada, representaram respectivamente, 15 (2,40%), 77 (12,30%), 67 (10,70%), 11 (1,76%) e 55 (11,79%). No que diz respeito à faixa etária dos óbitos infantis, os maiores índices foram encontrados em crianças que tiverem até seis dias de vida, com 312 (49,84%) casos, seguidos de crianças que sobreviveram entre 28 e 364 dias, com 209 (33,39%) casos registrados no período. Os casos com faixa etária entre 7 e 27 dias de vida, registraram 105 (16,77%) óbitos. Em estudo realizado com o objetivo de analisar o perfil da mortalidade infantil de residentes em Ribeirão Preto - SP no período de 2009 a 2013, os maiores índices de óbitos encontrados eram de crianças que nasceram com pesos abaixo de 2500g, caracterizados por baixo peso aos nascer, representando 68,90% do total de mortes no estudo. O mesmo estudo, ainda trouxe dados que se assemelharam quando se analisa o tempo de vida das crianças. Em Ribeirão Preto, a maior parte dos óbitos foram de crianças com tempo de vida igual ou inferior a 6 dias, seguidos de crianças com tempo de vida entre 28 e 364 dias. Os mesmos dados foram encontrados na análise dos dados obtidos na Região da Grande Florianópolis (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2011). Em relação à idade da mãe, o maior índice de óbitos infantis foi encontrado cujas mães possuíam entre 20 e 34 anos de idade, com 348 (55,59%) casos, seguidos de mães jovens com idade entre 10 e 19 anos, com 126 (20,13%). As mães com 35 ou mais anos de idade representaram neste período um total de 100 casos (15,97%). Além disso, ainda foram registrados no sistema 52 casos, em que a informação foi ignorada. Em relação à duração da gestação, o maior número de óbitos infantis foi de gestações cuja duração ficou entre 22 e 27 semanas, com 180 (28,75%) casos, seguido de gestações duração de 28 a 36 semanas, com 171 (27,32%). As gestações cuja duração foi superior a 37 semanas e as inferiores a 23 semanas, representaram respectivamente, 165 (26,36%) e 23 (3,67%) casos. Os casos em que a informação foi ignorada representaram um total de 87 (13,90%) casos. Estudo realizado em Recife mostrou-se com resultados que se assemelharam com os dados da Região da Grande Florianópolis. No referido estudo, os óbitos predominantes eram de mães jovens, com idade entre 20 e 35 anos, representando (68,42%) do total. Os mesmos dados corroboraram-se quando analisada a duração da gestação nos estudos. Os maiores índices foram decorrentes de gestações com duração inferior as 37 semanas, representando 68,34% do total no estudo realizado (ROCHA et al., 2011). O total de 626 óbitos infantis divide-se em 12 causas diferentes ao longo dos cinco anos analisados. O maior índice de óbitos foi decorrente de afecções originadas no período perinatal, representando mais da metade do total de mortes, com 348 (55,59%) casos. O segundo maior índice foi decorrente de óbitos causados por conta do desenvolvimento de malformações congênitas ou deformidades e anomalias cromossômicas, seguido de doenças do aparelho respiratório, representando respectivamente, 187 (29,87%) e 33 (5,27%) casos. Em relação à investigação dos óbitos ocorridos neste período, apenas 525 (83,87%) foram investigados, enquanto que os demais, no total de 101 (16,13%) não houve a investigação da causa que levaram aos óbitos. A partir dos dados analisados, pode-

ISSN 2525-8273

se concluir que o índice de mortalidade infantil na Região da Grande Florianópolis variou de 19,97% para 21,25% do ano de 2010 a 2014, representando um aumento do índice de mortalidade infantil. Os maiores índices de morte eram de crianças que nasceram com baixo peso, de nascimento prematuro, que tiveram até seis dias de vida e de mães com idade entre 20 e 34 anos. Além disso, o estudo representou que a maior parte dos óbitos ocorridos foi decorrente de afecções originadas no período perinatal.

Palavras chave: Mortalidade Infantil. Epidemiologia. Sistemas de Informação.

Referências:

CARETI, C. M.; SCARPELINI, A. H. P.; FURTADO, M. C. C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 2, p. 352-60, 2014.

CARVALHO, R. A. S. et al. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 49, v. 5, p. 01-9, 2015.

ROCHA, R. et al. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 114-20, 2011.

SANTANA, I. P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul Enferm**., v. 24, n. 4, p. 556-62, 2011.

ISSN 2525-8273

Resumo 09:

Título: Aspectos epidemiológicos de anomalias congênitas na região da grande Florianópolis: um estudo no período de 2005 a 2014

Autores:
Lucas Corrêa Preis – Acadêmico de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: lucaspreis@yahoo.com.
Kassiane Dutra – Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: kassidutra@hotmail.com.
Giseli Orben - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail:gisele_riof@hotmail.com.
Jaqueline Caetano - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail:jaquelinegr@hotmail.com.
Aline Lemos Marciano - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: alineadriely.m@gmail.com.
Greice Lessa - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem - UFSC, Florianópolis/SC. E-mail: greicelessa@hotmail.com.

Resumo: consideradas qualquer defeito funcional ou estrutural que se apresenta no momento do nascimento ou em etapas mais avançadas da vida, as anomalias congênitas podem provocar pequenos defeitos assimétricos como também, maiores comprometimentos estéticos e estruturais, sendo que, em poucos casos sabe-se o evento que desencadeou tal anormalidade (BRITO et al., 2010). O acompanhamento da gestação através do pré-natal permite que a maioria das doenças da gestação e do feto seja diagnosticada precocemente, e assim, ofertar um tratamento paliativo ou definitivo, buscando diminuir a morbidade ou a mortalidade fetal (ARRUDA; AMORIM; SOUZA, 2008). Estudos mostram que as malformações congênitas atingem aproximadamente 3% dos nascidos vivos em nível nacional, podendo manifestar-se em todos os órgãos e sistemas. Toda a população esta exposta aos riscos do desenvolvimento de algum tipo de malformação, porém, a sua frequência e tipo varia com a raça, estilo de vida, condições socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde, bem como, a educação da própria gestante (PINTO; NASCIMENTO, 2007). No Brasil, existe uma escassez de informações relativas às anomalias congênitas, principalmente quando se trata de dados epidemiológicos, sócio demográficos e estatísticos (MELO et al., 2010). Baseando-se neste cenário, originou-se a seguinte questão norteadora: quais os aspectos epidemiológicos de anomalias congênitas na região da grande Florianópolis no período de 2005 a 2014? Assim, o objetivo deste trabalho será apresentar os aspectos epidemiológicos de anomalias congênitas no período de 2005 a 2014 da Região da Grande Florianópolis. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo, de delineamento ecológico e com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários obtidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população foi constituída por todos os recém-nascidos, residentes na Região da Grande Florianópolis e nascidos no período de 2005 a 2014. Os dados foram coletados entre os meses de maio e junho de 2016, relativos às seguintes variáveis: ano do nascimento, sexo, quantidade de consultas de pré-natal, tipo de gravidez, idade da mãe, instrução da mãe, presença e tipo de anomalia congênita apresentada ao nascer. A partir da coleta dos dados, os mesmos foram consolidados e organizados em uma planilha do Programa Microsoft Excel 2010®, sendo elaborados cálculos estatísticos e assim, as estatísticas descritivas do perfil de

ISSN 2525-8273

anomalias congênitas na região estudada. Os dados serão apresentados na forma de valores absolutos, seguidos da porcentagem de representatividade do total de casos. Destaca-se que todos os dados coletados para a execução da pesquisa, são de domínio público e disponível pela rede mundial de computadores. Concluída a coleta de dados, chegou-se a 134162 nascimentos no período de 2004 a 2013 na região da Grande Florianópolis. Dos 134.162 nascimentos, 1.458 (1,09%) nascimentos apresentaram algum tipo de anormalidade congênita ao nascerem, 944 (0,70%) nascimentos tiveram esta informação ignorada, não sendo possível defini-los se apresentam ou não algum tipo de anormalidade congênita e o restante, no total de 131.760 (98,21%) nascimentos, não apresentaram nenhum tipo de anomalia congênita ao nascer. Percebeu-se ainda, que os maiores índices de nascimentos com anormalidades congênitas foram encontrados nos anos de 2014, 2013 e 2011, representando respectivamente, 247 (16,94%), 190 (13,03%) e 189 (12,96%). Em relação ao sexo da criança, o maior número de casos se deu em crianças do sexo masculino, com 915 (62,76%) casos, seguido de crianças do sexo feminino com 534 (36,63%) casos. Em relação à quantidade de consultas de pré-natal, do total de 1458 nascimentos, em 25 (1,71%) casos não foi realizada nenhuma consulta de pré-natal, em 521 casos (35,73%) as mães haviam realizado entre uma e seis consultas de pré-natal. Em mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, 878 (60,22%) das gestações resultaram em alguma anormalidade congênita no recém-nascido. Além disso, na análise desta variável ainda foram registrados 34 (2,33%) casos em que a informação foi ignorada. Estudo realizado em Maringá (PR), também apresentou que a maior parte dos nascidos vivos com anomalias congênitas foi do sexo masculino e filhos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, apresentando dados que se assemelham nesta variável (MELO et al., 2010). Em relação ao tipo de gravidez, 1397 (95,82%) casos de anormalidades congênitas foram de gestações do tipo únicas, seguido de gestações do tipo dupla, com 57 (3,91%) casos. Os menores índices foram encontrados em gravidez do tipo tripla ou mais e em casos em que a informação foi ignorada, representando 2 (0,14%) casos em cada uma delas. No que diz respeito à idade da mãe, a maior parte dos casos foram encontrados em mães cuja idade compreendia entre 20 e 34 anos, com 995 (68,24%) casos registrados. As mães com idade entre 35 e 49 anos, representaram o segundo maior índice com 245 (16,80%), seguidos de mães com idade entre 10 e 19 anos, com 217 (14,88%). Foi registrado ainda, um único caso (0,07%) de anomalia congênita, cuja mãe possuía mais de 50 anos de idade. Em relação ao grau de instrução mãe, cuja gestação resultou em algum tipo de anormalidade congênita, os maiores índices foram encontrados nas gestantes que possuíam acima de oito anos de estudo, com 1.050 (72,02%) casos, seguido de mães com até sete anos de estudos, com 392 (26,89%) casos. As mães sem nenhuma instrução, bem com, as que tiveram esta informação declarada como ignorada, representaram respetivamente, 6 (0,41%) e 10 (0,69%) casos. No ano de 2012, em estudo realizado no Município de Aracaju (SE), os resultados trouxeram dados semelhantes ao encontrados nesta região e período. A maior parte das gestações que resultaram em alguma anormalidade congênita era de gestantes cuja idade esta entre os 20 e 34 anos, seguido de mães com idade igual ou superior aos 35 anos de idade. No mesmo estudo, também foi evidenciado que a maior parte das anormalidades congênitas no período estudado era de gestantes com escolaridade igual ou superior aos oito anos de estudo, que representou 70,77% do total de nascimentos com anomalias (CRAVO; OLIVEIRA, 2012). O total de 1458 casos encontrados de anomalias congênitas no período e região estudada divide-se em 14 tipos de anormalidades diferentes. As malformações congênitas do aparelho osteomuscular, do aparelho geniturinário, do

ISSN 2525-8273

aparelho circulatório, bem como, outras malformações congênitas NCOP e as deformidades congênitas dos pés, representaram os cinco maiores índices, conforme apresentados a seguir, respectivamente, 300 (20,58%), 222 (15,23%), 184 (12,62%), 162 (11,11%) e 136 (9,33%). Em estudo realizado na região Centro Oeste do Brasil, as malformações do sistema nervoso foram as responsáveis pelos maiores índices, seguido das deformidades do sistema osteomuscular (REIS; FERRARI, 2014). Na região da Grande Florianópolis, os dados não se assemelharam, visto que, os maiores índices foram decorrentes de anormalidades relacionadas com o aparelho osteomuscular. A partir do estudo, pode-se considerar que maior índice de anomalias congênitas no período de 2005 a 2014 estavam relacionadas com as malformações congênitas do aparelho osteomuscular, seguido das anomalias do aparelho geniturinário e do aparelho circulatório. Além disso, o maior número de casos foi encontrado em recém-nascidos do sexo masculino, de gestações únicas, de gestantes jovens, que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal e que possuíam acima de oito anos de estudos.

Palavras Chave: Anormalidades Congênitas. Epidemiologia. Sistemas de Informação.

Referências:

ARRUDA, T. A. M.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Mortalidade determinada por anomalias congênitas em Pernambuco, Brasil, de 1993 a 2003. **Rev Assoc Med Bras**., v. 54, n. 2, p. 122-6, 2008.

BRITO, V. R. S. et al. Malformações congênitas e fatores de risco materno em Campina Grande — Paraíba. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 27-36, 2010.

CRAVO, E. O.; OLIVEIRA, J. V. R. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju - Sergipe, Brasil. **Ideias & Inovação**, v. 1, n. 1, p. 9-17, 2012.

MELO, W. A. et al. Anomalias congênitas: fatores associados à idade materna em município
sul brasileiro, 2000 a 2007. **Rev. Eletr. Enf**. v. 12, n. 1, p. 73-82. 2010.

PINTO, C. O.; NASCIMENTO, L. F. C. Estudo de prevalência de defeitos congênitos no Vale do Paraíba Paulista. **Rev Paul Pediatr**., v. 25, n. 3, p. 233-9, 2007.

REIS, L. L. A. S.; FERRARI, R. Malformações congênitas: perfil sociodemográfico das mães e condições de gestação. **Rev enferm UFPE**, v. 8, n. 1, p. 98-106, 2014.

ISSN 2525-8273

Resumo 10:

Título: Construção do módulo específico Disabkids® para crianças e adolescentes brasileiros com insuficiência renal crônica em hemodiálise: etapa de validação de conteúdo

Autores:
Isabella Schroeder Abreu - Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste – Unicentro, Guarapuava/PR. E-mail: i_enf@yahoo.com.br.
Lucila Castanheira Nascimento - Professora Associada da Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/SP. E-mail: lucila@eerp.usp.br.
Regina Aparecida Garcia de Lima - Professora Titular da Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – SP. E-mail: limare@eerp.usp.br.
Monika Bullinger - Coordenadora do Grupo DISABKIDS - Institute and Polyclinic of Psychology Medicine from the *Universitätsklinikum Hamburg*- Alemanha. E-mail: bullinger@uke.de.
Claudia Benedita dos Santos - Professora Associada da Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/SP. E-mail: cbsantos@eerp.usp.br.

Resumo: o diagnóstico de uma criança ou adolescente com insuficiência Renal Crônica (IRC) acarreta consequências negativas em sua qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde (QV/QVRS), bem como mudança na dinâmica familiar, repercutindo em vários aspectos da vida dessas crianças e adolescentes. Modificações estão presentes em sua rotina diária e seu convívio social, tendo em vista que possuem necessidades dietéticas específicas, o compromisso com o tratamento dialítico, a realização de procedimentos invasivos, o uso de medicamentos específicos e as hospitalizações em decorrência de alterações clínicas frequentes (LOPES; KOCH; VARNI, 2011). Mesmo havendo informações ainda insuficientes na literatura a respeito da situação e incidência das crianças brasileiras com IRC, sendo estes dados apenas estimados por estatísticas de inclusão em programas de tratamento dialítico e transplantes, sabe-se que a doença e seu tratamento afetam consideravelmente a QV/QVRS. Assim, realizou-se este estudo, o qual teve como objetivo a construção de um instrumento de avaliação de QVRS, envolvendo a participação de crianças e adolescentes com IRC e seus respectivos pais/cuidadores, enquanto conhecedores de sua própria condição, além dos especialistas da área de nefrologia, oferecendo a produção de medidas válidas e confiáveis nas pesquisas em doença renal crônica (RIYUZO et al., 2003) (ROSSI, 2006). Este estudo está inserido no contexto da parceria entre a Universidade de São Paulo e a Universidade de Hamburgo na Alemanha, através do grupo europeu DISABKIDS®, para a construção e adaptação de instrumentos de QVRS. O grupo DISABKIDS® é coordenado pelo centro de estudos da Universidade de Hamburgo e atua em cooperação com pesquisadores de sete países europeus (Áustria, França, Reino Unido, Noruega, Suíça, Grécia e Alemanha). O objetivo do projeto é desenvolver novos instrumentos de QVRS para crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde e seus pais ou cuidadores (BULLINGER et al., 2002). Assim, este estudo se justifica devido a importância da construção de instrumentos específicos que avaliem a QVRS dessas crianças e adolescentes, servindo como indicador a ser considerado devido sua relevância em um processo de avaliação (REIS, 2008). O processo de construção de um instrumento para mensuração de QV/QVRS segundo a metodologia do grupo DISABKIDS® é composta por etapas, sendo que neste trabalho será apresentado a fase de Validação de Conteúdo. A

ISSN 2525-8273

validade de conteúdo refere-se à adequação do conteúdo de um instrumento, em termos de número e amplitude das questões individuais que ele possui (FAYERS; MACHIN, 2000). Analisa a importância de cada item do instrumento para mensurar o tema abordado (DINI, 2000). Assim sendo, esta fase do estudo teve como objetivo submeter os itens do Módulo Específico DISABKIDS® para crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise à validação de conteúdo. Trata-se de um estudo metodológico, onde a validação de conteúdo foi realizada por um comitê de juízes, seguindo critérios importantes como: atuar na área de nefrologia, especificamente com crianças e adolescentes em hemodiálise; buscando garantir o cumprimento do objetivo desta fase do estudo. Nessa etapa, especialistas da área de nefrologia dos três centros de diálise onde o estudo foi realizado, foram solicitados a verificar a importância dos itens selecionados para integrarem o módulo específico em construção, adequação para a faixa etária e população, analisando-os segundo sua a relevância, clareza e aplicabilidade de seu conteúdo para a população em estudo. Participaram desta fase, 18 especialistas, entre eles médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos em enfermagem, assistentes sociais e psicólogos. Por meio de contato pessoal, com as enfermeiras responsáveis pelas unidades de nefrologia dos referidos centros, foi verificada a disponibilidade de realização desta etapa do estudo nas respectivas unidades e também a disponibilidade de participação de cada profissional. Assim sendo, foi efetivado o convite através de uma carta específica contendo os objetivos desta etapa da pesquisa e a finalidade da participação de cada profissional. Foram entregues o instrumento a ser avaliado, juntamente com a carta convite e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias assinadas, cuja distribuição foi efetuada pelas próprias enfermeiras responsáveis a todos os profissionais que concordaram em participar. Nesta etapa, os especialistas foram orientados quanto a liberdade para emitirem sua opinião geral sobre o instrumento e a pertinência das questões, podendo sugerir a inclusão ou exclusão de itens e avaliarem sua relevância, cujas sugestões foram analisadas individualmente, sendo consideradas aquelas que foram referidas mais de uma vez por mais de um profissional, priorizando o consenso e sua relevância em relação ao instrumento em construção ou a população em estudo. Os itens foram apresentados aos especialistas de forma que estes pudessem identificar cada item de acordo com a doença renal e seu tratamento, pois se acreditou que desta forma, a análise seria facilitada, tendo em vista a maior familiaridade que estes possuem com os aspectos clínicos relacionados à IRC e a hemodiálise. Todas as sugestões foram analisadas pela pesquisadora, algumas foram acatadas, sendo que alguns itens foram alterados, e como resultado desta etapa obteve-se a primeira versão do módulo específico, o qual foi submetido à Validação Semântica. As principais considerações feitas pelos especialistas foram: padronizar a forma de elaboração dos itens; atentar para itens elaborados de forma semelhante e evitar enfocar o aspecto negativo da doença renal nos itens. Não houveram sugestões para acrescentar novos itens. Sugestões e alterações adicionais foram realizadas pelos especialistas: inclusão de um item específico para o aspecto socioeconômico; abordar questões relacionadas aos “sonhos futuros” e temas relacionados a adesão às orientações dos profissionais e as complicações em decorrência da não adesão ao tratamento e no item esperança do transplante renal, perguntar se o paciente “quer realmente transplantar”. O instrumento em construção, deverá se constituir em instrumento válido e fidedigno para mensuração da QVRS de crianças e adolescentes brasileiros com IRC em hemodiálise podendo, após finalizado seu processo de construção e validação, ser utilizado objetivando trazer subsídios para a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à essa população. A partir

ISSN 2525-8273

da análise de todas as considerações e sugestões, o instrumento foi reestruturado para a realização da Validação Semântica.

Palavras Chaves: Qualidade de vida. Insuficiência Renal Crônica. Criança.

Referências:

BULLINGER, M. et al. Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: a Europe approach. **International Journal of Rehabilitation Research**, Rheinstetten, v. 25, n. 3, p. 197-206, 2002.

DINI, G. **Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg**. 2000. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life**: the assessment, analysis and interpretation. West Sussex: Wiley, 2000.

LOPES, M.; KOCH, V. H. K.; VARNI, J. W. Tradução e adaptação cultural do Peds QL™ ESRD para a língua portuguesa. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 448-456, 2011.

REIS, R. A. **Módulo específico para avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde para crianças e adolescentes que vivem com deficiência auditiva – ViDA**. 2008. 154 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

RIYUZO, M. C. et al. Insuficiência renal crônica na criança: aspectos clínicos, achados laboratoriais e evolução. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 200-208, 2003.

ROSSI, L. **Vivências de mães de crianças com insuficiência renal crônica**: um estudo fenomenológico. 2006. 174 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

ISSN 2525-8273

Resumo 11:

Título: Delineando o perfil de crianças que vivem com HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência no oeste de Santa Catarina

Autores:
Alessandra Paiz – Acadêmica de Enfermagem do 6º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó/SC. E-mail: alessandrapaiz@hotmail.com.
Tassiana Potrich - Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó/SC. E-mail: tassiana.potrich@uffs.edu.br.
Samuel Spiegelberg Zuge – Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professor colaborador da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) Chapecó/SC. E-mail: samueljuge@gmail.com.
Léia Borges Vieira da Assumpção - Acadêmica de Enfermagem do 10º período do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-Campus Chapecó/SC. E-mail: liadassumpo@yahoo.com.br.
Edeltraud Hepp Alba - Enfermeira sanitarista do Hospital Dia-Secretaria Municipal de Saúde Chapecó/SC. E-mail: edeltraudalba@yahoo.com.br.
Liliane Munizzi Linhares - Enfermeira do serviço de atendimento especializado em infectologia DST/AIDS do município de Chapecó/SC. E-mail: lilinhar1@hotmail.com.

Resumo: a feminização da epidemia do vírus HIV resulta no aumento dos números de casos por transmissão vertical (TV). Entende-se por TV a transmissão do vírus da mãe para o filho. Nos últimos anos a transmissão vertical é a mais importante forma de transmissão do HIV em menores de 13 anos de idade (BRASIL, 2011). Neste cenário, a criança que têm HIV necessita de uma atenção especial, como acompanhamento especializado e realização de exames com maior frequência. Entende-se ainda que, conhecer o perfil destas crianças auxilia para a formulação de estratégias de cuidados adequadas. Sendo assim, este estudo tem como objetivo identificar o perfil de crianças que vivem com HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência no oeste de Santa Catarina. Este estudo trata-se de um recorte de um projeto de pesquisa intitulado "Caracterização do perfil de crianças que têm HIV/AIDS em um serviço de referência" aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) com o número do CAEE 49499115.4.0000.5564, e parecer nº1. 380.297 e aprovado pelo edital de iniciação científica nº 281/UFFS/2015. Trata-se de uma abordagem quantitativa descritiva documental, de caráter retrospectivo e o local de desenvolvimento da pesquisa deu-se em um serviço de referência para tratamento de pessoas com HIV/AIDS localizado no oeste catarinense, onde os dados da pesquisa foram coletados no decorrer do mês de janeiro do ano de 2016. Os sujeitos da pesquisa foram crianças de até 12 anos de idade que foram expostas verticalmente ao HIV ou que têm HIV/AIDS e estão ou já estiverem em acompanhamento neste local. Realizou-se a coleta de dados a partir de um formulário contendo os seguintes dados: sexo da criança, cidade de origem, como adquiriu HIV, se a criança sabe do diagnóstico, local do nascimento, se realizou aleitamento materno, a data de notificação, data do primeiro atendimento no serviço de referência, número de consultas realizadas no último ano, se houveram faltas em consultas no último ano, qual o esquema medicamentoso realizado, data de início do tratamento antirretroviral (TARV), se realizaram mudança ou

ISSN 2525-8273

suspensão no esquema medicamentoso, se houve queixas relacionadas ao tratamento e se a criança realiza acompanhamento psicológico. A coleta de dados se deu por meio do acesso aos prontuários, ressaltando que o acesso aos prontuários ocorreu mediante a autorização da instituição e respeitaram-se os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos recomendados na resolução 466/2012, a fim de garantir o sigilo de cada usuário. Foram analisados 193 prontuários, sendo que 9 são de crianças infectadas, 28 das que foram expostas e estão em investigação e 156 de crianças que foram expostas e liberadas, sendo que o foco deste estudo são as crianças que vivem com HIV. Para a caracterização do perfil das crianças infectadas pelo vírus do HIV realizou-se a coleta de dados sobre diversos pontos, onde foi possível identificar que 33,3% das crianças possuem idade inferior a quatro anos, 11,1% possuem até oito anos de idade e que 55,5% possuem até doze anos incompletos. Em relação ao sexo da criança, constatou-se que 77,8% são do sexo feminino e 22,2% do sexo masculino, destas, 44,4% residem no município de Chapecó e as demais são oriundas de outros municípios que compõem a região oeste de Santa Catarina. Apenas uma criança adquiriu o vírus através de relação sexual, as demais foram infectadas através da transmissão vertical. Outro ponto analisado foi a idade das crianças ao realizar o primeiro atendimento no serviço, onde 22,2 % tiveram seu atendimento antes dos seis meses de idade, 44,4% realizaram este atendimento entre os seis e os doze meses e 33,3% realizaram sua primeira consulta após os doze meses de vida. Das crianças que têm HIV, apenas 22,2% sabem do seu diagnóstico e 33,3% realizam o acompanhamento psicológico. Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), as razões que acarretam no adiamento da revelação do diagnóstico são diversas, entre eles está à precocidade da criança para entender o diagnóstico, as reações emocionais, e o medo da família em que a criança exponha a situação acarretando na quebra do sigilo. Portanto, é fundamental que os profissionais estejam aptos a realizar um suporte para a família e usuário frente à revelação do diagnóstico (BRASIL, 2014). O suprimento alimentar do recém-nascido deve ser realizado com uma fórmula infantil BRASIL (2007), o que reduz o risco de transmissão vertical pelo aleitamento materno, porém, neste estudo 33,3% das crianças foram amamentados nos primeiros meses de vida. A carga viral, analisada no último exame realizado foi maior que mil em 66,7% das crianças e indetectável em 33,3%. Sendo assim, foi possível identificar que em 66,6% dos casos, o tratamento teve seu início antes dos dois anos de idade, 22,2% iniciaram com idade entre dois e quatro anos e 11,1% teve seu início após os oito anos de idade, o que resulta na desestabilização da carga viral e situação imunológica do paciente (SANTOS et al. 2013). Segundo Brasil (2007), a quimioprofilaxia do recém-nascido deve iniciar com a Zidovudina (AZT) imediatamente após o parto. Assim, foi possível perceber que os medicamentos mais utilizados para o controle da carga viral foram Zidovudina, Kaletra, Efavirens e 3TC. Durante o tratamento, não houve troca de esquema em nenhum caso, porém, uma criança abandonou o tratamento devido a não retirada de medicação, o que torna-se um risco para a eficácia do tratamento (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006) e somente uma apresentou queixas relacionada ao TARV, a qual foi caracterizada como diarreia. Ressalta-se que a realização do tratamento de forma incorreta pode resultar na disseminação do vírus, aumentando a carga viral. Destas crianças, 44,4% realizaram de uma a três consultas no último ano, 22,2% realizaram de três a seis e 33,3% realizaram mais que seis consultas. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) a realização destas consultas é de extrema importância para o controle do HIV no organismo e para a realização de um tratamento correto e adequado para cada criança. Muito se tem avançado quando se fala em HIV/AIDS, porém, algumas lacunas advindas de fatores sociais,

ISSN 2525-8273

culturais e comportamentais ainda favorecem o processo de TV. Algumas dificuldades durante o processo de tratamento e cuidado de crianças que foram infectadas pelo vírus HIV, requerem uma atenção redobrada devido às exigências que são postas a fim de que se evite o aumento da carga viral e a baixa na imunidade, portanto, o acompanhamento das crianças que possuem HIV/AIDS, é essencial a fim de garantir uma boa qualidade de vida. Mas para que isto se torne realidade faz-se necessário que a criança realize o acompanhamento e tratamento adequado e que com a ajuda dos profissionais da saúde, ela tenha uma vida normal sem que esta infecção afete seu emocional e modo de viver.

Palavras-chave: HIV. Transmissão Vertical. Pediatria.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.** Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/diagnostico-jovens>. Acesso em: 31 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes.** Brasília, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/diagnostico-jovens>. Acesso em: 31 maio 2016.

COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 40, n. 4, p.576-581, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO).

SANTOS, Fabiana Ferreira dos et al. Características imunológicas e virológicas e as variáveis flexibilidade (flex) e força de resistência abdominal (fra) de crianças e adolescentes portadores de HIV/aids em uso de TARV. **Rev Bras Med Esporte,** Canoas/rs, v. 19, n. 1, p.0-0, jan. 2013.

ISSN 2525-8273

Resumo 12:

Título: Conhecendo as crianças expostas e que vivem com HIV/AIDS por meio da pesquisa: um relato de vivência

Autores:
Alessandra Paiz – Acadêmica de Enfermagem do 6º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó/SC. E-mail: alessandrapaiz@hotmail.com.
Tassiana Potrich - Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó/SC. E-mail: tassiana.potrich@uffs.edu.br.
Samuel Spiegelberg Zuge – Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Professor colaborador da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC- Chapecó/SC. E-mail: samueljuge@gmail.com.
Léia Borges Vieira da Assumpção - Acadêmica de Enfermagem do 10º período do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-Campus Chapecó/SC. E-mail: liadassumpo@yahoo.com.br.
Emanuelle Tormem Faccina - Médica clínica geral do Hospital Dia e CAPs AD em Chapecó/SC. E-mail: emanuellefaccina@gmail.com.
Edeltraud Hepp Alba - Enfermeira sanitarista do Hospital Dia-Secretaria Municipal de Saúde Chapecó/SC. E-mail: edeltraudalba@yahoo.com.br

Resumo: a transmissão vertical (TV) do HIV vem sendo uma das principais formas de infecção pelo vírus em crianças e isso se deve a inúmeros fatores, dentre eles encontram-se a feminização e juvenização como as principais características. Estudos revelam que a TV ocorre em 65% dos casos durante o trabalho de parto e 35% ocorre via intrauterina e que a realização do aleitamento materno aumenta as chances transmissão de 7% a 22% (BRASIL, 2004). Neste cenário, as demandas de cuidado de crescimento e desenvolvimento específicos das crianças, somam-se ao cotidiano de cuidados provenientes da condição sorológica desta criança. Além das demandas de cuidado, surgem necessidades sociais e comportamentais que exigem do cuidador e de todos os profissionais de saúde uma preparação específica. Mesmo frente à relevância que a TV do HIV se apresenta para a saúde pública, ainda pouco se discute sobre o tema durante a formação do profissional enfermeiro, cabendo ao acadêmico buscar esta vivência por meio de projetos de iniciação científica. Este estudo tem como objetivo descrever a vivência acadêmica em projeto de iniciação científica com crianças que vivem com HIV/AIDS. Trata-se de um relato de experiência vivido por uma acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó, proveniente de um projeto de pesquisa intitulado "Caracterização do perfil de crianças que têm HIV/AIDS em um serviço de referência", que se desenvolveu em um serviço de referência situado no município de Chapecó/SC e que teve como objetivo caracterizar as crianças que foram expostas verticalmente ao HIV e as que têm HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência do município de Chapecó-SC, sendo desenvolvido no período entre os anos de 2015 e 2016. Durante o percurso da graduação ouve-se muito falar em pacientes, adultos, crianças, adolescentes e gestantes que vivem com HIV, porém, poucos momentos são disponibilizados para a discussão e sensibilização dos acadêmicos como futuros profissionais de saúde. Os professores são essenciais para contribuírem para a educação sobre HIV/AIDS, criticando e refletindo a fim de sensibilizar os discentes sobre o cuidado, humanização e respeito com indivíduos

ISSN 2525-8273

soropositivos (CAMILLO; MAIORINO; SILVA, 2014). Sabe-se que estes usuários demandam um cuidado específico que vai além de cuidado medicamentoso, mas perpassa pela sensibilidade dos profissionais em compreender as suas necessidades. A realização deste projeto de pesquisa possibilitou um contato maior, mesmo que indireto, com essa população. O conhecimento do perfil das crianças que possuem HIV/AIDS através da exploração de dados presentes nos prontuários de crianças com até 12 anos incompletos possibilitou visualizar, mesmo que não diretamente, as necessidades, os cuidados e as lacunas ainda existentes no sistema de saúde quando se trata de crianças que vivem com HIV. Apesar de algumas informações não estarem corretamente preenchidas nos cadastros das crianças infectadas, tornou-se possível adquirir um conhecimento importante sobre a transmissão vertical que vem aumentando nos últimos anos, identificando-se como uma das principais formas de crianças adquirirem o HIV e quais as formas em que é possível esta transmissão. No Brasil, do total de 4.000 casos notificados tem-se um total de 3.561 casos (89%) com categoria de exposição por transmissão vertical, ou seja, quase que a totalidade de casos de AIDS em crianças menores de 13 anos foi transmitida pela mãe (BRASIL, 2011). O tratamento, que deve ser seguido rigorosamente, tem a finalidade de que não ocorra o aumento da carga viral e o comprometimento do sistema imunológico das crianças infectadas. O conhecimento sobre os efeitos adversos que podem ser causados pelo esquema medicamentoso teve uma grande importância, pois assim, realizou-se a sua relação com a situação descrita nos prontuários das crianças que apresentaram esta queixa durante o processo de tratamento. Também, tornou-se perceptível a importância de manter os cuidados após o nascimento e confirmação do diagnóstico das crianças que possuem mãe soropositiva, principalmente devido à amamentação e a necessidade de suprimento alimentar. Ainda, por se tratar de uma pesquisa que envolve crianças com HIV e, por saber que o HIV/AIDS ainda é carregado de muito estigma e preconceito pela sociedade, o presente estudo auxiliou na aplicabilidade da ética e do sigilo tão discutidos em sala de aula. Cuidar do outro com ética é uma atitude que leva a reflexão, principalmente no dia-a-dia do cuidar de pessoas portadoras de HIV/AIDS, as quais são pessoas estigmatizadas e discriminadas (PINHEIRO et al., 2005). Outro aspecto percebido durante a pesquisa foi a importância do acompanhamento destas crianças e famílias/cuidadores e sua rede de cuidados. Faz-se necessário um atendimento especializado interdisciplinar de enfermeiros, psicólogos e médicos no cotidiano de crianças soropositivas, a fim de que haja sensibilidade de compreender e entender este processo de cuidado que permeia desde a revelação do diagnóstico aos pais, aceitação, adesão ao tratamento e ainda, diante da revelação do diagnóstico e devido ao fato de que em muitos casos, ainda sejam imaturos para entender do que se trata e quais os cuidados que necessitam ter no dia-a-dia. A realização deste estudo contribuiu para a formação profissional como futuros enfermeiros, pois possibilitou maior conhecimento sobre HIV e quais as ações que devem ser tomadas ao atender pacientes com esta infecção e quais orientações a serem seguidas por eles. Afinal, este é um assunto pouco debatido dentro das salas de aula, o que resulta em dúvidas tanto em acadêmicos quanto em profissionais da saúde. Acredita-se que esta vivência acarreta benefícios para além do conhecimento das características destes usuários e sim, contribui para nos empoderar e nos sensibilizar, nos deixando mais atentos para as demandas de cuidado que muitas vezes estão mascaradas atrás de demandas clínicas e medicamentosa.

Palavras-chave: HIV, transmissão vertical, crianças.

ISSN 2525-8273

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático para o preparo de alimentos para crianças menores de doze meses que não podem ser alimentadas**. Brasília/DF, 2004.

CAMILLO, S. de O.; MAIORINO, F. T.; SILVA, A. L. da. Ensino da aids na perspectiva de docentes de enfermagem e sua relação com a complexidade**.** **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 19, p.498-505, jul. 2014

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. 2011.

PINHEIRO, P. N. da C. et al. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 4, p.569-575, ago. 2005.

ISSN 2525-8273

Resumo 13:

Título: Efeitos da utilização do brinquedo terapêutico para crianças submetidas à punção venosa

Autores:
Camila Stein - Enfermeira. Universidade Estadual do Centro-Oeste/PR. E-mail: steincaami@gmail.com.
Tatiana da Silva Melo Malaquias - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual do Centro-Oeste/PR. E-mail: tatienagel@yahoo.com.br.
Isabella Schroeder Abreu - Enfermeira. Doutora em Enfermagem - Universidade Estadual do Centro-Oeste/PR. E-mail: i_enf@yahoo.com.br.

Resumo: a hospitalização é um fator gerador de medo para a maioria das pessoas. Quando se trata de crianças hospitalizadas, o agravante é ainda maior, devido às situações de afastamento do convívio familiar e social e aos procedimentos, principalmente os invasivos, que é submetida durante a internação (MALAQUIAS et al, 2014). Os efeitos da hospitalização sobre a criança dependem de muitos fatores, entre eles: idade, tempo de permanência no hospital, tipo de doença, funcionamento psíquico, apoio familiar, a terapêutica antes, durante e após a internação, experiências anteriores em ambientes de saúde, apoio da equipe e condições emocionais. A criança ainda enfrenta outros desafios como: adaptação a um novo ambiente, conviver com outras crianças, com outras pessoas e passar por efeitos indesejáveis resultantes do tratamento (SILVA et. al ,2010; CASTRO et al, 2010). Os sentimentos e sensações desagradáveis que a hospitalização infantil provoca costumeiramente são potencializados quando os ambientes de internação são desprovidos de meios e agentes que favoreçam a humanização da assistência em saúde, privando a criança de desempenhar as atividades que lhe são inatas e essenciais para o seu desenvolvimento, como o brincar (MALAQUIAS et al, 2014). O direito de brincar deve ser preservado mesmo quando a criança está hospitalizada. O recurso lúdico no ambiente hospitalar favorece momentos de entretenimento e distração à criança como também auxilia na terapêutica, aliviando o estresse, o medo e ansiedade (KICHE, 2009). Quando a criança brinca, ela cria o seu próprio mundo e expressa por meio destes objetos seus sentimentos, vontades e medos. Brincando a criança tem a oportunidade de se colocar em ação e ter autonomia para fazer as escolhas, o que muitas vezes é prejudicado pela hospitalização, pois todas as decisões são tomadas por ela (CASTRO et al, 2010). Deste modo, nos ambientes de assistência em saúde, um dos instrumentos utilizados como facilitador do cuidado às crianças tem sido o Brinquedo Terapêutico (BT). É um brinquedo estruturado que possibilita à criança aliviar o estresse gerado por experiências desconhecidas, que costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada. É uma técnica não diretiva, que deve ser usada sempre que for difícil para a criança compreender a situação estranha que lhe é apresentada, ou mesmo dando a oportunidade de descarregar a tensão após momentos angustiantes, ao dramatizar as situações vividas e manusear os instrumentos utilizados ou brinquedos que os representem (KICHE, ALMEIDA, 2009). Neste sentido, este estudo tem por objetivo descrever os efeitos da utilização do brinquedo terapêutico para crianças submetidas à punção venosa em unidade de internação pediátrica e identificar o conhecimento da equipe de enfermagem da unidade pediátrica sobre o uso do brinquedo terapêutico para as crianças hospitalizadas. Esta é uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado na unidade de pediatria de dois hospitais no

ISSN 2525-8273

município de Guarapuava-PR. A população de estudo foi constituída por 02 crianças pré-escolares, de sexo feminino, internadas na unidade pediátrica no período de desenvolvimento da pesquisa, que necessitaram ser submetidas à punção venosa. Foram também sujeitos desta pesquisa 09 profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) que atuavam nas unidades pediátricas dos hospitais. A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada e observação participante. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unicentro sob o parecer 1.015.196 de 25/03/2015. Diante da análise dos dados surgiram duas categorias: *a atuação do profissional de enfermagem junto ao BT* abordando o conhecimento dos mesmos sobre o assunto, mostrando que o instrumento é desconhecido pela equipe, e; *o brinquedo terapêutico como aliado na assistência à criança* onde apresenta a intervenção com duas crianças internadas na pediatria dos hospitais participantes do estudo e a percepção dos profissionais quanto aos efeitos da internação sobre a criança e o reconhecimento da importância do brinquedo/brinquedo terapêutico no período de internação dos pequenos. O estudo possibilitou compreender que o BT, desde o momento que lhe é oferecido para a criança estabelece uma interação e relação de confiança entre ela e a equipe. Embora os profissionais reconheçam a importância do BT, percebe-se a necessidade de preparar os enfermeiros desde sua formação até o desenvolvimento de sua prática para que este seja usado por todos que trabalham com criança.

Palavras Chaves: Criança. Jogos e Brinquedos. Cuidado da Criança.

Referências:

CASTRO, D. P.; ANDRADE, C. U. B.; LUIZ, E.; MENDES, M.; BARBOSA, D.; SANTOS, L. H. G. Brincar como instrumento terapêutico. **Revista de Pediatria,** n. 32, v.4, p. 246-254, 2012.

KICHE M. T.; ALMEIDA F. A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, n.22, v.2, p.125-130, 2009.

MALAQUIAS, T. S. M.; BAENA, J. A.; CAMPOS, A. P. S.; MOREIRA, S. R. K.; BLADISSERA V. D. A.; HIGARASHI I. H. O uso do brinquedo durante a hospitalização infantil: saberes e práticas da equipe de enfermagem. **Revista Ciência Cuidado Saúde,** n.13, v.1, p.97-103, 2014.

ISSN 2525-8273

Resumo 14:

Título: Caracterização de cuidadores de crianças expostas verticalmente ao HIV

Autores:
Léia Borges Vieira da Assumpção – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó/SC. E-mail: liadassumpo@yahoo.com.br.
Tassiana Potrich - Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Professora assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó/SC. E-mail: tassiana.potrich@uffs.edu.br.
Samuel Spiegelberg Zuge – Enfermeiro. Doutorando em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professor colaborador da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó/SC. E-mail: samueljuge@gmail.com.
Alessandra Paiz - Acadêmica de Enfermagem do 6º período do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- Campus Chapecó/SC. E-mail: alessandrapaiz@hotmail.com.
Edeltraud Hepp Alba - Enfermeiro Sanitarista do Hospital Dia. Secretaria de Saúde de Chapecó/ SC. E-mail: edeltraudalba@yahoo.com.br.
Liliane Minuzzi Linhares - Enfermeira Obstetra pelo Centro Universitário Franciscano – UNIFRA – Santa Maria – RS. Enfermeira do Serviço de Atendimento Especializado em Infectologia DST/AIDS do município de Chapecó – SC. E-mail: lilinhar1@hotmail.com.

Resumo: desde a confirmação dos primeiros casos de HIV em 1980, várias mudanças ocorreram no perfil da doença, em resposta a uma série de comportamentos e ações de saúde. Neste contexto, Galvão e Cunha (2007) apontam que como parte dessas mudanças, inclui-se a Transmissão Vertical (TV), também chamada transmissão materno-infantil ou perinatal, constatada quando o concepto adquire o HIV pelo contato com sangue e secreção vaginal infectados, durante a gestação, trabalho de parto e parto, e também pelo leite materno no pós-parto. Tal condição demanda cuidados específicos e, por se tratar de público infantil, torna imperativa a presença de um familiar e/ou cuidador, que desempenha esta tarefa. A partir disso, objetiva-se caracterizar os cuidadores de crianças verticalmente expostas ao HIV atendidas em um serviço de referência do oeste catarinense. Esta é um estudo com abordagem quantitativa com caráter descritivo exploratório. O local de estudo foi o Hospital Dia, serviço de referência para tratamento e acompanhamento de pessoas com HIV/AIDS, no município de Chapecó/SC. Os participantes da pesquisa foram 193 crianças expostas verticalmente, com idade até doze anos incompletos (11 anos, 12 meses e 29 dias) até o dia da coleta de dados. Foram excluídos da coleta os prontuários que não continham as informações necessárias. A coleta de dados se deu a partir do acesso aos prontuários do serviço de arquivo do Hospital Dia, por ordem alfabética, utilizando-se de um formulário composto por questões fechadas e abertas. A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2016. O presente projeto foi apreciado e autorizado pela Secretaria de Saúde (SESAU), e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo submetido e aprovado pelo CAAE: 49499115.4.0000.5564, e parecer Número: 836.044. Foi utilizado o termo de compromisso para uso de dados em arquivo e solicitado à dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido por tratar-se de pesquisa retrospectiva com uso

ISSN 2525-8273

de prontuários, não sendo necessário o acesso direto aos participantes Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos preconizados na resolução 466/2012. Para análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, e de frequência (absoluta e relativa), que possibilitou descrever os fenômenos estudados. A pesquisa foi dividida em três categorias, sendo estas: crianças expostas ao HIV que estão em investigação, crianças expostas ao HIV que foram liberadas, ou seja, reverteram a sorologia e, crianças expostas ao HIV que foram infectadas. E assim, os dados são descritos nesta ordem. Ao analisar os dados, e no que tange as informações do cuidador, percebe-se um perfil jovem, com a idade predominante de 20 a 30 anos, correspondendo respectivamente a 53,6 % e 43,4%, e nos infectados a porcentagem maior, variou de 31 a 40 anos, com 44,4%%. Essas informações confirmam os dados do Boletim Epidemiológico de 2015, que apontam que desde 2000 a faixa etária entre 25 a 29 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas com HIV, notificadas no SINAN. Em relação ao sexo do cuidador, 100% eram do sexo feminino e mãe das crianças, e nos infectados 88,9 % são do sexo feminino. Ao observar a escolaridade, percebe-se a que quanto menos anos de estudo, maiores são os índices de HIV/AIDS, com valores que variam de 46,5%, 28,6 % e 44,4% respectivamente para Ensino Fundamental incompleto, 11,5 %, 7,1 % e 33,3% Ensino Fundamental Completo; 25% e 17,9% ao Ensino Médio incompleto e 11,1 %, 32,1% e 11,1 % para completo; 2,5 % e 7,1 % Ensino Superior completo e 3,8% e 3,6 % Incompleto. Quanto à condição sorológica 96,2% dos cuidadores é soropositivo, confirmando a exposição à TV. A partir disso, verifica-se a importância de que homens e mulheres com HIV/ AIDS possam exercer seus desejos e direitos sexuais e reprodutivos. No entanto, os serviços e profissionais da saúde devem discutir com os casais sobre como fazer isso (CÓRDOVA, et al, 2013). É relevante salientar que os dados deste estudo comprovam que casais soro concordantes ou soro discordantes, quando planejado, podem ter seus filhos com chance mínima de transmitir a condição sorológica. O diagnóstico, em 59,2% foi realizado antes da gestação e 25,5% durante a gestação, nas crianças liberadas; naquelas em investigação 50% foi realizado antes e 42,9% durante a gestação. Desta forma, quando as ações de identificação da mãe infectada ocorrem precocemente e são adotadas todas as medidas de tratamento materno/profilaxia da transmissão vertical conforme preconizado, as taxas de transmissão vertical caem para menos de 2,5% (BRASIL, 2004). Em relação ao tipo de parto, os valores de cesárea variam respectivamente em: 82,2% para liberados e 82,1 % para aqueles em investigação, e 9,6% e 17,9 % para parto Vaginal. No que se refere à religião da mãe, 65%, 60,7 % e 55,6 % são católicas, sendo as demais pertencentes à outras religiões. Estudo realizado com mulheres soropositivas verificou que o envolvimento religioso está relacionado às estratégias mais ativas de enfrentamento da infecção, além de ser considerada a maior fonte de apoio social. Como fonte de interpretação para os acontecimentos da vida, a religiosidade pode representar apoio para o enfrentamento das dificuldades e para as mudanças de atitude (SILVA, et al, 2008). A partir deste estudo traçou-se um perfil geral do cuidador, onde são na maioria mulheres jovens e mães das crianças, com poucos anos de estudo, sendo quase em totalidade soropositivas sendo as próprias mães que desempenham o papel de cuidador principal. No que tange à data de descoberta do diagnóstico, em sua maior parte foi antes da gestação, sendo o parto cesáreo predominante em relação ao parto vaginal. E ainda, a maioria destas mulheres pertence a religião católica. Este estudo possibilitou reconhecer a realidade da TV no serviço em estudo e na região, e assim espera-se que os resultados possam ser utilizados para traçar planos de trabalhos específicos para essa região.

ISSN 2525-8273

Palavras Chaves: Saúde da Criança. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV.

Referências:

BRASIL, Ministério da Saúde**. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes**. Brasília/ DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional DST/AIDS. Boletim E epidemiológico AIDS/DST,** 2015.

CORDOVA, Fernanda Peixoto. LUZ, Anna Maria Hecker. INOCENTE, Agnes Peruzzo. SILVA, Eveline Franco. Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. 2013. **Rev Bras Enferm**, Brasilia 2013. jan-fev; 97-102.

CUNHA, Gilmara Holanda da. GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Inserção De Crianças Nascidas De Mães Com Hiv/Aids Nos Programas de Suplementação Alimentar. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 71-77, jan./abr.2007.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da.; ROCHA, Vera Maria da.; DAVIM, Rejane Marie Barbosa.; TORRES, Gilson de Vasconcelos. Formas de enfrentamento da AIDS: Opinião de mães de crianças soropositivas. **Rev. Latino-Am.** Enfermagem v.16 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2008.

ISSN 2525-8273

Resumo 15:

Título: Um olhar sobre a criança exposta verticalmente ao HIV: necessidade da rede de cuidados

Autores:
Léia Borges Vieira da Assumpção – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó/SC. E-mail: liadassumpo@yahoo.com.br.
Tassiana Potrich - Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Professora assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó/SC. E-mail: tassiana.potrich@uffs.edu.br.
Samuel Spiegelberg Zuge – Enfermeiro. Doutorando em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professor colaborador da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó/SC. E-mail: samueljuge@gmail.com.
Alessandra Paiz - Acadêmica de Enfermagem do 6º período do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó/SC. E-mail: alessandrapaiz@hotmail.com
Edeltraud Hepp Alba - Enfermeiro Sanitarista do Hospital Dia. Secretaria de Saúde de Chapecó/ SC. E-mail: edeltraudalba@yahoo.com.br.
Liliane Minuzzi Linhares - Enfermeira Obstetra pelo Centro Universitário Franciscano – UNIFRA – Santa Maria – RS. Enfermeira do Serviço de Atendimento Especializado em Infectologia DST/AIDS do município de Chapecó – SC. E-mail: lilinhar1@hotmail.com.

Resumo: a infecção pelo HIV/AIDS estabelece um fenômeno global que vêm sofrendo alterações epidemiológicas de acordo com o comportamento e vulnerabilidade dos indivíduos. Neste cenário, a infecção caracteriza-se também pela sua feminização, ou seja, o aumento de casos de infecção em mulheres, e esta consequentemente implicou no aumento da transmissão materno-infantil, também denominada transmissão vertical (TV) (MACEDO et al, 2013). Neste sentido, a TV se tornou a principal via de infecção do HIV em crianças. (SANTOS e OKASAKI, 2012). A partir disso, observa-se que a transmissão do HIV em crianças é um tema recorrente e relevante no país, de suma importância para a saúde pública, pois quando observado as quedas que vem ocorrendo na detecção em menores de cinco anos, depreende-se que estes números vêm diminuindo devido ao trabalho de prevenção realizado pelas políticas públicas. Dentre estas políticas pode-se citar a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que tem como finalidade a promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos, (BRASIL, 2004a), as Recomendações para profilaxia da TV do HIV e Tratamento antirretroviral (TARV) em gestantes (BRASIL, 2010) e o *Projeto Nascer* (BRASIL, 2003). Frente às afirmações, considera-se importante delinear esse perfil, e assim acelerar ações para prevenção e acesso ao tratamento. Assim, objetiva-se caracterizar as crianças expostas verticalmente ao HIV atendidas em um serviço de referência do oeste catarinense. Este estudo apresenta abordagem quantitativa com caráter descritivo exploratório. O local de estudo foi o Hospital dia, serviço de referência para tratamento e acompanhamento de pessoas com HIV/AIDS, no município de Chapecó/SC. Os participantes da pesquisa foram 156 crianças expostas verticalmente, com idade até doze anos incompletos (11 anos, 12 meses e 29 dias)

ISSN 2525-8273

até o dia da coleta de dados. Foram excluídos da coleta os prontuários que não continham as informações necessárias. A coleta de dados se deu a partir do acesso aos prontuários do serviço de arquivo do Hospital Dia, por ordem alfabética, utilizando-se de um formulário composto por questões fechadas e abertas. A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2016. O presente projeto foi apreciado e autorizado pela Secretaria de Saúde (SESAU), e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo submetido e aprovado pelo CAAE: 49499115.4.0000.5564, e parecer Número: 836.044. Foi utilizado o termo de compromisso para uso de dados em arquivo e solicitado à dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido por tratar-se de pesquisa retrospectiva com uso de prontuários, não sendo necessário o acesso direto aos sujeitos. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos preconizados na resolução 466/2012. Para análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, e de frequência (absoluta e relativa), que possibilitou descrever os fenômenos estudados. No que tange a identificação dos cuidados com a criança, em 82,2% dos casos foi realizado parto cesáreo e em 9,6%, parto vaginal. A sobreposição do parto cesárea sobre o parto vaginal pode acontecer devido ao desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a eficiência de um parto natural planejado, neste sentido, o Manual de Profilaxia da Gestante afirma que a definição da via de parto deve ser baseada no resultado da carga viral materna, realizada a partir da trigésima quarta semana, a partir da avaliação do obstetra (BRASIL, 2010). Ainda, segundo o protocolo para a prevenção da TV, cerca de 65% dos casos de TV do HIV ocorrem durante o trabalho de parto ou no parto propriamente dito (BRASIL, 2007). Quanto ao uso de antirretroviral (ARV) na gestação, 80,9% das gestantes utilizaram. Se observado os percentuais ao uso de ARV, percebe-se uma grande adesão ao tratamento pelas gestantes. Conforme Córdova et al (2013), isto possivelmente tem acontecido em função dos serviços de saúde concentrarem seus esforços na aplicação do protocolo de profilaxia da TV recomendado pelo Ministério da Saúde às gestantes e parturientes soropositivas. Este autor ainda aponta que essas mulheres possuem uma responsabilização, que gera o medo de passar a doença para o bebê e desta forma a culpa por colocar o filho em risco gera um abalo em sua existência que influencia no seu estar no mundo (CÓRDOVA et al, 2013). Em relação ao uso de AZT injetável, 75,8 % das parturientes fizeram uso. Conforme o manual do Ministério da Saúde (MS), toda gestante soropositiva deve receber a infusão endovenosa de AZT no início do trabalho de parto até o nascimento do recém-nascido, independente do esquema antirretroviral utilizado no pré-natal, e do nível de carga viral. (BRASIL, 2010). Em relação ao uso de AZT oral no recém-nascido, 96,8 % fizeram uso; conforme recomendações do Ministério da Saúde, a primeira dose do AZT solução oral deve ser iniciada de preferência ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4 horas após o nascimento, pois as evidências científicas não comprovam a eficácia da profilaxia quando iniciada com mais de 48 horas após o parto. (BRASIL, 2014). No que diz respeito ao aleitamento materno em 90,4% não foi realizado. É recomendado a não amamentação do bebê, sendo o leite substituído, por fórmula infantil, pois segundo o "Guia prático para o preparo de alimentos para crianças menores de doze meses que não podem ser alimentadas", o risco de uma mãe infectada pelo HIV transmitir o vírus para sua criança através do leite materno é elevado, situando-se entre 7% e 22%, o que se renova a cada mamada. (BRASIL 2004). O encaminhamento para o serviço de referência em 95,5% dos casos ocorreu ao nascer e quanto à idade da criança no primeiro atendimento, 34,3% foram atendidas em até 15 dias de vida, 22,9 % até 30 dias e 36,3 % até 1 ano. Neste sentido, a primeira consulta no serviço deve ocorrer no prazo de até 30

ISSN 2525-8273

dias, a contar da data de nascimento (BRASIL, 2009). Pois com o acompanhamento adequado, é possível identificar o surgimento de sinais e sintomas que possam ser atribuídos à infecção pelo HIV/AIDS e as alterações de crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2007). Neste cenário, ao analisar os dados, percebeu-se que a maior parte das gestantes teve comprometimento com o acompanhamento e tratamento durante o pré-natal e pós-parto, levando em consideração as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, e mesmo que os números mostrem descuidos no tratamento, isso não é unânime, pois a porcentagem dos dados que indicam a realização dos cuidados foi maior. A partir disso, nota-se a necessidade de uma rede de cuidados e profissionais habilitados que ofereçam assistência e orientações adequadas, para que as condutas venham ao encontro das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Palavras Chaves: Saúde da Criança. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança**. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático para o preparo de alimentos para crianças menores de doze meses que não podem ser alimentadas.** Brasília/DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV:** manual de bolso. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**.** Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, 2014. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes.** Brasília, 2014.

CORDOVA, F. P.; LUZ, A. M. H.; INOCENTE, A. P.; SILVA, E. F. Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2013; jan-fev;

MACEDO, M. R. et al. Crianças expostas à transmissão vertical do HIV: seguimento incompleto e sua possível implicação no desfecho. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 15(2): 73-80, abr-jun, 2013.

SANTOS, E. F. dos; OKAZAKI, E. de L. F. J. Assistência de enfermagem à gestante soropositiva para HIV. **Rev Enferm UNISA**. 2012; 13(1): 33-6.

ISSN 2525-8273

Resumo 16:

Título: Projeto de extensão discutindo a relação: abordando temáticas do programa saúde do escolar com adolescentes

Autores:
Diane Aparecida Prestes D' Assunção Acadêmica de Enfermagem do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: dihpassuncao@gmail.com.
Léia Viviane Fontoura - Psicóloga. Mestre em Educação pela PUCPR. Professora do curso de Psicologia da UNIVALI. Coordenadora do Projeto de Extensão: Discutindo a Relação. E-mail: leiavf@univali.br.
Claudete Santos Demétrio - Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Curso de graduação em Enfermagem da UNIVALI. E-mail: claudetedemetrio@hotmail.com.
Sabrina Luciette Dick - Acadêmica do curso de Biomedicina da UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: sabrinalucietti@hotmail.com.
Schayane M. Graupner - Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: schayanem@gmail.com.
Daiane Pereira Miguel Fernandes - Acadêmica do curso de Psicologia da UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: daianepmf@gmail.com

Resumo: este resumo é o relato de experiência sobre as ações desenvolvidas pelo Projeto de Extensão *"#DR - Discutindo a Relação"* da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. O Projeto atua em parceria com a Rede Pública de Educação e de Saúde do Município de Itajaí/SC. O público alvo são estudantes dos anos finais da educação básica (6º ao 9º ano) da rede municipal, bem como, as agentes Comunitárias de Saúde (ACS). O Projeto objetiva implementar ações para a promoção da saúde e fortalecer o desenvolvimento integral do adolescente para o enfrentamento das vulnerabilidades, envolvendo a comunidade escolar e os profissionais da estratégia de saúde da família. Trabalhando com postura interdisciplinar, envolvem-se docentes e discentes dos cursos de Biomedicina, Enfermagem e Psicologia, articulando o tripé ensino, pesquisa e extensão. Segundo Tavares; Matos; Gonçalves (2005, p.214), a interdisciplinaridade compreende o desenvolvimento de um tema em comum, no qual as relações que permeiam os campos do conhecimento tendem a se expandir e diversificar. Dessa forma, a elaboração deste projeto foi fundamentada nos princípios da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe como provedores de atuação multiprofissional para as ações de Educação em Saúde. O Projeto desenvolve atividades, abrangendo as temáticas preconizadas pelo Programa Saúde na Escola - PSE, compreendendo os eixos: promoção da saúde e cultura da paz, prevenção de agravos à saúde dos adolescentes, através da articulação dos Ministérios da Saúde e da Educação. O PSE busca aprofundar os objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir das diretrizes estratégicas organizadas em um conjunto de metas e princípios que objetivam avançar na constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral, consolidando ações de promoção da saúde e intersetorialidade (BRASIL, 2009). A escolha do trabalho com os adolescentes deu-se a partir da compreensão de que estes vivem uma fase conturbada entre a infância e o amadurecimento para a fase adulta, em seu processo físico, cognitivo, emocional e, principalmente, em seu papel social, podendo-se entender essa como a fase de construção de cidadãos preocupados com o seu meio e que compreendem o processo saúde e doença

ISSN 2525-8273

(KOLLAR, 2011). O objetivo deste relato é descrever as ações do Projeto de Extensão Discutindo a Relação; bem como avaliar a efetividade das ações desenvolvidas pelo Projeto no ano de 2015. O projeto #*DR* prevê encontros semanais de formação e planejamento com a equipe extensionista, preparando ações para as oficinas, organizando e sistematizando as informações e registros, gerando dados para pesquisas e relatos de experiência. As oficinas com os adolescentes tiveram duração de uma hora aula, abrangendo os temas: puberdade, adolescência, sistema reprodutor masculino e feminino, gravidez, métodos contraceptivos, gênero, tendo participação de, em média, 122 adolescentes em cada oficina programada, além dos professores das respectivas turmas. Entregou-se, no início das ações, a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2013), documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento do mesmo, e, que pautou as oficinas. O planejamento foi estruturado da seguinte forma: "Dinâmica de aquecimento", "Desenvolvimento da temática de forma lúdica e participativa" e "Relaxamento". Foram utilizadas estratégias como: perguntas relacionadas às temáticas, descrição das oficinas; elaboração de cartazes e outras formas de arte, gincanas e jogos. Para avaliar a efetividade das atividades desenvolvidas em 2015, foi aplicado um questionário no primeiro encontro do ano de 2016, constando duas perguntas: "Dos temas que trabalhamos em 2015, marque quais você utilizou em sua vida", na qual o estudante teria como opções "Puberdade", "Adolescência", "Sistema Reprodutor/Gravidez", "Métodos Contraceptivos", "Sexualidade" e "Gênero"; "Dê exemplo de como você utilizou isto em sua vida". Por se tratar de um relato de experiência, o mesmo não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética, porém foram seguidos os cuidados éticos recomendados na Resolução 466/12 do CONEP. Foram realizadas 9 oficinas com cada turma de alunos, do 6º ao 9º ano. Dos 202 estudantes, que participaram das oficinas, 126 responderam o instrumento, sendo que 78% marcaram a opção "Adolescência" e a opção "Puberdade" foi assinalada por 62% dos estudantes. Sendo a adolescência um período de preparação para a vida adulta é difícil definir precisamente suas fronteiras, mas geralmente inicia-se com o surgimento de características sexuais secundárias entre 10 e 20 anos de idade. (KOLLAR, 2011). Já a puberdade, é entendida como a fase de início da produção hormonal, culminando com a capacidade de vida sexual ativa e a reprodução (PAPALIA, 2006). Portanto puberdade é o processo maturacional, hormonal que ocorre quando os órgãos reprodutores começam a funcionar e as características sexuais se desenvolvem (KOLLAR, 2011). Em relação aos exemplos de utilização da temática em sua vida, foram citadas: "brincar com amigos"; "namorar"; "conversar com os pais"; "ganhar mais responsabilidade"; "não estranhar as mudanças do corpo"; "conversar com os amigos"; "amadurecer"; "se preservar"; "incomodar os pais e sair pra festa". As expressões demonstraram compreensão e apropriação dos conceitos trabalhados, evidenciando que as atividades desenvolvidas pelo projeto influenciaram em suas atitudes. A partir dos resultados, constatou-se que o Projeto #*DR* realizou nove oficinas com cada turma do sexto ao nono ano abordando as temáticas: puberdade, adolescência, sistema reprodutor masculino e feminino, gravidez, métodos contraceptivos, gênero. A maioria dos adolescentes apontou como temática mais lembrada "adolescência", seguida de "puberdade". Quando questionados sobre a utilização do conteúdo desenvolvido apontaram expressões que demonstraram compreensão dos conceitos trabalhados. Embora não tenha sido objetivo deste relato, considera-se que metodologia utilizada foi adequada para as ações propostas, possibilitando a sensibilização dos adolescentes para a necessidade do desenvolvimento de postura pró ativa para o autocuidado com autonomia e responsabilidade. A participação e adesão dos adolescentes nas oficinas fortaleceu o vínculo afetivo entre os

ISSN 2525-8273

extensionistas, escola e unidade de saúde, facilitando o desenvolvimento das oficinas e motivando-os para o desenvolvimento de novas dinâmicas. Constatou-se, por fim, que todas as temáticas trabalhadas foram essenciais para a construção de saberes, capacitando o adolescente para as suas escolhas.

Palavras Chaves: Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Adolescência.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. p. 100.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde do (da) Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde**. 2013. p. 50.

KOLLAR, L. N. Promoção da saúde do adolescente e de sua família. In: HOCKENBERRY, M. J. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 528-550.

HOCKENBERRY, M. J. **Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PAPALIA, D. Desenvolvimento Humano. In: PAPALIA, D. **Desenvolvimento humano.** 8ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 11. p. 47-751.

TAVARES, C. M. A.; MATOS, E; GONÇALVES, L. Grupo Multiprofissional de Atendimento ao Diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde**. Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 213-21, abr./jun. 2005.

ISSN 2525-8273

Resumo 17:

Título: Assistência de enfermagem às crianças/adolescentes e familiares em tratamento com hormônio do crescimento recombinante: relato de experiência

Autores:
Cinara Porto Pierezan - Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário da UFSC, Florianópolis/SC. E-mail: cpierezan@gmail.com.
Ivana Maria Fossari - Doutoranda em Engenharia e Gestão do Conhecimento pela UFSC. Enfermeira do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário da UFSC, Florianópolis/SC. E-mail: ivanafossari@hotmail.com.

Resumo: Hormônio do crescimento (GH), também chamado somatotropina (ST), é uma proteína sintetizada e secretada pela glândula hipófise anterior, responsável pelo crescimento e reprodução celular e, consequentemente corporal. A secreção fisiológica do GH acontece em pulsos ou picos de liberação várias vezes ao dia por aproximados 10-30 minutos, o maior e também o mais provável desses picos de GH acontece por volta de duas horas após deitar-se e, em estado de sono profundo. A investigação da deficiência de GH nas crianças segue a orientação da Portaria nº 110, de 10 de março de 2010 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), que regulamenta o Protocolo para a reposição hormonal e utiliza como critério de medidas os Gráficos da Organização Mundial de Saúde de 2007. A terapia de reposição do GH é de longa duração, com aplicação diária de injeções subcutâneas, fato que inicialmente causa na família reações diversas e questionamentos que exigem esforço para superação, e, não é raro que algumas famílias abandonem o tratamento ou burlem algumas aplicações (DOKNIC; STOJANOVIC; ; POPOVIC, 2014). Sabe-se que um dos fatores que estimula a adesão ao tratamento é a compreensão dele, cabendo aos profissionais da saúde além do rigor técnico, a disponibilidade em desenvolver uma relação de empatia com seus pacientes para que a família e a criança recebam informações claras e objetivas (OZCAN; OFLAZ; BAKIR, 2012). As enfermeiras do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina HU/UFSC, desenvolvem atividades educativas junto ao paciente e familiar com base na Teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem, que parte da premissa de que todas as pessoas possuem um potencial latente e em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob sua responsabilidade (VITOR; LOPES; ARAUJO, 2010). Na prática ela permite que "a enfermeira juntamente com o indivíduo implemente ações de autocuidado de acordo com as suas necessidades (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003, p. 203)." A adesão ao tratamento não é uma tarefa fácil para as famílias, principalmente pelo fato de que a maioria destas não pertence a área da saúde, e consequentemente desconhecem a técnica de aplicação da medicação e demais cuidados. Portanto, diante da situação exposta faz-se a seguinte pergunta de pesquisa: Como capacitar as famílias de crianças em uso de reposição hormonal com somatropina para o autocuidado? O presente relato de experiência do trabalho desenvolvido pelas enfermeiras do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC propõe uma reflexão sobre o assunto. O método utilizado é a consulta de enfermagem estruturada nos princípios da teoria do autocuidado, a qual é agendada com a família e a criança/adolescente que iniciarão o tratamento, tendo como objetivo permitir à família a apropriação do conhecimento necessário para a adesão ao

ISSN 2525-8273

tratamento. A simulação da prática é um método bastante utilizado no ensino da enfermagem, como numa cena teatral a experiência clínica recriada é apresentada aos demais "em um ambiente seguro, a prática repetida e assumindo um novo papel ensina os alunos a agir, pensar e ser como uma enfermeira" (ROBERTS; GREENE, 2014, p.694). Desta forma, a simulação é incorporada à consulta de enfermagem para auxiliar no repasse das informações sobre o tratamento, é disponibilizado material áudio visual e o necessário para realizar a técnica de injeção no boneco. Ao finalizar a orientação teórico prática, a enfermeira solicita ao familiar responsável que faça a descrição dos passos da técnica e a simulação de todo o processo, desde o preparo até a administração do medicamento, momento em que se obtém um feedback imediato, que permite realizar a reorientação, caso seja necessário. O desenvolvimento dessa atividade educativa baseia-se nas diretrizes para o cuidado de enfermagem preconizado por Wong (2011), que são: relacionamento enfermeira-criança-família - deve ser agradável para reduzir o medo e a ansiedade; Início do processo educativo - avaliar o que os membros da família sabem e esperam aprender; quais as preocupações da família e criança; Repasse das informações - em etapas curtas, simples e concretas, utilizar linguagem clara e de fácil compreensão, repetir as informações quantas vezes forem necessárias, abordar os benefícios esperados e os efeitos prejudiciais do tratamento inadequado, evitar táticas de amedrontamento; Simulação da prática - utilizar materiais didáticos para tornar o processo mais agradável e de fácil aprendizagem como vídeo, revistas com imagens claras e ilustrativas sobre o assunto; Feedback – solicitar à família para descrever os ensinamentos, e demonstrar na prática, as etapas da técnica. Recompensar a família por ter aprendido com elogios verbais e linguagem positiva. No período de Janeiro/2013 a Junho/2016, oitenta e seis (86) crianças/adolescentes realizaram o Teste de Estimulo do Hormônio do Crescimento (TEGH) e destas, trinta e oito (38) iniciaram o tratamento com GH e passaram pela consulta de enfermagem. Observa-se que no momento em que as famílias e as crianças vislumbram a possibilidade de um crescimento normal para a idade, este se torna o incentivo que se sobrepõe a todas as dificuldades e receios advindos do tratamento. O sucesso do tratamento é avaliado pelos profissionais de saúde, através do acompanhamento trimestral da curva de crescimento que indicará aumento da velocidade de crescimento, que se traduz em ganho pondero estatural constante e evolutivo. Conclui-se que o processo de educação em saúde, com foco no autocuidado realizado pelas enfermeiras do serviço favorece o empoderamento das famílias das crianças/adolescentes em tratamento. No entanto, as enfermeiras do ambulatório de pediatria do HU-UFSC reconhecem que o processo é dinâmico, e, necessita do feedback destas famílias em relação às dificuldades vivenciadas no transcorrer do tratamento para aprimorá-lo. Neste sentido, planejam para o segundo semestre de 2016 a realização de um encontro com o grupo de crianças/ adolescentes e seus responsáveis para promover a troca de experiências entre todos. Acredita-se que a criação de um espaço de compartilhamento das vivências e percepções das famílias e crianças/adolescentes em uso do hormônio de crescimento poderá resultar no levantamento de novos dados para subsidiar a revisão da pratica de saúde adotada pelas enfermeiras do serviço.

Palavras Chaves: Educação em Saúde. Autocuidado. Hormônio do Crescimento. Enfermagem

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde: **Portaria nº 110, de 10 de março de 2010.** Acessado em 14 junho 2016. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0110_10_03_2010_rep.html>

DIÓGENES, M.A.R.; PAGLIUCA, L.M.F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2003 dez; 24 (3): 286-93. Acessado em 14 junho 2016. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4458/2399>
.

DOKNIC, M.; STOJANOVIC, M.; POPOVIC, V. Novel long-acting GH preparations. **Pediatr Endocrinol Rev.** 2014 Dec;12(2):206-12. Acessado em: 20 junho 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25581986>

OZCAN, C.T.; OFLAZ, F.; BAKIR, B. (2012), The effect of a structured empathy course on the students of a medical and a nursing school. **International Nursing Review**, 59: 532–538. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01019. Acessado em: 20 junho 2016. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23134138

ROBERTS, D.; GREENE, L. The theatre ofhigh-fidelity simulation education**. Nurse education today** 31(7):694-8 · August 2010. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.06.003. Acessado em: 20 junho 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/46819928>.

VÍTOR, A.F.; LOPES, M.V.O.; ARAÚJO,T.L. Teoria do déficit do auto cuidado: Análise da sua importância e aplicabilidade na Enfermagem. **Esc. Anna Nery**(imp.) 2010 jul-set; 14(3): 611-616. Acessado em 20 junho de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300025>

ISSN 2525-8273

Resumo 18:

Título: Promoção à saúde da criança: experiências de um hospital amigo da criança localizado no sul do estado de Santa Catarina

Autores:
Jaqueline Caetano - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: jaquelinegr@hotmail.com.
Kassiane Dutra - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: kassidutra@hotmail.com.
GiseIi Orben - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: gisele_riof@hotmail.com.
Lucas Corrêa Preis - Acadêmico de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: lucaspreis@yahoo.com.
Gloria Barcelo Cardoso da Rosa – Enfermeira – Tubarão/SC. E-mail: gloria@hnsc.or.br.
Greice Lessa - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem - UFSC. Florianópolis/ SC. E-mail: greicelessa@hotmail.com.

Resumo: o incentivo ao aleitamento materno é uma das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) com o intuito de reduzir os índices de mortalidade infantil. O leite materno possui a capacidade de reduzir até 13% as mortes de crianças até cinco anos por causas preveníeis no mundo, além de auxiliar na redução de doenças como hipertensão, diabetes e obesidade, assim como trás benefícios também para mulher que amamenta na redução de contrair câncer de mama de ovário e de ter diabetes tipo II (BRASIL, 2011). Em 1990 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para infância (UNICEF) criaram a *Iniciativa Hospital Amigo da Criança* em 1990 com o objetivo de estimular a prática da amamentação pelas mulheres através de um conjunto de metas a serem atingidas pelas instituições hospitalares credenciadas (BRASIL, 2011). Com isso, o presente trabalho busca apresentar as ações e atividades realizadas em uma instituição hospitalar do Sul de Santa Catarina no setor de Centro Materno Infantil que promove o incentivo ao aleitamento materno assim como ações que mantenham a instituição com o título de Hospital Amigo da Criança desde 2001, além de ser também referência em Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e possui como diferencial um banco de leite em anexo que além de realizar coleta, pasteurização e controle de qualidade do leite humano, realiza promoção, proteção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. Trata-se de um relato de experiência que evidencia o trabalho desenvolvido por um hospital com o título de amigo da criança. O trabalho de adesão ao Programa IHAC começou no ano de 2000 com o apoio e participação da enfermeira que é até hoje responsável pela continuidade das atividades que mantém a instituição credenciada. A instituição iniciou realizando as reformas necessárias e capacitação de toda equipe, logo a adesão aos “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno” e à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) conforme exigências do programa. Todos os anos são realizados capacitação para toda equipe multiprofissional envolvida com cuidados das mães e recém-nascidos. A instituição é avalizada a cada dois anos pelo MS para verificação do cumprimento das atividades em prol da continuação do incentivo ao aleitamento materno fazendo com que a instituição mantenha o título de Hospital Amigo da Criança. Através do relato é possível observar o trabalho desenvolvido na instituição onde presta os serviços sempre seguindo as recomendações da OMS, MS

ISSN 2525-8273

e UNICEF para que se mantenha referência como HAC, entre elas estão os dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Umas das metas para os dez passos do aleitamento materno é capacitar os profissionais para prática das ações, com isso a instituição promove capacitação 2 vezes por ano de 20 horas cada, onde são realizadas aulas práticas e teóricas, com recapitulação dos conteúdos e atualizações durante o ano través de educação continuada/permanente, o roteiro é uma adaptação do material desenvolvido pelo Ministério da Saúde. O Centro Materno infantil também informa todas as gestantes sobre os benefícios do aleitamento materno assim como auxiliam no processo de início da amamentação na primeira hora após o nascimento, já no centro obstétrico e orientação sobre como manter o aleitamento materno mesmo separadas dos filhos. Promove curso de gestante com duração de cinco encontros, que são repassados as mães todas as orientações sobre gestação, parto e puerpério, assim como cuidados com os bebês e ao final do curso é apresentado às mães e a um familiar que irá acompanhá-la na hora do parto o Centro obstétrico, local que são realizados todos os partos cesárea e vaginal. A instituição promove o incentivo ao aleitamento materno assim como também educa as mães a não oferecerem qualquer outro alimento que não seja o leite materno até os seis meses de idade, exceto com indicação médica e não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito. Outro grande destaque é a desenvolvimento do Método Canguru, onde os bebês são colocados junto ao corpo dos pais com contato pele a pele, este um momento muito importante para aumentar o vínculo com o bebê e principalmente tranquilizar o bebê. A equipe de enfermagem do banco de leite além de acompanhar todas as puérperas e recém-nascidos durante internação realiza retorno de todos os recém-nascidos na instituição após alta hospitalar, as consultas quando recém-nascidos a termo são agendadas na hora da alta para aproximadamente 8 dias após o parto e quando prematuros são atendidos todos os dias de segunda à sábado. Realizam-se exame físico do recém-nascido, teste da orelhinha, orientações quanto aos cuidados com bebê, higiene, coto umbilical, incisão cirúrgica da mãe (se houver) sangramento, cuidados com o peito e amamentação. O recém-nascido prematuro ou baixo peso são acompanhados até que complete peso de 2.500g, os retornos podem acontecer com intervalo de 24 a 48 horas. Além de cumprir com os dez passos para o aleitamento materno, cumpre com as metas exigidas conforme MS, onde permite direito à gestante de um acompanhante durante o parto de livre escolha para que forneça apoio, o acompanhante permanece sempre ao lado da gestante, faz com que se sinta segura e mais confiante para a hora do parto. Durante o trabalho de parto são oferecidos às mulheres líquidos e alimentos leves, assim como auxílio e incentivos para que a mulher deambule e se movimente nesse período, bem como são disponibilizados métodos não farmacológicos que auxiliam no alívio da dor como banho no chuveiro, massagens, bola de Pilates, todos realizados pelas profissionais de enfermagem ou pelos acompanhantes previamente orientados. A instituição incentiva e promove a redução da realização de procedimentos invasivos como rupturas de membranas, episiotomia, cesarianas entre outros sempre que possível. Durante o parto são permitidos *Doulas* que permitem como acompanhante juntamente com a gestante, é permitido também livre acesso à mãe e ao pai durante 24 horas com o recém-nascido. Durante o relato foi possível observar as atividades realizadas pela instituição para se manter com o título Hospital Amigo da Criança à 15 anos. Percebe-se que a instituição trabalha de forma humanizada e busca constantemente melhorias para atender de forma humanizada, buscando recuperação e a promoção da saúde sempre dentro das recomendações do MS. Todos as metas exigidas pelo MS são cumpridas, entre elas os Dez Passos Para o

ISSN 2525-8273

Sucesso do Aleitamento Materno e demais direitos às gestantes e puérperas como permissão de acompanhante 24 horas e garantia de atendimento com qualidade.

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal. Aleitamento Materno.

Referência:
BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília 2011.

ISSN 2525-8273

Resumo 19:

Título: Problematizando o Bullying em ambiente escolar: a projeção de audiovisuais como possibilidade de sensibilizar crianças e adolescentes

Autores:
Angélica Zanettini - Acadêmica de enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó/SC; E-mail: gelyzanettini@hotmail.com.
Denise Finger - Acadêmica de enfermagem do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: deni.finger@hotmail.com.
Greice Daiani Berlezi - Acadêmica de enfermagem do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: greiciberlezi@hotmail.com.
Mayara de Oliveira Walter - Acadêmica de enfermagem do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: mayarawalter14@gmail.com.
Jeane Barros de Souza – Enfermeira. Doutor. Professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: jeane.silva@uffs.edu.br.
Fabiana Brum Haag - Enfermeira mestre. Professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: fabiana.haag@uffs.edu.br.

Resumo: o presente resumo refere-se a um relato de experiência sobre uma atividade desenvolvida no projeto de extensão "Promovendo a Saúde de crianças e adolescentes por meio da música", que integra ações do programa "Educação Saúde e Música: entrelaçando ações para uma vida saudável na infância e no adolescer", do curso de Enfermagem, da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS. Este projeto é desenvolvido em parceria com uma escola estadual, na cidade de Chapecó/SC, com o objetivo de realizar ações de educação, saúde e música para as crianças e adolescentes, visando o viver saudável. Uma das ações realizadas através do projeto de extensão foi a criação do Coral Encanto, que integra atualmente 45 participantes, que são crianças e adolescentes matriculados na escola parceira do projeto. Segundo Finger (2016), a música está presente no cotidiano da maioria das pessoas, influenciando direta ou indiretamente na sua qualidade de vida, envolvendo diferentes determinantes da saúde, atuando nos aspectos fisiológicos através do relaxamento na musculatura, diminuindo a ansiedade e os sintomas de depressão, juntamente com a questão psicológica, ao promover a liberação de emoções e expressão dos sentimentos. A música também estimula a comunicação, tornando os envolvidos mais sociáveis, sendo que estes e tantos outros benefícios da música são notáveis nos participantes do Coral Encanto. No entanto, além dos benefícios da música, nos próprios momentos de ensaio do coral, busca-se também refletir sobre diversas temáticas que permeiam a vida cotidiana dessas crianças e adolescentes, como o cuidado ao meio ambiente, a importância da família e amigos, o cuidado com a saúde de forma geral, o desenvolvimento da cidadania, a cultura da paz, a fim de proporcionar momentos de conversa e atividades lúdicas com ênfase em assuntos atuais, buscando sanar dúvidas, na tentativa de diminuir o tempo ocioso dessa população, que é carente de diversos recursos. Assim, em um dos momentos de ensaio do *Coral Encanto*, surgiu a necessidade e a oportunidade de debater sobre o "*bulling*", nascendo a escrita deste relato de experiência, que tem

ISSN 2525-8273

como objetivo compartilhar a vivência de uma atividade lúdica envolvendo a temática do "bulling" com crianças e adolescentes, participantes de um coral no oeste catarinense. A atividade foi desenvolvida numa sala de aula da própria escola, no mês de maio de 2016, por meio de uma sessão de cinema com pipoca, com a autorização por escrito dos pais dos coralistas. Contou com a participação de 35 crianças e adolescentes, que assistiram o filme "Ponte para Terabítia", que é um drama e fantasia americano, produzido por Gábor Csupó, no ano de 2007. Assim, com o total apoio da escola e dos familiares das crianças e adolescentes, a sala de cinema foi improvisada em uma sala de aula, as poltronas foram substituídas por colchonetes no chão e o filme foi projetado no quadro branco. Após assistir o filme, foi realizado um debate sobre os principais aspectos levantados no transcorrer da história do filme, e os participantes foram convidados a realizar um desenho, como tarefa para casa, para apresentar aos colegas no próximo ensaio. Durante a atividade, percebeu-se grande empolgação das crianças e adolescentes, pois apesar de ser uma atividade simples, a maioria dos participantes não possuíam condições financeiras para ir ao cinema da cidade, trazendo assim momentos de lazer, cultura e diversão, além do aprendizado e também um momento rico de aproximação e integração entre os próprios participantes do coral. Da mesma forma, também foi possível alcançar o objetivo da atividade, que era discutir, através da história do filme, a temática do "*bulling*", sendo algo importante para a formação das crianças e adolescentes. Além de abordar sobre o conceito e consequências do "*bulling*", também foi possível observar, através dos relatos dos coralistas, a reflexão sobre a magia da imaginação e o valor da amizade verdadeira. Segundo Tondo, Rhoden e Rhoden (2016), o "*bulling*" é uma agressão intencional, porém sem motivação evidente, que pode ser manifestado em qualquer lugar, inclusive na escola, causando humilhação, dor e angústia nas pessoas agredidas. Nesse sentido, as crianças e adolescentes trouxeram ainda outros aspectos relacionados a este tema, afirmando que o "*bulling*" pode ser caracterizado por apelidos, xingamentos, humilhações públicas e até mesmo agressões físicas. Silva (2015) afirma que a palavra "*bulling*" é utilizada para qualificar diferentes comportamentos violentos no espaço escolar, entre eles, destacam-se as agressões, assédios e ações desrespeitosas. Desta forma, percebe-se que as crianças e adolescentes possuem um conhecimento básico sobre o conceito de "*bulling*" e, inclusive, relatam fatos ocorridos na escola, motivados pela aparência física de alguns colegas e também realiaram desenhos, retratando tal vivencia. Portanto, esta é uma realidade presente no cotidiano escolar e por este motivo, deve ser encarado com seriedade pela direção da escola e familiares. A música, em especial o canto coral, proporciona importantes contribuições para a saúde e desenvolvimento integral de crianças e adolescentes, podendo ser um canal para iniciar discussões importantes com o público em questão, tanto através de ações inovadoras, como através das próprias letras das canções. Atrair o olhar de crianças e adolescentes para um assunto sério, como o "*bulling*", requer criatividade e inovação, sendo que medidas simples como a música e o cinema podem auxiliar nessa ação. No entanto, observa-se a necessidade da continuidade do debate na escola, envolvendo o restante da comunidade escolar. Nesse sentido, percebe-se a importância das atividades realizadas pelo projeto de extensão, bem como a necessidade da continuidade de seu desenvolvimento na escola, abarcando este e outros temas relevantes através da música e de atividades lúdicas.

Palavras Chaves: Saúde. Música. Enfermagem.

ISSN 2525-8273

Referências:

FINGER, D. et al. Atuação da música no desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Rev. Ciênc. Ext. v.12, n.2, p.106-115, 2016. Disponível em: < http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1316/1236>. Acesso em: 28 jun 2016.

SILVA, A. B. B. **Bullying: mentes perigosas nas escolas**. [2 ed.]- São Paulo: Blobo, 2015. Disponível em:< https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=UUgHCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=o+que+%C3%A9+bulling&ots=Y0ehSpB95x&sig=76Khs7leRUBZApJ4AfSAQe7YsQE#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 23 Jun 2016.

TONDO, R.; RHODEN, J. L. M.; RHODEN, V. "Chega de bullying": um olhar sobre a mobilização de crianças e adolescentes contra o bullying na internet. **Temática**, v.12, n.1, p.16-32, 2016. Disponível em:< http://periodicos.ufpb.br/index.php/tematica/article/view/27398/14712>. Acesso em 23 Jun 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 20:

Título: Educação em saúde com crianças e adolescentes no espaço escolar: o uso de metodologias ativas

Autores:
Angélica Zanettini - Acadêmica de enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: gelyzanettini@hotmail.com.
Ângela Urio - Acadêmica de enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: ange.urio@hotmail.com.
Vanilla E. Franceschi - Acadêmica de enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: vanilla.eloa@hotmail.com
Tatiana Xirello - Acadêmica de enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: taty-xirello@hotmail.com.
Fabiana Brum Haag – Enfermeira. Mestre. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: fabiana.haag@uffs.edu.br.
Jeane Barros de Souza – Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: jeane.silva@uffs.edu.br.

Resumo: o presente trabalho trata-se de um relato das ações desenvolvidas no projeto de pesquisa do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, intitulado "*Ações educativas na escola: investigando a inserção de novas práticas de educação em saúde no cotidiano escolar*". Este projeto de pesquisa é executado e implementado em uma Escola pública no município de Chapecó/SC juntamente com o projeto de extensão intitulado: Promovendo a Saúde de crianças e adolescentes por meio de ações educativas; e estes vinculados ao programa: "Educação Saúde e Música: entrelaçando ações para uma vida saudável na infância e no adolescer", no qual promove-se atividades educativas em saúde, que objetiva a promoção da saúde por meio de oficinas interativas com os estudantes e professores do ensino médio e fundamental da referida escola. A educação em saúde é um tema, que cada vez mais, vem ocupando espaços nas discussões e reflexões entre os profissionais da saúde, principalmente naqueles que atuam no âmbito da saúde coletiva, como o enfermeiro. Relaciona-se com uma atuação em saúde em que se estabelece uma interação entre aquele que educa e aquele que recebe e absorve tal educação, com a finalidade não apenas de informar, mas principalmente de trocar experiências e conhecimentos que favoreçam a promoção de hábitos saudáveis de vida (CONVERSANI, 2004). As atividades educativas estão sendo realizadas por meio de metodologias ativas de aprendizagem. No contexto das novas tendências pedagógicas, a Metodologia Ativa é uma das possíveis estratégias, para qual o aluno é o protagonista central, ou seja, corresponsável e proativo pela sua trajetória educacional e o professor apresenta-se como coadjuvante, um facilitador das experiências relacionadas ao processo de aprendizagem (PRADO, *et.al* 2012). O projeto tem como objetivo identificar os saberes de estudantes e professores sobre as estratégias didático-pedagógicas utilizadas em um projeto de extensão universitária, e em que elas se aproximam ou se distanciam daquelas utilizadas em sala de aula. Elencar as práticas de ensino desenvolvidas por

ISSN 2525-8273

professores em sala de aula no cotidiano escolar para abordar temas de educação em saúde, e sua relação com a aprendizagem percebida pelos estudantes. Descrever elementos, cenários de aprendizagem, e sujeitos que possibilitem no cotidiano escolar a implementação de "novas" estratégias didático-pedagógicas de ensino para educação em saúde, a partir dos desafios apontados durante um projeto de extensão Universitária. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a inserção de "novas" estratégias didático-pedagógicas de ensino para educação em saúde investigada ao final de cada oficina, por meio de entrevista acompanhada por roteiro contendo questões-estímulo norteadoras, sendo um destinado aos estudantes, e outro ao professor da classe, com o intuito de perceber como as metodologias ativas são compreendidas pelo estudante. Participam deste projeto estudantes regularmente matriculados e frequentando a Escola Básica Valesca C. R. Parizotto, do bairro Jardim América, no município de Chapecó-SC e seus respectivos professores. A seleção e recrutamento dos estudantes foi realizada com auxílio da estratégia metodológica denominada de *Snow Ball*, onde um estudante indica mais dois de sua escolha, e assim sucessivamente, até completar o número de 20 entrevistados desta categoria. O primeiro estudante a ser selecionado, foi indicado pelo Gestor da Escola, o qual espera-se que seja um integrante ativo da equipe e conhecedor da comunidade estudantil, onde foi instruído a indicar um estudante assíduo em sala de aula e que participe de movimentos estudantis ou grêmios, tendo em vista que estas características maximizarão as chances deste estudante indicar outros jovens com protagonismo juvenil para socializar as metodologias ativas a serem investigadas e instigadas ao longo do projeto. Já os professores foram escolhidos pelo fato de lecionarem para os estudantes que também fazem parte deste estudo, sedo estimados em 10 professores. Realizou-se as entrevistas em um espaço na escola reservado para este fim, de modo a garantir o sigilo e anonimato preconizado pela Resolução 466 de 2012. Ademais o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa nº. 0 1.393.621. O tempo de duração da entrevista foi de aproximadamente 20 minutos e gravada somente para a transcrição das informações. Os estudantes menores de idade assinaram o Termo de Assentimento, e os respectivos pais e/ou responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os estudantes de maior idade, assinaram normalmente seu TCLE por estarem aptos a concordarem com sua inclusão na pesquisa. Além disso, os professores também assinaram um terceiro TCLE específico para estes. Para minimizar os riscos para os estudantes e professores, ficou claro que comparações e classificações reducionistas ("melhor" ou "pior") entre metodologias ativas e tradicionais não fazem parte deste estudo, ou seja, todos podem falar livremente sobre as contribuições das metodologias ativas sem receio que os erros das metodologias tradicionais serão apontados no estudo. A análise dos dados será desenvolvida por intermédio da Proposta Operativa de Minayo (2008), a qual propõe fases para emergir temas e categorias a partir das falas dos sujeitos. Tal proposta, embora deixe livre o pesquisador para pensar em como operacionaliza-la, propõe que as falas sejam lidas com critério, sejam selecionadas as ideias chaves, e após isso, classificadas e agrupadas de acordo com as afinidades temáticas e com a pertinência com o objeto de estudo. Construir-se-á, ainda, uma matriz analítica a partir das leituras sobre o tema de metodologia de ensino-aprendizagem, por tratar-se de um projeto em fase final, tendo como resultados parciais, balizadores positivos e outros negativos deste processo. Quanto aos positivos, podemos relatar o entusiasmo de alguns em participar da pesquisa, a percepção dos professores que sobre a maneira em se ministrar as aulas, trabalhar mais com aprendizagem ativa; e em relação aos negativos, percebemos que tanto professores como estudante tem pouco entendimento ou entendimento equivocado

ISSN 2525-8273

sobre aprendizagem ativa, sendo que no entendimento destes, a principal relação que fazem é com uma aula lúdica ou brincadeiras e ainda relacionam somente com dinâmicas e pouco com aprendizagem ativa. E também, para os estudantes, as oficinas de educação em saúde, não estão sendo entendidas como promotoras de saúde e sim como escape da rotina de aulas propostas no calendário escolar. O referido projeto encontra-se em fase final, e como conclusões, percebe-se que "fazer e pesquisar" é algo interessante, estimulante e decisivo no processo de amadurecimento e conhecimento científico e prático para o estudante universitário, sendo peça fundamental no tripé acadêmico de pesquisa, ensino e extensão. O emprego de metodologias ativas de ensino-aprendizagem favorece o desenvolvimento de competências dos discentes de enfermagem envolvidos na educação e promoção da saúde, possibilitando uma abordagem eficaz e coerente com o papel de futuros profissionais da saúde (PRADO et.al, 2012).

Palavras Chaves: Aprendizagem ativa. Educação em saúde. Enfermagem.

Referências:

CONVERSANI, D.T.N. **Uma reflexão critica sobre a educação em saúde**. In Bis-Boletim do Instituto de Saúde n34. São Paulo, 2004.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PRADO, M.L.; VELHO, M.B.; ESPÍNDOLA, D.S.; SOBRINHO, S.H.; BACKES, V.M.S. Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da saúde alimentar infantil. **Rev. Nutr.** Vol. 25., nº1. Campinas Jan./Feb. 2012.

PRADO, M.L.; VELHO, M.B.; ESPÍNDOLA, D.S.; SOBRINHO, S.H.; BACKES, V.M.S. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologias ativas na formação de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Anna Nery** vol.16 nº1 Rio de Janeiro Mar. 2012.

ISSN 2525-8273

Resumo 21:

Título: A Shantala como possibilidade de cuidado ao binômio mãe-bebê

Autores:
Iasmim Cristina Zilio – Acadêmica de enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS *campus* Chapecó/SC. E-mail: iasmimczilio@hotmail.com.
Tassiana Potrich - Mestre em Enfermagem. Professora Assistencial do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, *campus* Chapecó/SC. E-mail: tassiana.potrich@uffs.edu.br.
Vanessa Aparecida Gasparin - Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre/RS. E-mail: vane-gasparin@hotmail.com
Cristiane Márcia Siepko - Fisioterapeuta. Pós Graduada em Intervenção Precoce em Neuropediatra pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar –SP, Chapecó/SC. E-mail: cristiane.siepko@gmail.com.

Resumo: no ventre materno, os bebês são bombardeados por estímulos físicos que desencadeiam prazer e bem estar. As próprias contrações são sentidas como abraços apertados que estimulam seu corpo e produzem sensações positivas. Engana-se quem pensa que o trabalho de parto é doloroso ao bebê, ele grita ao final como forma de apreciação das sensações recebidas, sentidas como "massagens" em seu corpo. Nos primeiros meses de vida, o bebê sofre com a desolação causada pela ruptura do ambiente calmo, tranquilo e protegido da vida intrauterina, necessitando de um cuidado especial para reestabelecer o equilíbrio perdido no nascimento (LEBOYER, 1995). Para tal, a Shantala, técnica tradicional de massagens para bebês que ficou conhecida no ocidente na década de 1970, através do médico obstetra Frédérick Leboyer, contribui como ferramenta para equilibrar a necessidade de carinho e amor que os bebês precisam, tanto quanto serem nutridos com o leite materno (LEBOYER, 1995). A massagem infantil possui vários benefícios, dentre eles a melhora da saúde mental da criança que, segundo Soriano (2013), é favorecida pelo fortalecimento dos elos pré-estabelecidos ainda no período gestacional, colaborando para a diminuiçao da desolação causada pela mudança da vida intraútero para a avida extraútero. Frente a este contexto, objetiva-se descrever a experiência da oficina de Shantala desenvolvida com enfermeiros da atenção básica. Trata-se de um relato de experiência sobre a oficina ocorrida no mês de dezembro de 2015, referente ao projeto de extensão da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), intitulado "Sensibilização do Enfermeiro como protagonista da assistência prestada no âmbito da saúde infantil", coordenado pela docente da UFFS, juntamente com uma acadêmica bolsista e uma acadêmica voluntária. As oficinas têm como público alvo aproximadamente 80 enfermeiros da rede de atenção básica do município de Chapecó, distribuídos nos 26 Centros de Saúde da Família (CSF). Estas oficinas são realizadas bimestralmente, contendo temas que sejam relevantes e relacionados à saúde da criança como puericultura, acidentes na infância, complicações no aleitamento materno, Shantala, dentre outros. Desta maneira, realizou-se a oficina referente ao tema em questão no mês de dezembro de 2015, ministrada pela fisioterapeuta convidada Cristiane Siepko, com a participação de 24 enfermeiras que se envolveram nas atividades. Em um primeiro momento, houve a explanação da temática mediante a utilização de retroprojetor, com os seguintes tópicos: o conceito de Shantala e sua evolução histórica, a justificativa da técnica, a forma de sua execução, tanto em relação a

ISSN 2525-8273

quem a executa, quanto ao preparo do ambiente, bem como os benefícios, indicações e contraindicações da prática. Neste contexto, então, explanou-se que a Shantala se constitui em uma técnica milenar de massagem indiana, adaptada a cultura ocidental, a qual tem por finalidade melhorar o desenvolvimento neuropsicomotor e o relaxamento da criança, ocorrendo a troca de informações e de conhecimentos entre os presentes. Posteriormente, para demonstração prática da Shantala, a fisioterapeuta posicionou-se sentada no chão e contou com a participação de bebê de cinco meses, o qual foi trazido pela mãe a convite das realizadoras da oficina, para melhor exemplificação do procedimento. Enquanto a fisioterapeuta conduzia a dinâmica de forma detalhada, explicando cada movimento, simultaneamente *slides* eram projetados com imagens da técnica e instruções de como realizá-la para melhor compreensão do público. Vale ressaltar que durante toda a atividade houve participação das enfermeiras, oportunizando momentos de troca de informações e de conhecimentos de forma mais próxima. Ao final houve avaliações positivas das enfermeiras para com a atividade, sendo gratificante às organizadoras da oficina ouvir as considerações relacionadas ao benefício desta prática e da importância de haver oficinas de sensibilização e atualização. Estas oportunizam ao enfermeiro o conhecimento de novas práticas para orientar os pacientes e colocar em prática no seu cotidiano, melhorando a qualidade da assistência. Os benefícios encontrados na realização da Shantala são inúmeros, dentre eles o fornecimento de tranquilidade, segurança e autoestima ao bebê, além de ser uma prática de baixo custo que favorece, inclusive, a saúde mental deste bebê e a criação ou fortalecimento do vínculo entre ele e sua mãe. Isto ocorre porque, uma vez que a mãe toca e massageia seu bebê, estes tornam-se uma continuação do processo de ligação e relacionamento caloroso e positivo que havia no período gestacional (SORIANO, 2013). A realização das oficinas contribui para a renovação do conhecimento dos enfermeiros, atualizando-os e disseminando conhecimentos de práticas benéficas proporcionadas pela Shantala, visto que potencializa o vínculo entre mãe e bebê, favorecendo os laços afetivos. O enfermeiro pode se apropriar desta prática para auxiliar as mães ou os cuidadores de crianças a amenizarem de forma estratégica queixas observadas nos primeiros meses de vida do bebê, comuns nos consultórios de enfermagem. Assim, a Shantala contribui para o relaxamento e para a maior tranquilidade no sono, favorecendo inclusive a qualidade da amamentação, evitando o choro constante e diminuindo os desconfortos intestinais, tais como as cólicas (VICTOR; MOREIRA, 2004).

Palavras Chaves: Enfermagem. Fisioterapia. Saúde da Criança.

Referências:

LEBOYER, F. **Shantala uma arte tradicional:** Massagens para bebês. 7. ed. São Paulo: Ground, 1995.

SORIANO, J. **A influência da Shantala para o desenvolvimento de bebês.** 2013. 35 f. TCC (Graduação) - Curso de Pedagogia, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Rio Claro, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/121369>. Acesso em: 23 jul. 2016.

VICTOR, J. F.; MOREIRA, T. M. M. Integrando a família no cuidado de seus bebês: ensinando a aplicação da massagem Shantala. **Acta Scientiarum. Health Sciences,** Maringá, v. 26, n. 1, p.35-39, 2004. Disponível em: <http://www.gimnogravida.pt/Documentos/Massagem Shantala satisfacao das maes.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 22:

Título: Percepções de mães de Recém Nascido internado em uma unidade de tratamento intensivo neonatal sobre as relações de apoio estabelecidas entre as mães e a equipe de enfermagem

Autores:
Iasmim Cristina Zilio – Acadêmica de enfermagem do curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS *campus* Chapecó/SC. E-mail: iasmimczilio@hotmail.com.
Taiana Zanatta Pedroso - Enfermeira Treinee da maternidade do Hospital Unimed – Chapecó/ SC. E-mail: thay_zp@hotmail.com.
Tassiana Potrich - Doutoranda em Enfermagem - UFSC. Professora Assistencial do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, *campus* Chapecó/SC. E-mail: tassiana.potrich@uffs.edu.br.
Joice Moreira Schmalfuss - Mestre em Enfermagem. Professora Assistencial do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, *campus* Chapecó/SC. E-mail: joice.schmalfuss@uffs.edu.br.
Crhis Netto de Brum - Doutoranda em Enfermagem –UFRGS- Professora Assistencial do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, *campus* Chapecó/SC. E-mail: crhis.brum@uffs.edu.br.
Ana Carla Lermem - Enfermeira da Maternidade e Berçário do Hospital Regional do Oeste – HRO, Chapecó/SC. E-mail: anamohr@yahoo.com.br.

Resumo: muitas mães idealizam a sua gestação e a maternidade de forma subjetiva e única. Dentro desse contexto e para a maioria destas, o desejo que seu filho nasça de uma maneira saudável e que, após o nascimento, siga com ela para casa é almejado. Entretanto, algumas vezes, quando isto não se torna possível decorrente de alguma situação de saúde do bebê, necessitando internação em uma UTI Neonatal (UTIN), a mãe é exposta a uma situação que não fazia parte do seu imaginário de maternidade, expondo-a aos anseios e medos que podem gerar sofrimento e desilusão. O sucesso da assistência não permeia apenas a prática voltada aos RN internados, mas também o olhar sobre as mães que os acompanham, implicando assim, em uma maior qualidade na assistência. As relações criadas junto à equipe de saúde, especialmente à equipe de Enfermagem, visto que é esta que permanece grande parte do tempo ao lado do neonato e das mães, tem influência direta no manejo que esta mulher terá frente a tal situação. Desta maneira, é necessário mapear a visão destas mães sobre o atendimento a elas dispensado e a forma com que percebem a equipe de saúde. O ambiente da UTI é intenso, esta intensidade aplica-se no cotidiano deste setor, incluindo o tratamento, os riscos, as emoções, os sentimentos, as reações, os procedimentos, entre outros. É o local onde se faz necessário a criação de mecanismos a fim de minimizar essas intensidades, seja por meio de palavras, apoio emocional, desviando o foco do atendimento apenas ao paciente, acolhendo também os familiares (FERREIRA; MENDES, 2013). Frente a isto, objetiva-se descrever a percepção da mãe que tem RN internado na UTIN acerca do apoio da equipe de Enfermagem para a manutenção do aleitamento materno. Trata-se de um estudo investigativo de abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório. A pesquisa foi desenvolvida na Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira-Hospital Regional do Oeste (HRO), localizado no Oeste Catarinense, na cidade de Chapecó/SC. O estudo foi realizado, inicialmente, na sala de espera da UTI neonatal e na sala de amamentação da maternidade da referida instituição, em local que garantiu a

ISSN 2525-8273

privacidade dos sujeitos. Os participantes da pesquisa foram mães cujos RN estavam internados na UTIN de uma instituição de saúde. Ao todo foram entrevistadas 11 mães que foram selecionadas aleatoriamente e sequencialmente, conforme a presença destas nos horários de visitas da UTIN e na sala de amamentação da maternidade da mesma instituição, por ser um local de permanência destas. O critério de inclusão delineado foi: ser mãe de RN que está internado na UTIN. Já como critério de exclusão, delineou-se as mães que tinham seus RNs internados na UTIN por menos de dois dias. A etapa de campo foi desenvolvida concomitantemente com a etapa de análise, com o intuito de alcançar a saturação dos dados, contribuindo para a finalização da coleta de dados segundo critério de Turato (2005). A produção dos dados deu-se através de entrevista semiestruturada com questões abertas e fechadas e um roteiro para caracterização da mãe e do RN. Os dados foram analisados segundo análise temática proposta por Bardin (2011). É necessário informar que a respectiva pesquisa respeitou as normas e diretrizes da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS 466/12 e só foi iniciada a etapa de campo na instituição após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sob o número de parecer 1.145.098. É imprescindível ainda, informar que este esta pesquisa é resultante de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) desenvolvido no ano de 2015. A análise dos dados gerou informações que resultaram em três categorias, além da caracterização dos sujeitos. São elas: reconhecem o comprometimento da equipe de enfermagem em auxiliar a apoiar a manutenção do aleitamento materno, gostariam de ter mais tempo com o filho internado e percebem a necessidade de um espaço apropriado para a espera. A pesquisa demonstrou a importância do apoio da equipe de Enfermagem frente à amamentação e a realização da técnica da ordenha, uma vez que muitas delas não conhecem esta técnica, gerando insegurança na sua realização. O papel da Enfermagem no auxílio à retirada do leite, esclarecendo as dúvidas existentes tanto em relação à amamentação, quanto em relação ao bebê, o estímulo ao aleitamento e o fornecimento de informações, inclusive o fato de estarem sempre disponíveis para auxiliá-las, além do fornecimento de material, foram ações citadas pelas mães como condutas que contribuem com a diminuição da angústia e a insegurança frente à situação da internação e a necessidade de retirar o leite para nutrir o seu bebê. O sofrimento e a desilusão gerados pela internação do neonato na UTIN podem causar consequências no processo de lactação da mãe, podendo comprometer inclusive a técnica da ordenha, essencial para retirada do leite a ser ofertado ao RN para manutenção da nutrição adequada (ARAÚJO; RODRIGUE; RODRIGUES, 2008; SCHMIDT et al., 2012; LUCAS et al., 2014). A análise sugeriu que as mães remetem o cuidado de Enfermagem prestados a elas diretamente na manutenção do aleitamento materno, inclusive no que tange a transmissão de informações referentes ao estado geral do neonato, fator positivo frente à importância do aleitamento materno e da diminuição da ansiedade para sucesso deste. Corroborando com o exposto, Rodrigues et al (2013) afirma que a mãe precisa sentir-se segura para a correta manutenção da lactação, sendo orientadas e apoiadas pela família, bem como pelos profissionais da saúde que prestam a assistência. Por ser um espaço novo que se insere no meio do binômio mãe/bebê, as incertezas, os anseios, as dúvidas e o medo são inevitáveis. Neste momento de emoções e sentimentos intensos, cabe a Enfermagem promover ações que os minimize, seja fornecendo informações sobre o que está acontecendo, a situação do seu bebê, ou auxiliando e estimulando o aleitamento materno, fazendo com que esse momento seja positivo. Para tal, o enfermeiro precisa estar munido de conhecimento e empatia, itens necessários para desenvolver a assistência adequada

ISSN 2525-8273

e que abarque todas as necessidades tanto do RN internado, quanto da sua família, ampliando o olhar para além do paciente, sendo sensível e empático a ponto de perceber o sofrimento das mães e familiares com RN internados na UTIN que necessitam de assistência. Estas ações minimizam os riscos e prejuízos que possam afetar as relações socioafetivas, bem como o sucesso do aleitamento materno, contribuindo ainda para o enfrentamento da internação do neonato da melhor maneira possível.

Palavras Chaves: Enfermagem. Neonato. UTI Neonatal.

Referências:

ARAÚJO, B.; BERTOLOSSI, Marta de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará; RODRIGUES, Elisa da Conceição. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana.**Rev. Enferm. Uerj,**Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, p.180-186, abr./jun. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.**Edições 70-Brasil, 2011.

FERREIRA, P. D.; MENDES, T. N. Família em UTI: Importância do Suporte Psicológico Diante da Iminência de Morte. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.88-112, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n1/v16n1a06.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2016

LUCAS, R. et al. Furthering Our Understanding of the Needs of Mothers Who Are Pumping Breast Milk for Infants in the NICU. **Advances In Neonatal Care,** Estados Unidos, v. 14, n. 4, p.241-252, 2014.

RODRIGUES, A. P. et al. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf. [internet],**-, v. 15, n. 1, p.253-264, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a29.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2016.

SCHMIDT, K. T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc Anna Nery R Enferm,** Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p.73-81, mar. 2012.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Publica,** São Paulo, v. 3, n. 39, p.507-514, abr. 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/taiana/Downloads/Artigo 11. pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

ISSN 2525-8273

Resumo 23:

Título: Atividade de educação em saúde: experiências de acadêmicos de enfermagem

Autores:
Amanda Santos Cabral - Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista de iniciação científica PIBIC/Cnpq. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: amandacabral@hotmail.com.br.
Ana Izabel Jatobá de Souza - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Mmebro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Santa Catarina – GEPESCA/UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: jatoba.izabel@ufsc.br.
Ana Paula Madalena da Silva - Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista de extensão. Florianópolis/SC. E-mail: anapaulamadalenadasilva@gmail.com.
Charles Alberto Teixeira Filho - Acadêmico de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: charlesteixeira.f@hotmail.com.
Melanie Scheneider Schmidt - Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista de extensão. Florianópolis/SC. E-mail: melanie.scheneider@gmail.com.

Resumo: a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada em todo o Brasil como importante estratégia para a reorganização do modelo assistencial, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (BRASIL, 2012). Baseado nesta estruturação cabe às equipes da ESF buscarem parcerias com instituições que atuem dentro da mesma área de abrangência e cobertura assistencial. O local de atuação da equipe de saúde deve ir além do centro de saúde, chegando ao domicílio, a creche, a escola, a associação comunitária, dentre outros. O enfermeiro como educador atua no intuito de preparar o indivíduo para o autocuidado. Para que a educação em saúde se torne efetiva é necessário o uso de estratégias que envolvam a participação da comunidade escolar de forma a propiciar a promoção em saúde. Na interface entre a saúde e a escola existe o Programa de Saúde na Escola (PSE) que busca fortalecer a interlocução entre a saúde e a escola e pré-escolas. Um dos temas solicitados pelas escolas e pré-escolas vinculados ao PSE estão as questões ligadas a higiene pessoal. A higiene corporal é tratada como condição para a vida saudável. A aquisição de hábitos de higiene corporal tem início na infância, destacando-se a importância de sua prática sistemática. A infância é uma das fases mais decisivas na construção de condutas e a escola como uma instituição social é privilegiada pelo fato de poder desenvolver trabalhos sistematizados e contínuos. O aluno precisa responsabilizar-se com crescente autonomia por sua higiene corporal, percebendo-a como fator de bem-estar e como valor da convivência social (SILVEIRA et al., 2009). Portanto, faz-se necessário contribuir com medidas práticas para que os alunos possam ter autonomia no cuidado com o corpo, como por exemplo, os temas que serão abordados na atividade educativa: lavagem das mãos antes e após as refeições e eliminações; limpeza de cabelos (piolho); cuidados com as unhas; higiene bucal e banho diário.

ISSN 2525-8273

Tratando-se em educação para higiene, há de se buscar uma prática participativa de modo que as orientações para os alunos sejam coerentes com a linguagem do próprio corpo, respeitando neste caso o crescimento e o desenvolvimento da faixa etária de 4 a 6 anos. A presença do educador com uma nova visão se torna imprescindível e fundamental, pois é preciso que o "saber" seja extensivo a todos, é preciso facilitar para que o aluno se aproprie do conhecimento científico a respeito do próprio corpo, sobre as condições de vida da população e sobre sua importância de colocar em prática certos hábitos que contribuirão decisivamente no cuidado com o corpo. Quando o aluno percebe que estes hábitos o ajudam a viver melhor ele estará motivado a colocá-los em prática com regularidade. Ser saudável é também estabelecer bons hábitos e compreender que esse tratamento nos traz benefícios. Através das atividades educativas realizadas na escola, faz-se necessário e imprescindível o estabelecimento do vínculo da equipe de saúde e comunidade assistida. O objetivo do projeto é sensibilizar e propiciar o contato das crianças de 4 a 6 anos de idade de uma creche de um dos bairros do município de Florianópolis/SC/Brasil com temas que os cercam diariamente sobre higiene e como aprimorá-la de acordo com sua etapa de desenvolvimento, para incorporar em seu viver a rotina do cuidar de si. A opção pela creche deve-se ao fato de estar na área de abrangência do Centro de Saúde (CS) ao qual pertence. A escolha do tema "higiene corporal e bucal" surgiu após discussão entre alunos do curso de Graduação em Enfermagem da sexta fase da Universidade Federal de Santa Catarina, professora orientadora, profissionais do CS e diretora da creche escolhida. O público alvo da atividade educativa foi composto por alunos de 4 a 6 anos que estavam matriculados na creche no período matutino. O local da realização atividade foi uma creche de um dos bairros do município de Florianópolis/SC. As atividades foram realizadas em forma de uma peça de teatro encenada pelos acadêmicos no auditório da creche, com duração de cerca de 40 minutos, contando com o acompanhamento das professoras responsáveis. A peça de teatro contava a estória de uma personagem: a Cascuda e de como esta não gostava de realizar sua higiene pessoal. A atividade educativa ocorreu em setembro de 2015, tendo foco interativo com a participação das crianças no cenário, iniciando com a apresentação da personagem "Cascuda". A atividade foi realizada com duas turmas de crianças em momentos diferentes, totalizando cerca de 30 crianças. As faixas etárias de ambas as turmas eram parecidas (de 4 a 6 anos) e elas reagiram de forma similar e alcançaram os objetivos esperados. Estas interagiram, demonstrando interesse, sendo convidadas a auxiliar nos cuidados de higiene da personagem "Cascuda", a qual não conhecia os hábitos adequados para a limpeza do corpo. As crianças eram ensinadas sobre como executar os cuidados de higiene, bem como sobre a importância da realização e os malefícios da não execução dos mesmos. Sendo que a maioria demonstrou interesse em ensinar a personagem a participaram de forma interativa e divertida quantos aos hábitos de higiene realizados da forma correta. Concluímos que os alunos ficaram sensibilizados através da apresentação ministrada e da participação interativa no cenário. Foi possível perceber a importância do tema principalmente entre as crianças em idade escolar, pois é nessa fase que os hábitos de higiene estão sendo ensinados e consolidados pelas pessoas que com elas interagem. Acreditamos que atividades como estas podem auxiliar de forma significativa neste processo. O enfermeiro na sua função de educador tem a função de realizar estratégias para atingir e sensibilizar o público em aspectos que considera importante para a educação em saúde. A parceria entre os profissionais da saúde no contexto das creches deve ser uma tônica importante a ser valorizada no cotidiano das Equipes de Estratégia de Saúde da Família.

ISSN 2525-8273

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Saúde Escolar.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

SILVEIRA, A.; et al., **Projeto sobre higiene em uma Escola Municipal de Ensino Fundamental**. Universidade Paulista. Campinas, 2009.

ISSN 2525-8273

Resumo 24:

Título: Atuação do enfermeiro na educação em saúde: promoção da saúde e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis com adolescentes

Autores:
Amanda Richartz – Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: amandarichartz1995@hotmail.com.
Amanda Santos Cabral - Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista. Florianópolis/SC. E-mail: amandacabral@hotmail.com.br.
Camila Vicente - Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista. Florianópolis/SC. E-mail: camilavicente.enf@gmail.com.
Heloisa Anastácia da Silva - Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: helo_s10@hotmail.com.
Ivonete Terezinha Schulter Buss Heidemann – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: ivonete.heidemann@ufsc.br.

Resumo: o projeto de educação em saúde consiste em uma das ações de enfermagem frente a uma determinada população, onde é possível atingir um número grande de pessoas através de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, visando o seu bem-estar físico, psíquico e social. Esta prática educativa está principalmente presente na Atenção Primária à Saúde, por um conjunto de ações que visam proteger a saúde da população, utilizando linguagem fácil, dinâmicas e atividades lúdicas, a fim de diminuir a morbimortalidade e consequentemente o gasto com a saúde (NOGUEIRA, 2010). Em conjunto com as propostas da "Virada da Saúde", o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) do Programa de Saúde na Escola (PSE), um Centro de Saúde (CS) da grande Florianópolis e a 7ª fase do curso de graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no primeiro semestre de 2016, propuseram a realização de atividades sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) com a população. A escolha do tema ocorreu devido ao aumento do número de casos de sífilis entre os anos de 1995 a 2011 (FLORIANOPOLIS, 2014a). Esse aumento do número de casos aconteceu principalmente em homens entre 20 a 24 anos, entretanto, em mulheres o número também é crescente, especialmente entre 20 a 59 anos, juntamente com as notificações da sífilis em gestantes e sífilis congênitas, com destaque para as adolescentes de 15 a 19 anos, mostrando o risco da gravidez na adolescência e do desenvolvimento de DSTs pela não adesão ao uso da camisinha (FLORIANÓPOLIS, 2014a). Essa faixa etária é a predominante no território correspondente ao CS, com maior concentração de pessoas entre 25 a 49 anos, seguida de 10 a 19 anos (FLORIANÓPOLIS, 2014b), demonstrando a importância de ações educativas a esta população na comunidade. Neste sentido, este trabalho tem como objetivo desenvolver ações de educação em saúde para promover a saúde, prevenir o desenvolvimento das DSTs, reduzir os riscos à saúde, incentivar o uso de preservativos e divulgar informações sobre o CS. Trata-se de um estudo caracterizado como relato de experiência, tendo como proposta a "Virada da Saúde"

ISSN 2525-8273

e SPE do PSE. As ações de educação em saúde ocorreram durante o mês de junho de 2016 e foram realizadas em dois momentos, o primeiro no CS abordando sobre a sífilis com a população presente na sala de espera e o segundo com adolescentes do primeiro ano do ensino médio de uma escola pública da região. No CS ocorreu uma exposição dialogada através do uso de um cartaz do Governo de Santa Catarina, explicando: o que é a sífilis, modo de transmissão, sinais e sintomas, como são as lesões, meios de prevenção, diagnóstico e tratamento. Para finalizar, foi disponibilizado um envelope contendo na parte externa um folder educativo sobre o assunto realizado pelas acadêmicas e na parte interna, camisinhas. Na escola, foi desenvolvida uma prática educativa com os primeiros anos do ensino médio, sendo realizado inicialmente um teatro, passado vídeos sobre DSTs incluindo principalmente HIV/aids e sífilis, e após, uma dinâmica através de um jogo de tabuleiro para responder as dúvidas colocadas pelos alunos em uma caixa previamente deixada na escola. No final, foi distribuído pirulito como recompensa do jogo, juntamente com camisinha e folhetos sobre sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis do Governo de Santa Catarina e do Ministério da Saúde. No CS o projeto ocorreu em dois dias com duração de 3 horas cada, abordando um total de aproximadamente 120 pessoas, incluindo adolescentes, jovens, adultos, gestantes e idosos, tanto do sexo feminino como masculino. Estes apresentaram pouco conhecimento sobre a doença, apesar de saberem da sua existência, remetem-na ao passado, sem associar ao aumento dos índices. Em decorrência da campanha da vacinação da gripe (H1N1) o público maior foram os idosos, estando estes preocupados em serem chamados no período da exposição e interessados em receber a dose da vacina, causando bastante tumulto devido à grande quantidade de pessoas no local, prejudicando a comunicação e concentração no assunto relatado. Este fato fez com que após a abordagem inicial em grandes grupos, realizássemos pequenos grupos para que se sentissem com mais privacidade para realizar suas dúvidas. Na escola, as atividades foram realizadas em dois dias alternados, ambas com o apoio do CS, atingindo quatro turmas de primeiro ano do ensino médio em um total de 101 adolescentes entre 14 a 21 anos, com duração de 1h45 cada. Os alunos já possuíam algum conhecimento sobre o assunto, demostrando interesse, respeito e colaboração nas dinâmicas, sendo possível reforçar a importância do uso do preservativo nas relações sexuais e a procurar o CS em caso de alguma exposição ao risco, dúvidas ou necessidade de fazer os testes rápidos. As manifestações das dúvidas foram respondidas através dos vídeos, jogo de tabuleiro e no final, abrindo um espaço para questões extras, emergindo temas sobre sexualidade, período fértil, métodos contraceptivos e aborto, bem como a preocupação sobre gravidez. Os resultados demonstraram a vulnerabilidade ao risco de infecção e a necessidade de estratégias de promoção e educação em saúde voltada aos métodos de barreira na prevenção das DSTs. Dentre as perguntas da caixa disponibilizada no pátio para o jogo de tabuleiro, incluíram os seguintes questionamentos: “Gozar dentro do sabonete líquido engravida?”; “Até onde o pinto vai dentro da mulher?”; “Fica mais forte se utilizar mais de uma camisinha?”; “Se eu bater, esfregar em alguém que tem machucado posso pegar alguma doença?”; “Anal dói? Arregassa o ânus?”; “Pode ser transmitida alguma doença praticando espanhola (pênis nos peitos)?”; “Se eu ficar doente e precisar receber sangue eu posso pegar alguma doença?”; “Tenho medo de engravidar minha mãe, porque sempre gozo na tampa do vaso sanitário. Isso é possível?”; “Fazer tatuagem ou colocar piercing fazer a unha pode pegar alguma doença?”; “Como chupar uma pepeka?”; “Pode pegar doenças se fizer sexo com hamster?”; “Comer amendoim aumenta a vontade de transar?”; “O pinto e a vagina podem pegar gripe, isso é transmissível?”; “Como fazer sexo?”. A atividade educativa

ISSN 2525-8273

teve boa repercussão positiva na escola, fazendo com que, a pedido dos alunos, estas continuassem com os próximos acadêmicos de enfermagem. O aumento dos índices de sífilis abre portas para o crescente desenvolvimento de outras DSTs graves e sem cura, como o HIV/aids e hepatites. Sendo os adolescentes e adultos-jovens a principal faixa etária de contágio. E ainda, por não vivenciarem historicamente o início da doença do HIV, onde os pacientes tinham o estereótipo e aparência doentia, morrendo recentemente, não conseguindo ter uma vida com um prognóstico favorável, perderam o medo de adquirir as DSTs. Isto pode ser perceptível nas escolas, devido à preocupação do uso da camisinha ou dos outros métodos contraceptivos voltados principalmente para a prevenção da gravidez, não associando com o aparecimento de doenças que podem modificar o rumo de suas vidas. Com isso, a realização de projetos de educação em saúde com a população pode diminuir o risco de contrair doenças infectocontagiosas, alcançando atitudes saudáveis e uma vida livre de doenças. Além disso, como uma das funções do profissional de enfermagem, a realização de atividades voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos é de extrema importância para a participação, execução e experiência do acadêmico nessas vivências a fim experenciarem na prática o valor dessas ações, podendo executa-las de maneira eficaz no futuro.

Palavras Chaves: Promoção da Saúde. Enfermagem. Educação em Saúde.

Referências:

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Boletim Epidemiológico:** Sífilis. Florianópolis: PMF, n. 4, p. 1 – 14, 2014a. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/27_11_2014_15.27.51.65000f4ee05d4aef9b9faa6b4a8194db.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2016.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Instituto Brasileiro de Epidemiologia e Estatística. **População 2014.** Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis. 2014b; 1p. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2014_index.php>. Acesso em: 23 abr. 2016.

NOGUEIRA, R. P. Enfermagem Promovendo Educação em Saúde no Contexto Rural. **Revista em Extensão,** Uberlândia, v. 9, n. 2, p. 101-107, 2010. Disponível em: < http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/viewFile/20697/11011>. Acesso em: 26 set. 2015.

ISSN 2525-8273

Resumo 25:

Título: Cuidados de enfermagem numa crise Falcêmica - atendimento na emergência pediátrica: um relato de caso

Priscilla de Souza Kreusch - Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, Santa Catarina. E:mail: priikreusch@hotmail.com.
Sarah Soares Barbosa - Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, Santa Catarina. E:mail: sarah.b@globo.com.
Ana Maria Farias da Silva – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Resumo: a anemia falciforme (AF) é a doença hereditária mais frequente no Brasil e mais comum em etnia negra. A fisiopatologia desta doença é visível a partir da mutação do Hb S, resultando da troca de ácido glutâmico por valina na posição 6 da cadeia beta da hemoglobina. Sendo assim, em situações de estresse, como hipóxia, infecções, desidratação, pode sofrer polimerização, decorrendo em deformidade da célula, a qual adquire a forma discóide (de foice), causando obstrução vascular, crises de dor e lesões endoteliais e orgânicas (BRAGA; TONE; LOGGETTO, 2007; KLIEGMAN *et al.*, 2014). O diagnóstico da AF deve ser baseado em história clínica, observando-se o aparecimento das manifestações clínicas em torno do sexto mês de idade, com predomínio das queixas álgicas secundárias à oclusão vascular, sequestro esplênico ou hemólise; investigação familiar; e, *Screening* neonatal (exame do pezinho) (BRAGA; TONE; LOGGETTO, 2007). As manifestações clínicas variam de acordo com a gravidade da AF e a frequência. Os sintomas mais agudos da doença ocorrem durante os períodos de exacerbação (crise dolorosa). Em decorrência da transformação da hemácia em forma anormal de foice, tende a ocorrer a estagnação mecânica do sangue nos capilares, contribuindo para a oclusão vascular. Por conseguinte, há a hipóxia tissular e de órgãos circundantes que resulta em dor, geralmente descrita como pulsátil, que pode levar a frequentes hospitalizações. Este estudo tem como objetivo descrever o cuidado de enfermagem a criança em crise falcêmica na emergência. Trata-se de um relato de experiência do atendimento a uma pré-adolescente negra de 11 anos e 9 meses de idade, internada em um hospital infantil no Sul do Brasil devido a uma crise de dor. O acompanhamento ocorreu na emergência, no mês de junho de 2016, durante a atividade teórico prática desenvolvida na disciplina de "Processo de Viver Humano IV – Saúde da Mulher, do Neonato, da Criança e do Adolescente", da sexta fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Como técnica para coleta de informações e levantamento das situações de saúde/doença foi utilizado o roteiro do histórico de enfermagem, realizado durante o cuidado de enfermagem prestado. Outros dados foram buscados no prontuário. Possui diagnóstico de AF desde que realizou o teste do pezinho quando recém-nascida, faz acompanhamento da doença desde então. Quando apresenta crise de falcização, a família procura a emergência pediátrica para receber o tratamento. A criança mostrou-se calma e indiferente quanto à hospitalização. Relatou que não se incomodava em ter que ir ao hospital, contudo, ficava triste quando as dores apareciam muito fortes. Segundo relatos da mãe, a mesma já teve várias internações hospitalares devido a crises de dor. Em exame físico apresentava fáceis de dor, queixava-se de dor na região lombar, sendo que na escala numérica de dor (END) de 0 a 10, relatou que quando estava deitada a dor era 5 e quando caminhava 8. Relacionando as manifestações clínicas da literatura com a paciente

ISSN 2525-8273

do estudo pode-se perceber que as dores agudas, podem ser classificadas como crise vaso-oclusiva. São causados pelo dano tissular isquêmico secundário à obstrução do fluxo sanguíneo pelas hemácias falcizadas (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006). Cabe destacar, que o tratamento deve prevenir as condições que aumentam o fenômeno de afoiçamento e no caso de crise, é voltado para medidas de suporte e sintomáticos, como o repouso no leito para diminuir o gasto energético; hidratação oral aumentada para diminuir a viscosidade do sangue e prevenir desidratação, reposição eletrolítica; analgésicos; reposição de sangue (se necessário); e, antibioticoterapia se houver qualquer infecção. Durante o cuidado prestado percebeu-se a importância do manejo adequado da dor, já que a mesma pode provocar ansiedade, desconforto geral e alterações nos sinais vitais da paciente. É fundamental propor técnicas de analgesia além dos medicamentos (quando indicado), como aplicar calor na área afetada; realizar massoterapia; manter repouso e descanso para reposição energética, tranquilidade e relaxamento; além disso, pode-se propor a realização de alguma atividade (deixando a paciente determinar a sua tolerância), especialmente exercícios passivos para ampliar movimentos, beneficiando assim a melhor circulação (APÓSTOLO, 2010; CAVALCANTI; AZEVEDO; BINS, 2009). A hospitalização é uma situação que costuma gerar ansiedade e estresse em qualquer pessoa, principalmente em crianças, sendo este um fator que pode desencadear a crise de dor. Além disso, comumente, devido ao afastamento dos colegas e familiares, carecido aos períodos de hospitalização, procedimentos médicos invasivos e crises dolorosas, a criança portadora de AF possui maior instabilidade emocional causada por uma doença crônica. Para a minimização desses efeitos traumáticos da hospitalização destaca-se o cuidado da equipe de saúde e demais envolvidos quanto à explicação da doença e dos procedimentos, considerando seu período de desenvolvimento (portanto seus medos, fragilidades e dependências frente às situações desconhecidas), bem como a necessidade de adaptação do ambiente e integração dos aspectos lúdicos (COSTA; FREITAS; SILVA, 2011; QUINTANA *et al*, 2007). A partir desse contexto fica claro a necessidade de desenvolvimento de ações pelos profissionais de saúde, como orientação e apoio psicológico aos pais e a paciente quanto aos aspectos específicos do tratamento, medicação e cuidados especiais frente a sua hospitalização, bem como o dever da instituição de saúde em fornecer condições dignas para a permanência, em tempo integral, de pelo menos um dos responsáveis pela pré-adolescente (SABATÉS; BORBA, 2005). Diante do exposto conclui-se que a anemia falciforme é uma doença crônica, permeada por crises agudas, com isso, é de extrema relevância compreender a doença, bem como os fatores desencadeantes das crises dolorosas. A enfermagem necessita buscar conhecer os mecanismos de enfrentamento, seus anseios e necessidades, considerando que é uma pré-adolescente. É importante ainda, orientá-la sobre o autocuidado, saber seus limites nos esportes, proteção da integridade da pele e possibilidades de perdas no desempenho acadêmico frente às hospitalizações frequentes e às exigências do tratamento. Destacamos a relevância da identificação na expressão de dor e o cuidado adequado no manejo da mesma, buscando o alívio. A equipe de saúde deve ainda compreender a subjetividade da dor e a influência dos fatores psicológicos a fim de proporcionar o maior bem-estar da criança.

Palavras Chaves: Enfermagem. Anemia Falciforme.

Referências:
APÓSTOLO, J.L.A. **O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stresse.** Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. 193 p.

ISSN 2525-8273

CAMPANARO, C.M; LYRA, I.M; VIANA, M.B et al. Doença falciforme. In: Braga JA, Tone LG, Loggetto SR, editores. Hematologia para o pediatra. São Paulo: **Atheneu**, 2007 p. 73-89.

CAVALCANTI, P.B; AZEVEDO, G.A.N; ELY, V.H.M.B. Indicadores de qualidade ambiental para hospitais-dia. **Associação Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído**. Porto Alegre, v.9, n.2, p.73-86, abr./jun. 2009.

COSTA, F.S; FREITAS, F.D.M.; SILVA, J.L.L. A massoterapia enquanto alternativa na supressão da dor na criança com anemia falciforme. **Atlântica,** Paraná, v. 10, n. 1, p.39-46, fev. 2011.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M.L. editores. **Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica.** 8a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 675-702.

KLIEGMAN, R. et al. Nelson: tratado de pediatria. 19. ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2014. p. 4992.

QUINTANA, A.M. et al. A vivência hospitalar no olhar da criança internada. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.6, n.4, p. 414-423, 2007.

SABATÉS, A.L.; BORBA, R.I.H. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.6, p.968-973, 2005.

ISSN 2525-8273

Resumo 26

Título: Adolescente com transtorno mental por uso abusivo de drogas - atendimento na emergência pediátrica: um relato de caso

Autores:
Sarah Soares Barbosa - Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis/SC. E-mail: sarah.b@globo.com.
Priscilla de Souza Kreusch - Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis/SC. E-mail: priikreusch@hotmail.com.
Ana Maria Farias da Silva – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do NUPEQUISFAM/UFSC. Florianópolis/SC.

Resumo: a Política de Saúde Mental pra Crianças e Adolescentes (SMCA) foi criada apenas no século XXI, o que significa que antes disso não existiam legislações que norteavam a rede de cuidados para crianças e adolescentes com transtornos mentais (COUTO; DELGADO, 2015). Atualmente, entretanto, a Política SMCA visa à construção de redes de atenção que sejam articuladoras de serviços de diferentes níveis de complexidade com o objetivo final de assistir a essas crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental (COUTO; DELGADO, 2015). Sabendo disso, é importante que o enfermeiro, bem como demais profissionais de saúde, estejam preparados para a prevenção e identificação de casos de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes, buscando prestar melhor assistência e cuidado a esses jovens e crianças com necessidades específicas em saúde mental. Concomitante aos transtornos mentais deve-se atentar ao uso abusivo de substâncias psicoativas na infância e adolescência, já que o uso de drogas pode vir relacionado à criminalidade e violência, danos escolares e prejuízos nas relações com família, amigos e autoestima, bem como oferecer riscos e causar dependência química (FARIA FILHO *et al.*, 2015). Nesse contexto, o presente trabalho se justifica devido à percepção acerca do despreparo relacionado ao cuidado aos jovens internados em hospitais gerais infantis por situações de saúde mental e tem por objetivo relatar o acompanhamento de um adolescente internado em um hospital infantil no sul do Brasil com surto psicótico por transtorno mental relacionado ao abuso de drogas. Trata-se de um relato de experiência de atendimento realizado em julho de 2016 a um adolescente de 14 anos internado em um hospital infantil no Sul do Brasil devido a um surto psicótico por uso abusivo de drogas, entre elas álcool, cigarros de tabaco, maconha, haxixe, *LSD* (Dietilamida do Ácido Lisérgico) e *Ecstasy*. Adolescente foi abandonado pela mãe há cerca de dois anos, e atualmente vive com a avó e o pai alcoolista, uma vez que seus dois irmãos mais novos foram levados para abrigos infantis pelo conselho tutelar. O adolescente em questão teve duas internações em abrigos com os irmãos, porém fugiu em ambas as vezes, além de internação em comunidade terapêutica para tratar abuso de álcool e drogas. Vive em comunidade vulnerável da cidade e passa o dia na rua, prestando serviços para o tráfico de drogas. Não frequenta a escola e não sabe ler ou escrever de acordo com o esperado para a idade. Afirma sentir-se sozinho sempre e expressa desejo de tratar seu vício em drogas, já que passou a ter alucinações e sentimentos persecutórios relacionados ao uso de substâncias psicoativas. O acompanhamento do adolescente relatado neste trabalho foi desenvolvido durante a disciplina de "Processo de Viver Humano IV – Saúde da Mulher, do Neonato, da Criança e do

ISSN 2525-8273

Adolescente", da sexta fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O atendimento foi realizado durante cinco manhãs, inicialmente na emergência e depois na unidade de internação, sob orientação de uma professora facilitadora de atividades teórico-práticas da disciplina. Para fins didáticos, a experiência foi realizada sob a forma de Processo de Enfermagem, que é um trabalho específico do Enfermeiro e consiste numa série de ações dinâmicas e inter-relacionadas. Este pode ser considerado ponto focal ou essência da Enfermagem e exige habilidades e capacidades afetivas, cognitivas e psicomotoras que auxiliarão o Enfermeiro a identificar o fenômeno observado e as ações que o fenômeno possa demandar (GARCIA; NÓBRIGA, 2009). As informações foram coletadas durante o cuidado de enfermagem prestado, considerando o roteiro do histórico de enfermagem e observação do adolescente e da equipe de enfermagem presente no período de realização das atividades. Durante as cinco manhãs em que se acompanhou o adolescente, pode-se observar distanciamento por parte da equipe de enfermagem, resultando em afastamento entre paciente e equipe e, consequentemente, dificultando a identificação e compreensão dos reais motivos da internação, bem como seus desconfortos e necessidades. Pôde ser observada certa relutância por parte dos funcionários em assumir o cuidado integral desse paciente, sob justificativas de "*não saber lidar*" e "*ser paciente perigoso*", por exemplo. Sabe-se que a comunicação é parte essencial da anamnese do paciente, já que é esta que permitirá o diálogo entre o paciente e o profissional, buscando proporcionar um ambiente e uma relação de conforto para que o primeiro sinta-se a vontade para expressar seus sentimentos, angústias e queixas (BOLSONI *et al.*, 2015). Desse modo, seria fundamental que se realizasse uma intervenção de enfermagem de modo a coletar os dados do paciente, visando sua história, suas necessidades e potencialidades, para que assim pudesse ser elaborado um plano de cuidados adequado ao caso específico, indo além da terapêutica estritamente medicamentosa. Estudos evidenciam o aparente déficit nas questões relacionadas às intervenções psicoterapêuticas por parte dos profissionais de enfermagem, e questionam se tal fato se dá pela falta de modelos de condutas, bem como de educação continuada que aprimorem seus conhecimentos e competências, permitindo que se sintam mais seguros no contato com esses pacientes, bem como no planejamento de suas intervenções (SAMPAIO; SIQUEIRA; LLUCH-CANUT, 2014). Sabendo disso, foi realizado inicialmente, pela acadêmica, um acolhimento em enfermagem, buscando conhecer a história de vida do adolescente e todos seus aspectos biopsicossociais, com realização de exame físico completo e entrevista. Depois de identificados os problemas, foram levantadas hipóteses acerca dos sintomas por ele apresentados e, a partir de então, definidas condutas de enfermagem, priorizando o cuidado ao sofrimento psíquico, enfocando a criação de vínculo e estabelecimento de relação de confiança, para alcançar ações de enfermagem efetivas. Sendo assim, foi feito acompanhamento diário do adolescente, com conversas, identificação de necessidades biopsicossociais e, principalmente, escuta sensível. Ao fim do período das atividades, sabe-se que o adolescente seria encaminhado pelo serviço social e conselho tutelar para tratamento em comunidade terapêutica e que provavelmente o pai seria encaminhado para tratar o alcoolismo no mesmo local. Após vivência com adolescente internado por surto psicótico por abuso de substâncias psicoativas, pôde-se perceber a dificuldade da equipe de enfermagem em lidar com o paciente e as demandas oriundas dos problemas psicossociais, emocionais que envolvem a situação. Identifica-se que são necessárias intervenções, possibilitando para a equipe atualizações no campo da saúde mental na infância e adolescência, quanto em intervenções psicoterapêuticas. São necessários mais estudos que abordem a temática do

ISSN 2525-8273

cuidado à criança e ao adolescente em situações de saúde mental atendidos na emergência pediátrica, para que haja conhecimento, por exemplo, das dificuldades e desafios dos profissionais de enfermagem nesse serviço e, desse modo, realizar as intervenções necessárias visando um cuidado especializado e singular com escuta sensível e acolhimento aos pacientes nessas condições.

Palavras Chaves: Enfermagem. Adolescente. Saúde mental.

Referências:
BOLSONI, E. B. et al . Mental health nursing consultations in primary health care. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 11, n. 4, p. 199-207, dez. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000400004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jul. 2016.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jul. 2016.

FARIA FILHO, E. A. et al . Concepções sobre drogas por adolescentes escolares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 3, p. 517-523, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300517&lng=en&nrm=iso>. access on 15 July 2016.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.188-193, jan. 2009. Bimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>. Acesso em: 17 jul 2016.

SAMPAIO, F.; SEQUEIRA, C.; LLUCH-CANUT, T. The psychotherapeutic intervention in mental health nursing: Concepts and challenges. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. spe1, p. 103-108, abr. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 jul. 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 27:

Título: A importância da sistematização da assistência de enfermagem em pediatria como cenário de prática: um relato de experiência

Autores:
Janaina Souza Liz - Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI - Itajaí/SC. E-mail: janasouzadeliz@gmail.com.
Adriano da Silva Acosta – Enfermeiro. Especialista. Professor do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: adriano_acosta@hotmail.com.
Maria Isabel Fontana – Enfermeira. Mestre. Professor do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: fontana@univali.br.
Jackson Ibrain Mafra - Acadêmico de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: jacksonmafra@yahoo.com.br.
Dionei Alves Santos - Enfermeiro, Especialista, docente do curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: dionei@univali.br.
Maria Carolina de Góes Ulrich - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: mariacarolinaulrich@gmail.com.

Resumo: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), possui como finalidade identificar necessidades, organizar os dados coletados e otimizar o tempo direcionado ao cuidado da criança de forma sistemática, proporcionando uma assistência de qualidade, segura e ainda mais humanizada, sendo o profissional enfermeiro responsável pelo processo. A resolução COFEN n°. 358/2009 dispõe sobre a SAE e a sua implementação nos diversos ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Uma das finalidades e propostas relacionada a implantação da SAE nas unidades de saúde, é possibilitar que o profissional enfermeiro direcione uma assistência baseada em princípios metodológicos, oportunizando ainda, que este desenvolva olhar crítico e reflexivo de forma sistematizada, unificando o cuidado. A organização e a utilização da SAE exigem inúmeros conhecimentos dos profissionais que a desenvolvem (SILVA; SANTOS, 2013, p. 89). A SAE, está regulamentada no Brasil como sendo uma metodologia que visa organizar o trabalho e as atribuições da equipe de enfermagem, possibilitando que ocorra a implementação do Processo de enfermagem (PE) como sendo um instrumento metodológico que permite orientar e nortear o cuidado assistencial, sendo este organizado em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (MALUCELLI et al, 2010, p. 630). Tratando-se da população pediátrica, a assistência à criança hospitalizada vêm passando por transformações ao longo das décadas e, exigindo modificações quanto aos significados e valores sociais em relação à mesma neste processo, necessitando ser assistida de forma humanizada (ROSSI et al, 2010, p. 641). A humanização pode ser definida como sendo o valor dado a cada sujeito, o respeito à vida humana e permitindo que seja incluído como circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo ser humano de forma individualizada e, podendo ser aplicado nas relações interpessoais (CASATE; CORRÊA, 2012, p. 220). Diante deste contexto, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade localizada no Vale do Itajaí/SC, na aplicação da SAE, no cenário de prática em pediatria. Para este relato de experiência utilizou-se como cenário de prática um Hospital Universitário Pediátrico, localizado na Região

ISSN 2525-8273

do Vale de Itajaí/SC, no período do estágio curricular supervisionado, entre junho de 2016 até julho do mesmo ano. Foi utilizado o prontuário eletrônico da instituição (TASY) como fonte de referência para a seleção dos sujeitos, usando como critérios a faixa etária e a patologia destes, que possuíam entre dois meses e treze anos. Neste período, foi realizado assistência a doze pacientes, com patologias variadas relacionadas a acometimentos do sistema respiratório, trato urinário, endócrino e neurológico. Utilizou-se a bibliografia NANDA 2012-2014, como sendo a literatura de referência para a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) compatíveis para cada caso e necessidade. Tal momento oportunizou a utilização e a aplicação da SAE em diferentes situações e sujeitos, que necessitavam estar hospitalizados em decorrência da doença presente neste período. O relato tem como ponto a ser destacado, que o referido cenário de prática não utiliza o recurso da SAE, sendo utilizado apenas pelos acadêmicos, no momento em que estes atuam como agentes no processo de cuidar, respeitando o que é preconizado na Matriz Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem e tendo com a finalidade melhor assistir os pacientes hospitalizados. Durante o período de prática foi percebido pelos acadêmicos que ao aplicar a referida metodologia, a assistência em saúde tornou-se melhor direcionada, organizada e segura, instigando nestes, o questionamento quanto a padronização desta estratégia como proposta ao campo de estágio, para que seja utilizada também pelos profissionais que compõem o corpo de enfermagem da referida instituição. Ao realizar uma reflexão analítica retroativa quanto à discussão da SAE que ocorreu na graduação de enfermagem durante os primeiros semestres, foi possível interpretar que esta ocorreu de forma positiva e satisfatória, tornando-se uma etapa decisiva a qual reforça a importância de tal metodologia, pois, através de adequado embasamento teórico, proporciona que ocorra melhor entendimento sobre as etapas do processo e sua funcionalidade, fazendo que o enfermeiro se torne ainda mais participativo no processo de recuperação dos pacientes pediátricos. A proposta deste relato de experiência visou descrever e reforçar a importância quanto a aplicabilidade da SAE, podendo ser considerada como uma estratégia no que se refere a arte de cuidar, trazendo inúmeros benefícios ao cuidado da criança hospitalizada, como: estabelecer e identificar os cuidados prioritários a serem aplicados, otimizar o tempo para cada intervenção, fortalecer unificação da linguagem assistencial evitando que haja distorções de condutas, minimizar risco de exposição aos pacientes, servir de estímulo para que o profissional enfermeiro vá em busca de maior embasamento técnico-científico e desenvolva um olhar clínico assistencial de forma objetiva e individualizada. A responsabilidade sobre esses conhecimentos deve ser compartilhada entre a equipe de enfermagem e a instituição, aliada aos processos de educação permanente em serviço. A hospitalização torna-se algo conflitante ocasionando certas implicações aos pacientes pediátricos, devido a sua vulnerabilidade por estar em um ambiente não familiar, ficar limitado quanto à presença do “pai ou mãe”, longe de seus brinquedos, afastado do ambiente que mais possui familiaridade, podendo ainda, desencadear traumas psicológicos. Neste contexto, cabe à equipe multidisciplinar acolher cada criança em toda sua plenitude, bem como, desenvolver estratégias que promovam o cuidado sistemático para minimizar o estresse, desconforto e oportunizar uma assistência humanizada.

Palavras Chaves: Enfermagem. Hospitalização Pediátrica. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ISSN 2525-8273

Referências:

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 46, n. 1, p.219-226, 2012. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/38422>. Acesso em: 29 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – Resolução COFEN n. 358 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições brasileiras**. Brasília. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 24 jun. 2016.

MALUCELLI, A. et al. Sistematização da informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 4, p. 629-636, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400020>. Acesso em: 24 jun. 2016.

ROSSI, C. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familial da criança hospitalizada. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 5, p. 640-645, set./out. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/09.pdf >. Acesso em: 23 jun. 2016.

SILVA, M. C. S.; SANTOS, Y. C. C. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma instituição de saúde: relato de experiência. **Rev. Enferm. UFPI.** Teresina, v. 2, n. 3, p. 88-91, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1094/pdf>. Acesso em: 24 jun. 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 28

Título: Coisas de mulher: sexualidade e adolescência

Autores:
Janaina Souza de Liz - Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem – UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: janasouzadeliz@gmail.com.
Claudete Santos Demétrio - Mestre em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Enfermagem Pediátrica - EEAN/UFRJ. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem – UNIVALI, Itajaí/SC, Coordenadora do Projeto de Extensão: Coisas de Mulher. E-mail: claudetedemetrio@hotmail.com.
Camila Gonçalves Labrêa - Acadêmica de Psicologia – UNIVALI. Itajaí/SC. E-mail: camilalabrea@gmail.com.
Adriana Grabner Corrêa - Acadêmica de Psicologia – UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: adrianagrabnercorrea@gmail.com.
Ariádny Suci de Campos Abbud - Acadêmica de Psicologia – UNIVALI, Itajaí/SC. ary.abbud@gmail.com.
Léia Viviane Fontoura - Psicóloga. Mestre em Educação – PUCPR. Professora do curso de Psicologia – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: leiavf@univali.br.

Resumo: a adolescência é considerada um fenômeno cultural, pois o modo que cada sociedade lida com seus jovens é particular e articulado ao seu contexto sociocultural e histórico. Etapa entre a infância e a fase adulta, é marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2007a, p.56). Deste modo, faz-se necessário cuidar das necessidades de saúde e desenvolvimento dos adolescentes para que possam fazer uma transição saudável para a vida adulta. Este é um relato de experiência do projeto de extensão "Coisas de Mulher", com o grupo "Menina Mulher" composto por adolescentes com idade entre 10 e 21 anos. As atividades têm respaldo nos eixos e vetores do Pró-Saúde, visando desenvolver ações de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos, propiciando o exercício da cidadania e do autocuidado; desenvolvimento da autoestima e autonomia. Utilizam-se metodologias ativas de aprendizagem inspiradas no pensamento de Paulo Freire, favorecendo a participação ativa e qualificada das adolescentes. A oficina se desenvolveu em maio de 2016, na Unidade Básica de Saúde do Bairro Imaruí, Itajaí (SC), tendo a participação de 16 adolescentes. O objetivo foi abordar os conceitos de adolescência, puberdade, sexualidade, namoro, gravidez na adolescência e DST's. A sexualidade é entendida como característica humana inseparável dos outros aspectos da vida, não se resume à relação sexual, envolve, além do corpo, a história, a cultura e as relações sociais (BRASIL, 2007b, p.53). Com a temática da sexualidade, dialogou-se sobre namoro, que é uma forma de relacionamento, para conhecimento do outro e de si. Geralmente, inicia na fase da adolescência, sendo um momento de distanciamento das relações parentais, gerando conquista de autonomia psicológica e emocional. Entendido como construção de relações íntimas entre duas pessoas, caracterizada pela estabilidade e compromisso com o outro (BERTOLDO; BARBARÁ, 2006, p.229). Outra temática abordada foi gravidez na adolescência. Durante o encontro foram enfatizados os métodos contraceptivos e consequências da gravidez na adolescência. De acordo com Dias; Teixeira (2010, p. 124), os aspectos fisiológicos e psicológicos desta fase tornam a gravidez um risco, tanto para saúde da mãe, quanto do bebê, podendo ocasionar complicações como pré-eclâmpsia, anemia, infecções, além dos riscos nas tentativas de abortamento. Para levantar os

ISSN 2525-8273

conhecimentos prévios das participantes sobre o assunto, iniciou-se o encontro através do jogo de trilha, sendo as participantes organizadas em dois grupos. Foi escolhida uma representante de cada grupo para responder as questões do jogo sobre a temática. No segundo momento os temas foram abordados por meio de roda de conversa, sendo apresentadas imagens da temática, e questionado às participantes o que a imagem exposta remetia a elas. Diante das falas, foi iniciada a explanação dos temas. Para analisar os resultados foi utilizada categorização do registro das falas mais significativas em diário de campo, através da observação participante, que compuseram a unidade de análise. Com o propósito de avaliar o nível de satisfação, foi utilizada uma ficha de avaliação com escala hedônica, através da figura de uma mão cujo polegar expressa sinal de positivo (voltado para cima) para "bom", negativo (voltado para baixo) para "ruim" e lateralizado (na horizontal) para "regular". Como se trata de um relato de experiência, o mesmo não foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa, entretanto, foram tomados os cuidados éticos como sigilo e anonimato, conforme Resolução 466/12 do CONEP. Após o fechamento das atividades, foi oferecido um lanche tendo como finalidade confraternização, entretenimento e espaço para conversa informal. A partir das atividades propostas, como resultado, observou-se bom conhecimento prévio pelas adolescentes. Em relação ao conceito de adolescência, as maiores discussões abordaram o tema: deixar de ser criança e interesse em namorar. Quanto ao conceito de puberdade houve discussão sobre: mudança no corpo/características sexuais secundárias, ocorrência da menarca. Para Kollar (2011, p. 529) adolescência significa crescer para maturidade, caracterizando se como um processo psicológico, social e maturacional iniciado pelas mudanças puberais. Segundo a mesma, puberdade é o processo maturacional, hormonal e do crescimento que acontece quando o sistema reprodutor começa a funcionar e as características sexuais secundárias se desenvolvem. Considera-se de extrema importância que as adolescentes tenham conhecimento destas temáticas, pois é uma fase de mudanças significativas, que geram ansiedade e que, por vezes, não são compreendidas pelas adolescentes. Sendo assim, abordar estas temáticas favorece o autoconhecimento e, consequentemente, maior aceitação de si (BRASIL, 2007). Em relação à gravidez o tema mais abordado foi: acontece quando homem e mulher fazem sexo no período fértil. No que se refere a sexualidade discutiu-se: não é relação sexual e se relaciona a carinho, afeto. Segundo Romero (2007, p. 18), os adolescentes têm iniciado sua vida sexual precocemente, e, embora recebam muitas informações sobre sexo, nem sempre sabem tanto quanto aparentam. Para Kollar (2011, p.537) a adolescência representa um momento crítico para o desenvolvimento da sexualidade, em função das alterações hormonais, físicas, cognitivas e sociais desse período. Além disso, a falta de acesso às informações leva os jovens a obterem informações carregadas de tabus, oriundos de colegas que também não obtiveram acesso à educação sexual. Sobre o HPV houve discussão acerca da temática: Câncer, doença do colo do útero. Em relação a temática HPV as participantes demonstraram ter pouco conhecimento prévio em relação ao vírus. No que se refere a satisfação dos 16 adolescentes participantes, sentiram-se satisfeitos em relação à escolha do tema, em relação à metodologia utilizada, satisfação em relação ao aprendizado e aproveitamento do encontro. Após o fechamento das atividades, no momento do lanche foi possível identificar que houve confraternização entre as participantes, bem como, um espaço para conversa informal, no qual muitas dúvidas foram expostas e experiências compartilhadas, tornando o momento uma atividade fundamental para o sucesso da ação. Verificou-se que as atividades atingiram os objetivos propostos, havendo sensibilização, interação e participação das adolescentes, bem como reflexão acerca das temáticas.

ISSN 2525-8273

A metodologia e aprendizado referido receberam avaliação positiva pelo grupo. Quando abordada a temática "adolescência", as adolescentes trouxeram o entendimento de ser uma fase de transição para a adultez, mudança de hábitos e interesses. Quanto ao conceito de puberdade, o entendimento foi relacionado às mudanças corporais. Quando questionadas sobre sexualidade, relacionaram com o gostar de alguém, sentir-se atraída por outra pessoa, também com o conhecimento do próprio corpo. No que diz respeito ao HPV, demonstraram pouco conhecimento sobre o assunto. Por fim, quando questionadas sobre gravidez, as adolescentes demonstraram conhecer como a mesma pode ocorrer, embora as respostas fossem mais genéricas, com pouca profundidade. Assim, consideram-se as temáticas abordadas relevantes para o público adolescente. Acredita-se que ações voltadas à promoção da saúde e qualidade de vida, como a relatada, propiciem um saber crítico-reflexivo e proporcionem melhores hábitos de vida, influenciando diretamente no crescimento e desenvolvimento deste segmento populacional.

Palavras Chaves: Promoção da Saúde. Adolescência. Sexualidade.

Referências:

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. Brasília, 2007a.

BRASIL, Ministério da educação. Secretaria de Educação a Distância. **A Psicologia da adolescência.** Brasília, 2007b.

BERTOLDO, R. B.; BARBARÁ, A. Representação social do namoro: a intimidade na visão dos jovens. **Psico-usf,** São Paulo, v.11, n.2, p.229-237, jul./dez., 2006.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, v. 20, n. 45, p. 123-131, jan./abr., 2010.

KOLLAR, L. M. Promoção a Saúde do Adolescente e de sua Família. In Hockenberry, M. J. **Wong, fundamentos da enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

ROMERO, K. T. et al . O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 14-19, Fev. 2007.

ISSN 2525-8273

Resumo 29:

Título: Uso da realidade virtual no tratamento de crianças queimadas: revisão integrativa

Autores:
Soliane Scapin - Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista na modalidade residência na área de saúde da mulher e criança. Membro do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição (NUCRON). E-mail: solscapin@gmail.com.
Paulo Roberto Boeira Fuculo Junior - Acadêmico Do Curso de Graduação em Enfermagem do 7º semestre da Universidade Federal de Pelotas – UFPel. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET. Membro do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces – NUCRIN. E-mail: paulo.fuculo@hotmail.com.
Jerusa Celi Martins - Enfermeira da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Especialista em Gestão Pública. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jeufsc@yahoo.com.br.
Maria Elena Echevarría-Guanilo - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, no Programa de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do NUCRON. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: elena_meeg@hotmail.com.

Resumo: a queimadura encontra-se entre os tipos de trauma mais dolorosos, principalmente devido ao grande número de procedimentos aos quais os pacientes são submetidos diariamente. Nas crianças e nos adolescentes a dor tem efeitos fisiológicos e emocionais adversos, e está associada a depressão, a ansiedade e ao transtorno do estresse pós-traumático (OLIVEIRA; SOUSA; GOUVEIA, 2013; ANAND; HICKEY, 1987). Por isso, o manejo precisa envolver avaliações contínuas da dor, através de escalas e o tratamento deve ser realizado utilizando métodos farmacológicos e não farmacológicos. A realidade virtual (RV) é uma estratégia não farmacológica que vem sendo utilizada no tratamento de crianças e adolescentes queimadas, com o objetivo de diminuir a sensação dolorosa. Esta tecnologia consiste em fornecer informações multissensoriais, permitindo uma visão tridimensional em um ambiente virtual, onde o usuário irá interagir em tempo real, através da movimentação e visualização. Esta interação pode ser aplicada com o uso de um capacete ou óculos, *joystick*, entre outros dispositivos que permitam a interação e distração (SILVA et al, 2015; HOFFMAN, 2001). Estudos mostram resultados positivos com o uso da RV em diferentes situações, tais como, na diminuição do score de dor, menor tempo pensando na dor, redução da ansiedade, aumento da diversão (KIPPING et al., 2012; FABER; PATTERSON; BREMER, 2013, SILVA, 2015). Diante disso, o objetivo deste trabalho é identificar em periódicos nacionais e internacionais a utilização da RV no tratamento de crianças e adolescentes queimadas. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada entre março a julho de 2016, em quatro bases de dados: LILACS, SciELO, PubMED e CINAHL, utilizando as palavras chaves: "Terapia de Exposição à Realidade Virtual" e "Queimad*" nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critérios de inclusão foram selecionados os artigos originais, relatos de casos, estudos clínicos e randomizados, sem restrição de tempo de publicação. Foram excluídos os artigos duplicados e aqueles que não mencionaram crianças e/ou adolescentes no estudo, bem como, os que não estavam disponíveis para leitura na íntegra. Na busca inicial foram encontrados 100 artigos, destes 38 foram identificados na CINAHAL, 62 na

ISSN 2525-8273

PubMed e nenhum no LILACS e SciELO. Depois de aplicado os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 17 manuscritos, destes oito (47%) foram publicados nos últimos cinco anos. Todos os artigos foram publicados em revistas científicas internacionais, sendo que seis (35%) foram publicados na revista *Burns* e cinco (29%) no periódico *Journal of Burns Care Research*. Em relação ao país, destacam-se os EUA com oito (47%) e Austrália com sete (41%) publicações. Quanto à metodologia utilizada, 12 (70%) foram estudos experimentais (randomizados), dois (12%) quase experimental, dois (12%) relatos de caso e uma (6%) revisão integrativa. Em relação à população estudada seis (35%) estudos utilizaram a RV em crianças (três a 12 anos), um (6%) estudou o uso de dispositivo de RV em adolescentes, cinco (29%) em crianças e adolescentes, e cinco (29%) incluíram crianças, adolescentes e adultos em sua amostra. Dentre os 17 artigos selecionados na busca, seis (35%) avaliaram a redução da dor com o uso da RV durante procedimentos considerados dolorosos e sete (41%) avaliaram a dor e a ansiedade. Um (6%) artigo focou nos efeitos colaterais do uso da RV, dois (14%) avaliaram a taxa de epitelização da área queimada, comparando o uso e o não uso da RV e um (6%) avaliou o uso de um dispositivo de RV de baixo custo. Quanto aos achados, destaca-se a redução dos scores de dor de no mínimo 20% em todos os estudos que tinham este objetivo, principalmente durante o curativo e mesmo utilizando óculos de baixo custo. Ainda, o uso da RV continua reduzindo os scores de dor mesmo após várias sessões. Os valores de frequência cardíaca e respiratória apresentaram diferença significativa, sendo menores em pacientes que fizeram uso da RV. Houve diminuição da necessidade de aumento da dose de analgésicos no grupo que utilizou a RV comparando com o grupo que não usou. As crianças e adolescentes relataram diversão e distração durante o uso da RV. Ainda, quanto aos efeitos colaterais, estudo mostrou que 85% das crianças e adolescentes não apresentaram nenhum desconforto e 15% relataram náusea e vertigem. Em relação à epitelização da área queimada, houve diferença estatisticamente significativa (adotando nível de significância de p= 0,061), sendo que as crianças que utilizaram a RV tiveram reepitelização mais rápida. Concluiu-se que o uso da RV apresenta resultados promissores em criança e adolescentes queimados, principalmente relacionado a diminuição dos scores de dor aguda, reduzindo assim, as repercussões da realização contínua de procedimentos dolorosos, como a ansiedade e os transtornos de estresse. Cabe destacar também que esta tecnologia não substitui o uso de medicações analgésicas, porém se utilizado de maneira complementar pode ser um importante método não farmacológico, aumentando a distração e diversão das crianças e adolescentes. Diante disso, sugere-se a realização de estudos nacionais que contribuam com o tratamento de crianças e adolescentes queimados, agregando assim benefícios da utilização da RV neste contexto, uma vez que as publicações disponíveis são internacionais.

Palavras Chaves: Terapia de Exposição à Realidade Virtual. Queimaduras. Pediatria.

Referências:

ANAND, K.J.S; HICKEY, R.R. Pain and its effects in the human neonate and fetus. **N Engl J Med**, v.317, v. 21, p. 1321-29,1987.

BROWN, N. J. et al. Efficacy of a children's procedural preparation and distraction device on healing in acute burn wound care procedures: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 13, is. 238, 2012.

BROWN, N. J. et al. Play and heal: Randomized controlled trial of Ditto™ intervention efficacy on improving re-epithelialization in pediatric burns. **Burns,** v. 40, is. 2, 2014.

CHAN, E. A. et al. Application of a virtual reality prototype for pain relief of pediatric burn in Taiwan. **J Clin Nurs**, v. 16, is. 4, 2007.

DAS, D. A. et al. The efficacy of playing a virtual reality game in modulating pain for children with acute burn injuries: A randomized controlled trial [ISRCTN87413556]. **BMC Pediatrics**, v. 5, is. 1, 2005.

FABER, A. W.; PATTERSON, D. R.; BREMER, M. Repeated Use of Immersive Virtual Reality Therapy to Control Pain during Wound Dressing Changes in Pediatric and Adult Burn Patients. **J Burns Care Res**, v. 34, is. 5, 2013.

FABER, A.W.; PATTERSON, D.R.; BREMER, D. Repeated Use ofImmersive Virtual Reality Therapy to Control Pain during Wound Dressing Changes in Pediatric and Adult Burn Patients. **Burn Care Res**, v. 34, n. 5, p. 563–8, 2013.

HAIK, J. et al. The Use of Video Capture Virtual Reality in Burn Rehabilitation: The Possibilities. **J Burns Care Res**, v. 27, is. 2, 2006.

HOFFMAN, H. G. et al. Feasibility of Articulated Arm Mounted Oculus Rift Virtual Reality Goggles for Adjunctive Pain Control During Occupational Therapy in Pediatric Burn Patients. **Cyberpsychology**, v. 17, is. 3, 2014.

HOFFMAN, H. G. et al. The Effectiveness of Virtual Reality Pain Control With Multiple Treatment sof Longer Durations: A Case Study. **Int J HumComput Interact**, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2001.

JEFFS, D. et al. Effect of Virtual Reality on Adolescent Pain During Burn Wound Care. **J Burns Care Res,** v. 35, is. 5, 2014.

KIPPING, B. et al. Virtual reality for acute pain reduction in adolescents undergoing burn wound care: A prospective randomized controlled Trial. **Burns,** v. 38, is. 5, 2012.

KIPPING, B. L. et al. Virtual reality for acute pain reduction in adolescents under going burn wound care: a prospective randomized controlled trial. **Burns**. Aug, v. 38, n. 5, p. 650-7, 2012.

MILLER, K. et al. A novel technology approach to pain management in children with burns: A prospective randomized controlled trial. **Burns,** v. 37, is. 3, 2011.

MILLER, K. et al. Multi-modal distraction. Using technology to combat pain in young children with burn injuries. **Burns,** v. 36, is. 5, 2010.

MOTT, J. et al. The efficacy of an augmented virtual reality system to alleviate pain in children undergoing burns dressing changes: A randomised controlled trial. **Burns,** v. 34, is. 6, 2008.

ISSN 2525-8273

OLIVEIRA, C.P. et al. Controle da dor em crianças vítimas de queimaduras. **Revista saúde**, v.7, n. 3/4, 2013.

SCHMITT, Y. S. et al. A randomized, controlled trial of immersive virtual reality analgesia, during physical therapy for pediatric burns. **Burns,** v. 37, is. 1, 2011.

SHARAR, S. R. et al. Applications of virtual reality for pain management in burn-injured patients. **Expert Rev Neurother,** v. 8, is. 11, 2008.

SHARAR, S. R. et al. Factors Influencing the Efficacy of Virtual Reality Distraction Analgesia During Postburn Physical Therapy: Preliminary Results from 3 Ongoing Studies. **Arch Phys Med Rehabil,** v. 88, is. 12, supp. 2, 2007.

SHARAR, S. R. Factors Influencing the Efficacy of Virtual Reality Distraction Analgesia During Postburn Physical Therapy: Preliminary Results from 3 Ongoing Studies. **Arch Phys Med Rehabil,** v. 88, is. 12, supp. 2, 2006.

SILVA, A. et al. A terapia da realidade virtual e a pessoa queimada: redução da dor nos cuidados à ferida - Uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras,** v. 14, n. 1, 2015.

TWILLERT, V. et al. Computer-Generated Virtual Reality to Control Pain and Anxiety in Pediatric and Adult Burn Patients During Wound Dressing Changes. **J Burns Care Res,** v. 28, is. 5, 2007.

ISSN 2525-8273

Resumo 30:

Título: O que você quer saber sobre sexualidade?

Autores:
Alexandra Ferreira – Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: xanferr@gmail.com.
Carolina Gabriele Gomes da Rocha - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: carolinagabriele.r@gmail.com.
Francieli Lohn da Rocha - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. . Florianópolis/SC. E-mail: franh_lr@hotmail.com.
Ivonete T. Buss Heidmann - Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: ivoneteheideman@gmail.com.
Maiara Suelen Mazera - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: maiaramazera@gmail.com.
Milena Zuchetto Soares - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: milenazuchetto206@hotmail.com.

Resumo: a Política Nacional de Promoção da Saúde traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando articular ações com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014). O Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Saúde na Escola, instituído no ano de 2007 com o objetivo de realizar ações de atenção integral à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira, no espaço das escolas e/ou unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde. O Programa Saúde na Escola traz como um dos seus objetivos, promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação (BRASIL, 2007). A escola é um espaço onde podem ser construídos novos padrões de aprendizado, convivência, produção e transmissão de conhecimento. O espaço da escola é um espaço de reflexão acerca de suas próprias práticas, de maneira a valorizar os sujeitos, reconhecendo a diversidade e potencializando seu desenvolvimento de forma ética e saudável, contribuindo com discussões e práticas em todos os níveis das relações humanas, inclusive a sexualidade (LACERDA JUNIOR et al., 2015). Neste sentido a adolescência aparece como etapa fundamental do processo de crescimento e desenvolvimento humano, correspondendo por um período de descobertas das próprias limitações, de curiosidade por novas experiências, caracterizada pela necessidade de integração social, pela busca da independência individual, do desenvolvimento da personalidade e definição da identidade sexual (SOARES et al., 2008). O exercício da sexualidade de forma irresponsável e inconsequente acarreta conflitos e traz alterações nos projetos futuros de cada adolescente, resultando, muitas vezes, em situações de gravidez indesejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e abandono escolar, sendo que todas essas alterações consequentemente interferirão em sua saúde integral (SOARES et al., 2008). Nesta perspectiva foi elaborado um projeto de Educação em Saúde através do incentivo da

ISSN 2525-8273

disciplina de Processo de Viver Humano V – Atenção Básica e Saúde Mental presente no sétimo semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, onde se dispõe de competências que devem ser atingidas para obter o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade, em nível de Atenção Básica do SUS. Este projeto de educação em saúde visa promover o diálogo sobre a temática sexualidade com adolescentes do Ensino Médio, conhecer e trabalhar as dúvidas mais frequentes acerca da temática, promover a conscientização e responsabilidade para prática sexual, orientar quanto aos métodos contraceptivos e suas particularidades, conversar sobre doenças sexualmente transmissíveis buscando diminuir sua incidência, romper preconceitos culturais promovendo a autonomia do indivíduo quanto as suas escolhas, abordar questões de gênero e diversidade e estimular/promover o autocuidado e autonomia, ressaltando a sexualidade como componente fundamental de promoção de saúde. O método aplicado foi o da roda de conversa, realizada em setembro de 2015. Optamos por este método, pois acreditamos ser este um método de trabalho no qual se cria um espaço de diálogo coletivo e problematizador de questões referentes à saúde, sexualidade, comportamento, além de propor a reflexão em grupo. O estudo ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde do município de Florianópolis e atendeu à demanda solicitada pela coordenação: necessidade e vulnerabilidade social em área descoberta pela unidade, por isso o projeto foi desenvolvido em uma escola da rede municipal de Florianópolis/SC de ensino médio, ou seja, adolescentes entre 14 e 18 anos. O projeto ocorreu com dois grupos de sessenta adolescentes entre 14 e 18 anos. No processo de planejamento inclui-se o reconhecimento da escola, concordância em participar do estudo e implementação de uma caixa com a seguinte pergunta: "*O que você quer saber sobre sexualidade?*". Nesta caixa foram depositadas perguntas sobre a temática sexualidade pelos alunos e essas, posteriormente foram organizadas em categorias. Como material de apoio, foram montadas pastas com materiais didáticos que abordaram informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, drogas, métodos contraceptivos, caderneta de saúde do (a) adolescente e preservativo (masculino e feminino). Para iniciar a problematização e provocar os alunos quanto à temática utilizou-se um vídeo construído pelas acadêmicas ilustrando recortes de clipes de músicas e filmes atuais que discutem a temática sexualidade e suas dimensões. Iniciamos com roda de apresentação, onde cada aluno falou seu nome e algo que gostava de fazer em momentos de lazer. Reproduzimos o vídeo inicial correspondentes com a relação sexualidade e atualidade, retratando sobre o tema e instigando a reflexão dos adolescentes. Durante a roda de conversa, foram sorteadas as perguntas realizadas pelos alunos e respondidas com apoio de imagens previamente elaboradas que faziam conexão com as questões abordadas. Foram no total 29 perguntas depositadas na caixa dando origem a cinco categorias: Vida sexual, fisiologia da sexualidade, diversidade e gênero, tabus da sociedade e DST´s. Sempre que possível devolvíamos a interrogativa para os adolescentes com intuito de desenvolver a pergunta na roda a fim de obter conhecimento prévio do grupo sobre a temática e trabalhar com maior aprofundamento. Ao final da roda de conversa com duração aproximada de duas horas, foi entregue a folha avaliativa para obtenção de *feedback* sobre o modo de apresentação e absorção da temática trabalhada. Dos resultados obtidos com a avaliação tivemos: 35 ótimo, 11 bom, 2 razoável e 2 ruim, totalizando 50 avaliações. Como auto avaliação, acreditamos que o objetivo tenha sido alcançado. Conseguimos debater a temática e levar os jovens à reflexão e conscientização. Como fatores prejudiciais, concordamos que o tempo curto dificultou o andamento da roda de conversas, impossibilitando o diálogo mais

ISSN 2525-8273

aprofundado de temas que são importantes. Realizar a oficina foi gratificante e enriquecedor, promover saúde na faixa etária adolescente é um desafio, mas é primordial e indispensável, agregamos esta experiência ao nosso desenvolvimento profissional e pessoal.

Palavras Chaves: Sexualidade. Adolescente. Promoção da saúde.

Referências:

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde.** Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Institui o Programa Saúde na Escola** - PSE, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde 2007.

LACERDA JUNIOR, J. C.; et al. Do contexto multicultural para uma escola que discute: educação sexual. **Sophia, Colección de Filosofía de La Educación**, Cuenca, v. 9, n. 1, p.73-87, 2015.

SOARES, S. M. et al. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: Revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p.485-491, set. 2008.

ISSN 2525-8273

Resumo 31

Título: Acidentes por queimadura: repercussões psicossociais no cotidiano da criança e adolescente

Autores:
Ana Maria Farias da Silva - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do NUPEQUISFAM/UFSC. Florianópolis/SC.
Cristina Caparica Souto - Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC.
Laura Elisa Freitas da Silva - Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC.
Lauri Iva Renck - Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Santa Catarina, Brasil. Florianópolis/SC.

Resumo: a queimadura é um evento traumático que traz repercussões na vida da criança, do adolescente e da família, há o sofrimento, dor, hospitalização, procedimentos cirúrgicos e as sequelas, essas muitas vezes incapacitantes. Também são evidentes as cicatrizes, assinaladas não só na pele, mas com repercussões psicológicas importantes devido a alteração da autoimagem, ao uso da malha compressiva, além da culpa que inevitavelmente a família sente pelo acidente, em especial nas crianças menores. Todo esse processo é doloroso e precisa ter um bom acompanhamento multiprofissional durante a internação e orientação para os cuidados domiciliares no momento da alta hospitalar. Uma das ansiedades dos pais é com relação ao futuro, na medida em que desconhecem as limitações e aspecto com que as queimaduras irão ficar. Sendo assim, é essencial o apoio, orientação e encaminhamentos a outros profissionais da equipe para o aconselhamento se necessário. Estudos epidemiológicos mostram as queimaduras como principal trauma ocorrido em crianças e adolescentes ao redor do mundo, sendo considerado um problema de saúde pública. Este estudo teve como objetivo identificar os fatores relacionados à queimadura e as repercussões psicossociais na criança, adolescente e sua família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada no ambulatório de um hospital infantil público da rede SUS, referência na assistência terciária à criança e ao adolescente, localizado em um município do Sul do Brasil, no período de setembro a outubro de 2013. Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada e pesquisa documental. Os Participantes foram quatorze familiares de crianças e dois adolescentes com queimaduras. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, respeitando os princípios e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Para analisar os dados utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade análise temática. Nesse momento relatamos duas das cinco categorias apontadas no estudo: fatores relacionados à queimadura e impactos psicossociais e emocionais. Os acidentes por queimadura ocorrem por diversos fatores, alguns relacionados com o ambiente, nível socioeconômico e cultural da família e falta de estrutura física no domicílio assim como a negligencia dos pais. Em relação à criança, está ligada a idade, sexo, características psicomotoras que tornam de risco algumas situações. Em relação a idade das crianças, a maior incidência ocorreu entre dois e três anos com frequência de 42,85%. O local do acidente aponta que 62,5% aconteceram na cozinha, por escaldadura, óleo ou água quente. Seguido por

ISSN 2525-8273

chama direta (fogo), provocado por produtos inflamáveis como álcool e gasolina, e um acidente com pólvora. À medida que as crianças amadurecem, aumentam os comportamentos de risco. Na fase escolar e adolescência tornam-se mais autoconfiantes, independentes, menos temerosos, desafiam os limites e estão sujeitos a acidentes que na maioria das vezes acontece em casa ou próximo a ela. Brincadeiras potencialmente perigosas com o manuseio de pólvora, gasolina, foram observadas como causadoras de queimaduras. As condições de moradia também tiveram influência na maior incidência, assim como, as crianças que ficam desacompanhadas de adultos, sem supervisão ou sob cuidados de irmão maiores ou a falta de supervisão de um adulto responsável, que muitas vezes está bem próximo à cena do acidente, mas não atento às situações de risco as quais as crianças estão expostas. Nas escaldaduras a maior frequência teve acometimento de face, pescoço, tórax, membros superiores e inferiores. Já nos acidentes por chama direta, a maior constância atingiu membros superiores, membros inferiores, costas, tórax e face. Em relação a profundidade variou de segundo grau superficial e profundo a terceiro grau e todos tiveram que usar malha compressiva durante o tratamento ambulatorial. Em relação aos aspectos psicológicos surgiram sentimentos da família como sofrimento, culpa e o medo das mudanças corporais devido às lesões e cicatrizes e a criança demonstrava a dor pela queimadura no momento dos banhos e curativos, choro intenso, irritabilidade, ansiedade, além da alteração da percepção da autoimagem. As opiniões e impressões que as pessoas têm e verbalizam em relação às crianças que apresentam sequelas das queimaduras como quelóides e cicatriz hipertrófica, que são “marcas” que muitas vezes estão evidentes no corpo, causam constrangimentos, sofrimento e revolta nos pais. Muitas crianças e adolescentes do estudo frequentavam a escola, e ao retornarem após o acidente com queimadura se deparam com atitudes preconceituosas, no qual sentem constrangimento pelo fato dos colegas usarem termos pejorativos, rotulando-os como “*queimadinhos”, “torradinho”, “foguinho”.* Portanto, fica evidente que os acidentes por queimadura ocorrem por uma variabilidade de situações que os torna imprevisíveis, mas que aos olhos dos profissionais de saúde é possível detectar a sua frequência e é da responsabilidade da equipe de saúde o esforço no sentido de preveni-los. Com esse estudo foi possível reconhecer as repercussões da queimadura no cotidiano da criança e adolescente e o enfrentamento de cada família e dessa maneira trazer subsídios para a equipe de saúde compreender as necessidades de cada um, considerando sua singularidade, permitindo a recuperação física e emocional. Destacamos a importância do papel educativo do enfermeiro junto à família, considerando que a prevenção exige proteção da criança e educação do adulto.

Palavras-chaves: Enfermagem, queimadura, criança.

ISSN 2525-8273

Resumo 32

Título: Vivência de uma enfermeira residente na internação oncológica pediátrica

Autores:
Evanilde dos Santos Carneiro - Enfermeira Residente na Residência Multiprofissional em Saúde, na ênfase da Saúde da Mulher e da Criança do HU/UFSC. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente - GEPESCA/UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: evanildecarneiro@yahoo.com.br.
Ana Izabel Jatobá de Souza - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde, na ênfase da Saúde da Mulher e da Criança HU/UFSC. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente - GEPESCA/UFSC. Florianópolis/SC.
Andreia Tomazoni – Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente - GEPESCA/UFSC. Florianópolis/SC.

Resumo: a Enfermagem é a profissão que está em contato constante com os pacientes. Torna-se cada vez mais evidente a necessidade de especialização desses profissionais, para que a assistência seja de melhor qualidade dentro das possibilidades. Dentre as especializações existentes, a residência se destaca por oferecer uma grande carga horária, que em sua maior parte é destinada a prática assistencial objetivando a formação em serviço. A atuação do residente se dá em diversos cenários de atuação de acordo com a área escolhida. No contexto da Residência Multiprofissional em Saúde na área Materno Infantil de um Hospital Escola do Sul do Brasil o residente transita por hospitais e ambulatórios destinados a assistência à mulher, neonato, criança, adolescente e família. Um desses espaços é a unidade de oncológica pediátrica de um hospital pediátrico de referência estadual para esta especialidade. No contexto da oncologia pediátrica, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, as estimativas são de que em 2016 e 2017 a incidência de novos casos de câncer em crianças e adolescentes seja de 12.600. Entre os tumores mais frequentes nessas faixas etárias as leucemias se destacam, seguindo dos tumores de sistema nervoso central e linfomas (INCA, 2016). Tendo em vista a representatividade do câncer como um problema de saúde pública, mesmo na população infanto juvenil, é importante que os enfermeiros estejam capacitados para o atendimento desta população e de suas famílias. Portanto, o presente trabalho tem por objetivo relatar a vivência de uma enfermeira residente na área de saúde materno infantil em uma unidade de internação oncológica pediátrica. Trata-se de um relato de experiência desenvolvida em um Hospital Pediátrico da região Sul do Brasil. A inserção neste cenário de atuação ocorreu por um período de três semanas no ano de 2016, com carga horária semanal de 60 horas. As atividades realizadas pela enfermeira residente foram supervisionadas pelos enfermeiros do setor. O nível de complexidade dessas atividades foi aumentando conforme a adaptação e segurança para executá-las. Dentre elas destaca-se a passagem de visita diária nos leitos, a análise de cada prescrição de medicações e os resultados de exames junto à equipe médica, discutindo os protocolos existentes e manejo para cada criança e/ou adolescente, a admissão e

ISSN 2525-8273

evolução dos pacientes como parte da sistematização da assistência de enfermagem. Além do acompanhamento da família em todo o processo de internação e adoecimento, incluindo um caso de cuidados paliativos e óbito. Também vale destacar os procedimentos de enfermagem específicos nesse cenário, tais como a administração de quimioterápicos, punção de cateter totalmente implantado, curativo e auxílio na passagem de cateter central de inserção periférica, acompanhamento e auxílio em mielograma, punção venosa, sondagem nasojejunal, entre outros. Como resultado da imersão no cenário de prática foi possível evidenciar a transformação que ocorre no mundo da criança/adolescente e família desde o diagnóstico ao tratamento do câncer. A experiência e o contato diários com a clientela e suas famílias permitiu aprofundar o olhar sobre a realidade vivida por estes, bem como possibilitou a reflexão sobre a importância de uma assistência segura e atentiva. Além disso, proporcionou a aquisição de competências importantes, tanto do ponto de vista do manuseio de equipamentos e tecnologias, como do aspecto relacional que deve permear a assistência prestada à criança/adolescente e família. A fragilidade provocada pelas mudanças impostas pela terapêutica repercute fortemente sobre o cotidiano da família, boa parte das famílias acompanhadas eram de cidades distantes, muitas vezes o acompanhante era um dos responsáveis pelo sustento do lar. A experiência de ter entrado em contato com situações limite, tais como as representadas pela assistência em situações de finitude permitiu refletir sobre a importância da escuta atenta, do conforto, da instituição de protocolos que garantam a dignidade do paciente e da sua família em todo o processo. A convivência diária com os profissionais da equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe multidisciplinar permitiu resgatar a importância de todos no conjunto da assistência prestada a esta clientela. Destaca-se o importante papel do enfermeiro enquanto mediador junto aos demais profissionais e a criança/adolescente/família. O conhecimento técnico, aliada a capacidade relacional e de estabelecer uma comunicação efetiva entre todos os integrantes da equipe, bem como com os pacientes e familiares é fundamental para o sucesso na assistência. O período de imersão nessa especialidade foi de extrema relevância para a residente, pois foi possível ampliar os conhecimentos teóricos e práticos sobre o câncer na infância e adolescência e o que a ele se refere, tanto do ponto de vista das tecnologias utilizadas como dos aspectos psicosocioespirituais nele envolvidos. Vale destacar a importância da abordagem sobre o câncer adulto ou infanto juvenil serem contempladas nos cursos de graduação em enfermagem, pois este tem sido um conteúdo dado de maneira superficial, não abordando todas as suas particularidades e não sendo realizado contato na prática, pelo menos na experiência de graduanda da atual residente. Após esta experiência, fica evidente a sensação de ter adquirido segurança e ampliado as competências para trabalhar futuramente com essa população.

Palavras Chaves: Pediatria. Oncologia. Enfermagem.

Referências:

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA/MS). **Tipos de câncer.** Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil. Acesso em 24/06/2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 33

Título: Brinquedo terapêutico sustentado por modelo de cuidado de enfermagem: estratégia para enfrentamento da hospitalização infantil

Autores:
Christiny Regina Lopes - Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, modalidade residência. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: christiny.rl@gmail.com.
Sabrina de Souza - Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher e da Criança (ênfase em Neonatologia), modalidade residência. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: sabrinas.enfer@gmail.com.
Patrícia Kuerten Rocha - Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: pkrochaucip@gmail.com.
Marta Lenise do Prado - Enfermeira. Doutora. Professora Voluntária do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: marta.lenise@ufsc.br.
Jane Cristina Anders - Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/UFSC. Florianópolis/SC. Florianópolis/SC. E-mail: jane.anders@ufsc.br.

Resumo: a hospitalização é um evento marcante na vida da criança, sendo que seu contexto pode gerar ameaças reais ou imaginárias, demonstradas pelos sentimentos e atitudes de medo, agressividade, choro, ansiedade (MONTEIRO; CORRÊA, 2012). Considerando isto, importante estratégia a ser utilizada pelos enfermeiros é o Brinquedo Terapêutico (BT), o qual se classifica em três tipos: capacitador de funções fisiológicas, instrucional/explicativo e dramático/catártico (BORBA, 2002). Sendo que o BT dramático/catártico permite a expressão verbal e não-verbal da criança, proporcionando um meio confortável para transpor seus medos e preocupações e ao mesmo tempo ajudando o enfermeiro a identificar as reais necessidades de cuidado, sendo a criança sujeito ativo do mesmo (ROCHA, 2005). A aplicação do BT pode ser feita somente por sua técnica ou estar amparada em estrutura teórico-metodológica, como em um modelo de cuidado, o qual é pouco explorado na área de enfermagem pediátrica. A incorporação do BT em um modelo de cuidado de enfermagem permite ao enfermeiro que realize sua prática por meio de um cuidado planejado, sistematizado, seguro e avaliável, tornando-o assim diferenciado (ROCHA; PRADO, 2008). Desta forma, o estudo objetivou analisar a contribuição do brinquedo terapêutico catártico, inserido em um Modelo de Cuidado de Enfermagem, para o enfrentamento do processo de hospitalização infantil. Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), de natureza qualitativa. Realizada entre 2013 e 2015, em Unidade de Clínica Médica e Unidade de Clínica Cirúrgica de um Hospital Pediátrico Público do Sul do Brasil. Participaram do estudo quatro crianças que atenderam aos critérios de

ISSN 2525-8273

inclusão: faixa etária entre 4 e 10 anos, estar internada há no mínimo 1 dia e apresentar condições físicas e mentais que permitissem a realização do estudo. A coleta de dados se constituiu na aplicação do Modelo de Cuidado de Enfermagem Cuidar Brincando, sendo adaptado para o contexto hospitalar a partir da sua proposição original denominada "Modelo de Cuidado de Enfermagem à Crianças Vítimas de Violência" (ROCHA, 2005). Tal Modelo de Cuidado possui como eixo norteador o BT, sendo composto por três etapas com respectivos passos de análise das sessões: etapa acolhendo, que busca o estabelecimento de vínculo entre criança e o pesquisador; brincando, que pretende explorar as necessidades de cuidado por meio do BT; finalizando, que encerra o processo mediante atendimento das necessidades de cuidado da criança. Os dados foram obtidos por meio de observação participante durante sessões individuais de BT catártico, as quais duraram em média 40 minutos e foram realizadas em sala reservada, sendo que o número de sessões com cada criança foi variável, dependendo de sua progressão nas etapas do Modelo. O registro dos dados foi realizado em diário de campo combinado com gravação em áudio das sessões. Para análise dos dados se utilizou os princípios da PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O estudo respeitou os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466/12, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Hospitalar em parecer 027/2013 e pelo Comitê da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer 424.000/2013. Assim, as crianças foram identificadas com nome de personagens de desenhos infantis. Participaram do estudo Bob Esponja, Jasmine, Jolie e Ben 10 por meio de sessões de BT, sendo que na etapa brincando se aplicou o BT catártico, de modo a propiciar a expressão de vivências e sentimentos das crianças relacionados à hospitalização. Em geral, a catarse foi realizada por meio de histórias; ora narradas ora representadas, as quais apresentaram muitas semelhanças com o histórico das crianças, mas também momentos de ficção. Para isto as crianças utilizaram bonecos de pano, boneca com cateter de oxigênio e acesso venoso periférico conectado à fluidoterapia, playground hospitalar e objetos/materiais hospitalares (agulha, seringa, sondas, cateteres, esparadrapo, entre outros). O contexto das histórias girou em torno de situações de adoecimento, hospitalização, procedimento cirúrgico e alta hospitalar, surgindo como personagens: paciente infantil, pais e avó de paciente, enfermeiro, técnico de enfermagem e médico. Foram manifestados sentimentos ambíguos quanto à hospitalização; conhecimento de algumas rotinas da respectiva Unidade de Internação; vivência, sentimentos nocivos e desconhecimento quanto a procedimentos a que foram submetidas. Frente a isto, buscou-se identificar, prescrever e realizar os cuidados de enfermagem necessários para o enfrentamento da hospitalização. Em relação aos procedimentos, principalmente punção venosa periférica, demandou explicação e demonstração da técnica, assim se realizou BT instrucional. De início as crianças não estabeleciam; adequadamente, relação entre as ações e os profissionais de saúde representados nas histórias (enfermeiro, técnico de enfermagem e médico), então foi elucidada a diferença na função dos mesmos e como são chamados, buscando explorar e ressignificar vivências negativas e sentimentos de culpabilização em relação a alguns profissionais. A partir da compreensão proporcionada acerca dos procedimentos, tratamentos e cuidados necessários para a estabilidade e/ou melhora da situação de saúde-doença; familiarização com as rotinas da Unidade e conduta dos profissionais; espaço para exteriorização dos sentimentos e angústias; momentos de recreação, percebeu-se evolução na atitude da criança para o enfrentamento da hospitalização, tornando-se sujeito ativo no cuidado. A utilização do BT inserido em um Modelo de Cuidado permitiu que a criança expressasse suas vivências acerca da hospitalização e suas demandas de cuidado. Desta maneira,

ISSN 2525-8273

acredita-se que a implementação deste, seja como pesquisa ou na prática assistencial do enfermeiro, permite um cuidado que considere a criança como sujeito ativo, tornando-o individualizado, respeitando suas necessidades e minimizando os sentimentos negativos em relação a hospitalização.

Palavras Chaves: Enfermagem Pediátrica. Jogos e Brinquedos. Hospitalização.

Referências:

BORBA, R. I. H. de. Mesa Redonda: O brinquedo e a assistência de enfermagem à criança. **Enfermagem Atual,** p. 9-11. nov/dez. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01/08/2016.

MONTEIRO, L. S.; CORRÊA, V. A. C. Reflexões sobre o brincar, a brinquedoteca e o processo de hospitalização. **Rev Para Med**, v. 26, n. 3, 2012.

ROCHA, P. K. **O brinquedo terapêutico como um modelo de cuidar de crianças institucionalizadas vítimas de violência.** 2004. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L. do. Modelo de Cuidado: ¿ Qué es y cómo elaborarlo?. **Index de Enfermería,** v. 17, n. 2, p. 128-132, 2008.

TRENTINI M., PAIM L., SILVA D. M. G. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde.** 3a ed. Porto Alegre: Moriá editora; 2014.

ISSN 2525-8273

Resumo 34:

Título: Relatando a experiência com adolescentes sobre violência/cultura da paz

Paula Mariana Sehnem - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) Itajaí/SC. E-mail: paulaah_bc@hotmail.com.
Daniela Valcarenghi - Farmacêutica. Mestre em Ciências Farmacêuticas. (UNIVALI). Professora do curso de Biomedicina e Farmácia da UNIVALI. Itajaí/SC. E-mail: danivalca@univali.br.
Silvana Tomazoni - Bióloga. Mestre em Neurociência (UFSC). Professora do curso de Enfermagem, Biomedicina e Psicologia da UNIVALI. Itajaí/SC. E-mail: silvanatomazoni@yahoo.com.br.
Edileia Barbosa da Silva Farias - Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI. Itajaí/SC. E-mail: edileiabarbosa_2013@outlook.com.
Larissa Voigt Nunes - Acadêmica do curso de Psicologia da UNIVALI. Itajaí/SC. E-mail: larivoigt@gmail.com.
Nathan Haniel de Souza - Acadêmico do curso de Psicologia da UNIVALI. Itajaí/SC. E-mail: nathanhaniel@gmail.com.

Resumo: a adolescência é a etapa de transição entre infância e idade adulta, marcada por transformações, culminando com a maturação biopsicossocial do indivíduo (MOREIRA et al., 2008). Violência é o uso intencional de força física ou poder, em ameaça praticada contra si ou outra pessoa, grupo ou comunidade que resulta, ou tem possibilidade de ocasionar ferimentos, morte, consequências psicológicas negativas, mau desenvolvimento ou privação (OMS, 2007). É dever da família, sociedade e Estado assegurar ao adolescente com absoluta prioridade o direito à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2010). Cultura da Paz é um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida baseados no fim da violência, promoção e prática da não violência por meio da educação, diálogo e cooperação; no pleno respeito e promoção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais; no compromisso com a solução pacífica dos conflitos; no respeito e promoção do direito ao desenvolvimento; no respeito e fomento ao direito de todas as pessoas à liberdade de expressão, opinião e informação; na adesão aos princípios de liberdade, justiça, democracia, tolerância, solidariedade, cooperação, pluralismo, diversidade cultural, diálogo e entendimento em todos os níveis da sociedade; e animados por uma atmosfera nacional e internacional que favoreça a paz (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS). Este trabalho relata as ações de Educação em Saúde com adolescentes dos anos finais do ensino fundamental de uma Escola da rede municipal de Itajaí, Santa Catarina. As ações são desenvolvidas por meio do projeto de extensão “Discutindo a Relação” - #D.R. da Univali. O objetivo é desenvolver ações para promoção da saúde e enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento integral do adolescente, envolvendo comunidade escolar e profissionais da Estratégia de Saúde da Família. É uma proposta interdisciplinar que envolve os cursos de Psicologia, Enfermagem e Biomedicina, articulando o tripé ensino, pesquisa e extensão. Segundo Tavares, Matos, Gonçalves (2005), a interdisciplinaridade compreende o desenvolvimento de um tema em comum, no qual as relações que permeiam os campos do

ISSN 2525-8273

conhecimento tendem a se expandir e diversificar. O projeto está alicerçado na concepção da Educação Popular de Paulo Freire, na qual os sujeitos interagem, apropriando-se dos saberes científico e popular. Neste relato faz-se um recorte das oficinas que objetivaram discutir o conceito de Violência e Cultura da Paz; apresentar os tipos de violência comuns entre adolescentes; discutir sobre cultura da paz, construindo soluções contrárias à ação violenta e à resposta agressiva dentro e fora da escola. O projeto prevê encontros semanais de formação e planejamento com a equipe extensionista, preparando ações para as oficinas, organizando e sistematizando informações e registros, gerando dados para pesquisas e relatos de experiências. As oficinas foram desenvolvidas em oito turmas. Em média, 147 adolescentes participaram de cada oficina programada, com duração de uma hora aula. As atividades foram desenvolvidas por meio de metodologias ativas, que consideram os estudantes como protagonistas de seu aprendizado, favorecendo a autonomia do educando, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas (BORGES; ALENCAR, 2014, p. 120). O planejamento das oficinas foi estruturado da seguinte forma: "Dinâmica de aquecimento", "Desenvolvimento da temática de forma lúdica e participativa" e "Relaxamento". Até o momento, foram desenvolvidas três oficinas abrangendo a temática Violência e Cultura da Paz, preconizada pelo Programa Saúde na Escola – PSE (BRASIL, 2009, p.100). Articulado ao PSE encontra-se o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE, que é uma estratégia de formação continuada compartilhada por profissionais da educação, saúde, outras instituições públicas e organizações da sociedade civil, cujas ações repercutem na redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens (BRASIL, 2007, p. 148). O conteúdo foi tratado em cada oficina através de teatro sobre tipos de violência, composto por 4 cenas, abordando violência verbal, física, virtual e *bullying*; utilização de questionário estruturado com as perguntas: "o que é violência para você?"; "quais os tipos de violência?"; "dê uma sugestão de como diminuir a violência", buscando-se levantar o conhecimento dos adolescentes sobre a temática. Também houve elaboração de cartazes com a percepção dos adolescentes sobre sua comunidade, destacando vulnerabilidades para violência e meios de enfrentamento. Para avaliação do nível de aprendizado dos adolescentes, foram utilizados: levantamento das respostas do questionário estruturado; contabilização dos acertos e erros após cada encenação do teatro proposto; interpretação dos cartazes. Para avaliação do nível de satisfação e aprendizado referido foi utilizada uma escala numérica (de 1 a 10), analisada através de estatística simples e apresentada por frequência relativa. As respostas ao teatro e criação dos cartazes foram analisadas por conteúdo temático. Por se tratar de relato de experiência o mesmo não foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, entretanto, foram seguidos os preceitos éticos recomendados na Resolução 466/12 do CONEP. Os adolescentes mostraram-se atenciosos e engajados nas atividades realizadas pelo projeto. Alguns adolescentes citaram vivências no cotidiano escolar, destacando-se a violência verbal. Os resultados quanto ao conhecimento sobre violência, denotam que os conceitos mais citados foram: violência física, *bullying* e violência verbal, demonstrando que os adolescentes confundiram conceito com tipos de violência. Na opção "tipos de violência" foram citados: violência física, verbal, *bullying* e sexual. As sugestões para diminuir a violência, foram: prendendo quem comete violência, denunciar, não xingar os colegas, conversar com a família, respeito, ajudar as pessoas que sofrem *bullying* e não praticá-lo. Diante destes resultados, foi elaborada nova oficina, utilizando teatro como metodologia, no qual extensionistas e adolescentes encenaram vários tipos de violência para melhor compreensão dos conceitos. Os resultados foram 59,43 % de acertos; 14,82% erros e 14,07% de

ISSN 2525-8273

acerto parcial, em relação ao tipo de violência. Os cartazes elaborados pelos adolescentes, relacionados à percepção sobre sua comunidade e sugestões de combate à violência, tiveram como resultados: realizar brincadeiras; ter amor pela natureza; utilizar as praças na comunidade; frequentar as igrejas; dançar; ter solidariedade; união entre a comunidade. Segundo Corrêa (2001) a educação em saúde tem papel importante, sensibilizando para questões sociais, ambientais e relacionais da realidade, contribuindo para a expressão de percepção e consciência, criando condições para ser criativo e capacitado para gerenciar conflitos, propondo alternativas para a cultura da paz. O resultado da ficha de avaliação do nível de satisfação apresentou a maioria (78,50%) com nota 10,0 para metodologia utilizada e para o aprendizado referido (76,5%). Percebeu-se que os adolescentes confundiam conceito com tipo de violência, fazendo-se necessário realizar mais de uma oficina para compreensão dos mesmos. Conclui-se que os adolescentes compreenderam o conceito dos tipos de violência e foram capazes de identificar vulnerabilidades na comunidade para a ocorrência de situações de violência, bem como fizeram sugestões e identificaram possibilidades de enfrentamento da violência e promoção da cultura da paz. A metodologia utilizada e aprendizado referido foram citados com nota máxima pela maioria dos adolescentes, considerando-se a proposta adequada, possibilitando sensibilização do adolescente. Durante as oficinas os estudantes mostraram-se curiosos, atentos e questionadores, constatando-se que as oficinas atingiram os objetivos propostos. Foi perceptível a criação de vínculo e confiança entre os adolescentes e a equipe extensionista, havendo troca de conhecimento, gerando crescimento. Acredita-se que os conteúdos trabalhados pela equipe extensionista foram de grande valia para os adolescentes, levando conhecimento e buscando alternativas para o enfrentamento das vulnerabilidades que podem comprometem seu desenvolvimento.

Palavras Chaves: Adolescência. Violência. Educação em Saúde.

Referências:

BRASIL. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. **Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata** [recurso eletrônico]. – 0 ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, p. 207, 2010. – (Série legislação; n 83).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. p. 100.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS. **Saúde e Prevenção nas Escolas**: Atitude para curtir a vida. Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007, 148 p.

BORGES, T.S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso da metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, v. 3, n. 4, julho/agosto, p. 119-143, 2014. Disponível em: <http://www.cairu.br/revista/arquivos/artigos/2014_2/08%20METODOLOGIAS%20ATIVAS%20NA%20PROMOCAO%20DA%20FORMACAO%20CRITICA%20DO%20ESTUDANTE.pdf>. Acesso em: 07 de jul de 2016.

ISSN 2525-8273

CORRÊA, R.A. Dinâmicas de "Educação para a paz". p.250. in RAMOS, F.R.S. **Adolescer:** compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn, p. 304, 2001.

MOREIRA, T. M. M., et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev Esc Enferm** USP, v. 42, n 2, junho,p. 312-320, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ***Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz.*** *2004. Disponível em:* <www.comitepaz.org.br/dec_prog_1.htm>. Acesso em: 05 de jul de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde: trabalhando juntos pela saúde.** Genebra: OMS. Trad. Brasília, Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/50386959/Conceito-de-violencia-pela-OMS>. Acesso em: Jun/2016.

TAVARES, C. M. A.; MATOS, E; GONÇALVES, L. Grupo Multiprofissional de Atendimento ao Diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde**.** **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 213-221, abr./jun. 2005.

ISSN 2525-8273

Resumo 35:

Título: O Método Canguru como modelo de cuidado no processo de humanização da dor

Autores
Gabriela da Silva - Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Mestrado Profissional. Enfermeira assistencial da Unidade Neonatal da Maternidade Darcy Vargas (MDV). Brasil. E-mail: 6abi.silv@gmail.com.
Luana Cláudia dos Passos Aires - Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). Enfermeira assistencial da Unidade Neonatal da Maternidade Darcy Vargas (MDV). E-mail: luana_aires08@hotmail.com.
Patrícia Fernandes Albeirice da Rocha - Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Docente no Instituto Federal de Santa Catarina. E-mail: patricia.albeirice@ifsc.edu.br.
Rosângela Pereira - Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica e Terapia Intensiva Neonatal. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Mestrado Profissional. Enfermeira assistencial da Unidade Neonatal da Maternidade Darcy Vargas (MDV). E-mail: rostrege@hotmail.com.
Maria de Fatima Mota Zampieri - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém Nascido (GRUPESMUR/UFSC). Florianópolis/SC, Brasil. E-mail: fatimazampieri@gmail.com.
Ana Izabel Jatobá de Souza - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: aijsenf@gmail.com.

Resumo: as Unidades Neonatais (UNs) são consideradas ambientes compostos por diversos recursos tecnológicos e uma equipe de profissionais dotados de conhecimentos baseados na anatomia e fisiologia garantindo a manutenção vital dos Recém-Nascidos (RNs) graves. O elevado número de Recém-Nascidos Pré-termos (RNPT) e de baixo peso constitui em um problema sério de saúde devido às altas taxas de morbimortalidade neonatal, alterações hemodinâmicas, metabólicas, déficit cognitivo e de interação social (CAETANO et al, 2013; BRASIL, 2013). Avanços tecnológicos favoreceram o processo de trabalho espelhado no modelo biomédico, porém estes neonatos ficaram muitas vezes expostos a manipulações excessivas e procedimentos invasivos dolorosos (BRASIL, 2013; CHRISTOFEL, 2009). Com o objetivo de minimizar o estresse e garantir atendimento qualificado, humanizado e integral a esses pacientes, o Ministério da Saúde (MS) Brasileiro lançou a Portaria nº 693 de 5/7/2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (BRASIL, 2002). Trata-se de uma modificação do processo de trabalho, voltado para Metodologia Canguru (MC), com objetivo de beneficiar

ISSN 2525-8273

clinicamente o neonato através do controle térmico pelo contato pele a pele com seus pais; diminuir do tempo de internação e infecção hospitalar; favorecer o elo familiar e empoderar os pais para o cuidado com seu filho, além de estimular o aleitamento materno. Outra mudança de paradigma no atendimento ao neonato hospitalizado proposto pelo MC diz respeito ao manejo da dor de forma respeitosa e humanizada, a partir de condutas propostas pelo MS (BRASIL, 2013; BRASIL, 2002). Sendo assim, questionamos quais as práticas realizadas para o processo de humanização da dor a partir da proposta da Metodologia Canguru? Trazemos como objetivo deste estudo: relatar e refletir sobre as atividades práticas para o manejo da dor realizadas em uma UN do Norte do Estado de Santa Catarina, referência para o MC. Trata-se de um relato analítico descritivo, a partir da observação participante e reflexão sobre as intervenções práticas adotadas pelas para o alívio da dor em uma UN do Norte do Estado de Santa Catarina, referência para o MC, no período de maio a julho de 2016. Os dados foram analisados a luz da Política do MC. A referida UN conta com 10 leitos cadastrados de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tipo II, 14 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), 03 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2015). Esta UN conta com 16 tutores e diversos profissionais capacitados para atuar no método. A instituição já realizou dois cursos de formação de tutores de 40 horas para diferentes municípios do estado e três cursos de sensibilização de 30 horas para a equipe de saúde da MDV (AIRES, 2015). Historicamente existia uma crença que, devido a imaturidade do sistema nervoso central o RN não sentia dor, porém, com os avanços nas pesquisas científicas e também considerando o caráter subjetivo da dor, atualmente o RN é visto de maneira humanizada e sendo um indivíduo que passa por diversos processos dolorosos ao ser manipulado (SANTOS, RIBEIRO, SANTANA, 2012; BRASIL, 2015). O processo de implementação do MC na realidade investigada iniciou em 1999 e 2000, quando a equipe multiprofissional participou da Conferência Nacional do MC acompanhada por uma visita técnica para organização de estrutura física e sensibilização da equipe. Em 2000/2001 consolidou-se a primeira etapa do MC. Em 2005 iniciou-se a segunda etapa do MC com a UCINCa e reorganizada em 2010 com sensibilização dos profissionais que atuam na Maternidade. Neste ano a Maternidade sediou o Curso Estadual de Formação de Tutores do MC. Em 2011 a Maternidade foi credenciada pelo MS, e em 2012 seguiu com a terceira etapa, o Ambulatório de alto-risco (NASCIMENTO, 2012; AIRES, 2015). Em 2013 a referida maternidade conquistou o título de referência para o MC (AIRES, 2015). A implementação do MC se fortaleceu nesta UN através das relações de comunicação horizontal e participação ativa entre tutores do MC e a equipe multiprofissional: medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, assistência social, serviço técnico laboratorial e de radiologia. Foi identificado a partir das observações, a preocupação de toda a equipe em realizar o cuidado integral e individualizado ao RN. Registrou-se, no que diz respeito ao manejo com a dor, alguns cuidados diferenciados como: a) individualização dos cuidados, de acordo com as necessidades de cada criança; b) agrupamento dos cuidados, evitando a manipulação excessiva dos RNs; c) cuidados com a ambiência, preocupação quanto a diminuição de estímulos estressores: ruídos, luminosidade excessivos, proporcionando a hora do "psiu", favorecendo o sono do RN, são colocados os cobre-leitos sobre as incubadoras para diminuir a intensidade da luz, diminuição de luminosidade do ambiente e ruídos; d) realização do procedimento de Inserção de Cateter Central Periférico (PICC) de forma individualizada avaliando a necessidade deste procedimento invasivo para o RN; e) utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, como: sucção não nutritiva associada à

ISSN 2525-8273

sacarose, a contenção facilitada através do enrolamento, higiene e conforto, posicionamento do RNPT com auxílio de rolinhos favorecendo a posição fetal; f) avaliação individualizada da necessidade de métodos farmacólogicos para o alívio da dor; g) avaliação do nível de dor pela escala *Neonatal infant Pain Scale* (NIPS), juntamente aos sinais vitais; h) avaliação contínua e reavaliação comportamental após condutas para alívio da dor. A associação da contenção facilitada, sucção não nutritiva e oferta de sacarose quando possível, são estratégias não farmacológicas que minimizam a dor neonatal, pois promovem estabilidade fisiológica e comportamental que modulam a dor. Os métodos não farmacológicos são considerados estratégias fáceis, seguras e de baixo custo (ANAND; INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GROUP FOR NEONATAL PAIN (Org.), 2001; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014). A adesão do MC como proposta de humanização do atendimento ao RN ou de baixo peso, mostra-se positiva. Esse sucesso se deve pelo reconhecimento e esforço dos profissionais sensibilizados quanto a importância e dos benefícios que promove para os RNs e os pais, garantindo o direito do usuário à assistência humanizada para alívio da dor e estresse nos procedimentos dolorosos. Percebe-se que a sensibilização prepara a equipe para atender as necessidades do RN. Sendo assim, este trabalho contribuiu para discutir métodos de fortalecimento da assistência humanizada, a prática de cuidados intervencionista de forma menos dolorosa ao neonato e a interação entre profissionais e família através da MC. Como sugestão, o uso da escala de NIPS deve ser incentivado em complementação da avaliação comportamental do RN, devido ao caráter subjetivo desta avaliação.

Palavras Chaves: Dor. Método Canguru. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Referências:

ANDAD, K.J.; INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GROUP FOR NEONATAL PAIN (Org). Consensus statement the prevention and management of pain in the newborn. **American Medical Association**, Chicago, v. 155, n.2, p. 173-180, fev. 2001. Disponível em: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=190335>. Acesso em: 15 janeiro 2016.

AIRES, L. C. P. **Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do Método Canguru** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo pe**so: método mãe canguru, manual do curso. Brasília (DF): MS, 2002.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para profissionais de saúde. 2. ed. atual. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde** (DataSUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Conj_Informacoes.asp?VCo_Unidade=420910243647>. Acesso em: 14 junho 2015.

CAETANO, E. A.; LEMOS, N. R. F.; CORDEIRO, S. M.; PEREIRA, F. M. V.; MOREIRA, D. da S.; BUCHHORN, S. M. M. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, aug. 2013, p. 439-445. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300439. Acesso em: 22 de dezembro de 2014;

CHRISTOFFEL, M. M. **Tecnologias do cuidado de enfermagem neonatal: a dor e o estresse do recém-nascido durante procedimentos dolorosos**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 5., 2009,Terezina. Disponível em: < http://abenfopi.com.br/vicobeon/MREDONDAS/mc.pdf>. Acesso em: 16 janeiro 2016;

NASCIMENTO, M.B.R. **Método Mãe Canguru**. In: Palestra proferida na Semana Mundial de Aleitamento Materno, 2012, Joinville, SC.

SANTOS, L. M. dos; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. de. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.,** Brasília , v. 65, n. 2, p. 269-275, Apr. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Aug. 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 36

Título: Visita domiciliar como estratégia de atenção à saúde materna e do recém-nascido: relato de vivência

Autores:
Marceli Hanauer – Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do 8º período do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- Campus Chapecó/SC. E-mail: tilihanauer@hotmail.com.
Rita de Oliveira - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do 8º período do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC. E-mail: ritacassiafo@hotmail.com.
Marlene Paz - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do 8º período do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC. E-mail: paz_marlene@hotmail.com.
Tassiana Potrich - Doutoranda em Enfermagem e professora assistente do curso de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC. E-mail: tassiana.potrich@uffs.edu.br.

Resumo: o nascimento de um bebê é um momento de transformação no ciclo de vida da família. Por esta razão é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. A fim de auxiliar o trinômio mãe-bebê-família, o Ministério da Saúde (MS) preconiza algumas estratégias a serem desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde da família, entre elas, a consulta de puericultura e a visita domiciliar (VD), sendo estes dois momentos importantes que permitem a equipe e principalmente o profissional enfermeiro, desenvolver seu trabalho de forma ampla, mas respeitando as individualidades de cada sujeito. Segundo MS, a VD configura-se como uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, abrangendo a atenção, o atendimento e a internação domiciliar. Cada uma dessas atividades tem finalidades, objetivos e práticas específicas. A visita fornece subsídios para a execução das demais modalidades, pois engloba a puérpera, o recém-nascido (RN) e a família. Baseado nisso, o MS recomenda uma visita domiciliar nos primeiros dias após o parto e o agendamento de uma segunda consulta antes do término do puerpério entre 30º e o 42º dia pós-parto (BRASIL, 2012). E para que haja realmente um efetivo controle na assistência e a continuidade do cuidado/captação do RN pela atenção básica, deve ser realizada após alta hospitalar, através de agendamento por telefone, busca da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), por meio de visita domiciliar e outros meios de rastreamento, para não haver descontinuidade da assistência da saúde, preconizando a visita domiciliar puerperal como uma ação que compõe a Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL 2011). O objetivo deste estudo é descrever a estratégia de atenção a saúde aplicada em atividade teórico-prática de um curso de graduação em enfermagem. Trata-se de um relato de experiência de atividades teórico práticas da disciplina Viver Humano II do curso de graduação em enfermagem, realizado em junho de 2016 em um centro de saúde da família no oeste catarinense. A visita domiciliar realizou-se após o planejamento com recebimento no centro de saúde da via de declaração de nascido vivo e mediante contato prévio com a família, por meio do agente comunitário de saúde. Após foi acessado o sistema de informação municipal a fim de coletar dados do pré-natal. Ao retornar a unidade realizou-se o registro da VD e discutiu-se com o grupo os pontos facilitadores e pontos de dificuldade da estratégia. Em relação à VD, como esta foi planejada e pré-agendada, a família encontrava-se a nossa espera. Inicialmente foi realizado apresentação dos

ISSN 2525-8273

alunos esclarecendo objetivos da visita. Solicitou-se a puérpera que fornecesse o cartão da criança para verificar os dados do RN. Também coletou-se dados de como foi a gestação, onde realizou pré-natal, tipo de parto, padrão de sono de mãe/ou filho, pega do bebê, cólicas e vacinação do RN, cuidados com as mamas, alimentação da mãe, entre outras. Em seguida realizou-se a avaliação do RN, bem como da puérpera. Realizou-se orientação da mãe sobre aleitamento materno, cicatriz operatória, manuseio e/ou cuidados com as mamas, alimentação da mãe, cuidados com calendário vacinal de RN, cuidados gerais com RN, busca de atendimento na UBS quando necessário. A realização da VD permitiu conhecer como é a atuação do enfermeiro nesta prática, ao trinômio mãe-bebê-família, muito importante para a formação acadêmica. Possibilitou evidenciar a importância que a VD propicia ao enfermeiro conhecer a realidade de cada grupo familiar e assim poder planejar melhor as orientações e assistência. O enfermeiro é o profissional que mantém relação com a mãe durante todo o período gestacional e puerpério, portanto, deve preparar e orientar a mãe para estas fases e suas evoluções. A atividade trouxe benefícios para o grupo de acadêmicos, pois, aumentou conhecimento de forma saudável e humanizada, através de orientações ou troca de experiências, vivenciando e colocando em prática teorias debatidas em sala de aula. Observou-se que o profissional enfermeiro identifica necessidades e estabelece prioridades de atenção, por meio de esclarecimentos e orientações importantes neste período em que o trinômio se encontra. Assim, considerando o cuidado no puerpério como uma das medidas preventivas de complicações puerperais, e ainda um período de adaptação do bebê e da família à nova rotina, é possível identificar que esta fase necessita de um olhar atento da equipe de saúde, em especial do profissional enfermeiro a fim de identificar necessidades e auxiliar no processo de adaptação. Por meio da VD é possível obter um maior conhecimento da realidade, conquistar confiança e criar vínculos.

Palavras chaves: Recém-nascido. Visita domiciliar. Enfermagem.

Referências:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Manual técnico de pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COUTO, E. A. **A visita domiciliar na promoção da saúde da mulher:** pesquisa bibliográfica. Cuiabá- RN, 2012. 47f. (Especialização em Saúde da Família) Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/a-visita-domiciliar-na-promocao-da-saude-da-mulherpesquisa-bibliografica-autora-elizabeth-aspeirot-do-couto-[104-160113-SES-MT].pdf> Acesso em 26 de junho de 2016.

PEREIRA, M. C.; GRADIM, C. V. C. **Consulta puerperal:** a visão do enfermeiro e da puérpera. Cienc Cuid Saude 2014 Jan/Mar; 13 (1):35-42.

SOUZA, R. S. de et al. **Atenção à saúde da criança:** prática de enfermeiros da saúde da família. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 17, p.331-348, jun. 2013. Disponível em:

ISSN 2525-8273

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/653> Acessado na data 26 de junho 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 37

Título: Assistência de enfermagem na emergência à criança com anomalia congênita: um relato de experiência

Autores:
Marie Yveline Cicerom - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis/SC. E-mail: cmarieyveline@gmail.com.
Ana Maria Farias da Silva – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: ana.farias@ufsc.br.
Juliana Coelho Pina – Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: pina.juliana@ufsc.br.

Resumo: o nascimento de uma criança com anomalia congênita é um acontecimento inesperado para os pais e altera a atmosfera e a expectativa de levar o filho para casa. A família é desafiada a enfrentar as incertezas da hospitalização e tratamento do filho. O impacto da doença e os temores dos pais devem ser compreendidos pelos profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem que mantém o maior contato com o recém-nascido (RN) e a família. No caso da criança do estudo, esta nasceu com duas anomalias congênitas, a hidrocefalia e a onfalocele. Sendo que a hidrocefalia consiste em uma condição na qual a quantidade de líquor do interior da cavidade craniana sofre aumento. Este aumento anormal do volume de líquido dilata os ventrículos e comprime o cérebro contra os ossos do crânio provocando uma série de sintomas que devem ser rapidamente tratados para prevenir danos mais sérios (HOCKENBERRY, 2011). E, a onfalocele, caracteriza-se por um defeito na parede abdominal, na inserção do cordão umbilical, com herniação de órgãos abdominais, sendo que esses órgãos se projetam por meio de uma abertura dos músculos abdominais, na região do cordão umbilical. Os órgãos que são projetados são cobertos por uma membrana transparente. Portanto, o objetivo deste estudo é relatar a experiência no desenvolvimento do cuidado de enfermagem à criança com anomalia congênita na emergência. Trata-se de um relato de experiência de atendimento de um RN internado em um hospital infantil no Sul do Brasil devido à má formação congênita. Primeiro filho do casal, mãe com 20 anos de idade, soube do diagnóstico detectado no ultrassom fetal, durante o pré-natal, bebê nasceu de cesariana. RN admitido na emergência com 7 dias de vida, apresentando hidrocefalia e onfalocele, para realizar tratamento cirúrgico visando a redução dos problemas. Ao exame físico apresentava-se ativo, choro forte, boa sucção, corado, hidratado, sinais vitais estáveis, com perímetro torácico de 35cm, com protuberância frontal, perímetro cefálico de 47cm, abertura ampla de fontanelas, abdome protruso com uma membrana protegendo órgãos abdominais exteriorizados e cobertos por curativo com atadura, recebendo hidratação endovenosa. As atividades foram desenvolvidas durante a disciplina de "Processo de Viver Humano IV – Saúde da Mulher, do Neonato, da Criança e do Adolescente", da sexta fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O acompanhamento do RN foi realizado na emergência e depois na unidade de internação, sob orientação de uma professora facilitadora de atividades teórico-práticas da disciplina. Para fins didáticos, a experiência foi realizada sob a forma de Processo de Enfermagem, que é

ISSN 2525-8273

um trabalho específico do Enfermeiro e consiste numa série de ações dinâmicas e inter-relacionadas. Este pode ser considerado ponto focal ou essência da Enfermagem e exige habilidades e capacidades afetivas, cognitivas e psicomotoras que auxiliarão o Enfermeiro a identificar o fenômeno observado e as ações que o fenômeno possa demandar (GARCIA; NÓBREGA, 2009). As informações foram coletadas durante o cuidado de enfermagem prestado e no diálogo com a família no período de realização das atividades, considerando o roteiro do histórico de enfermagem. O cuidado de enfermagem ao RN e sua família foi implementado realizando medidas essenciais para minimizar complicações e auxiliar os pais a lidarem com as preocupações, compreenderem os procedimentos e enfrentarem o período de hospitalização. Dentre os cuidados realizados destacamos: manter a cabeceira elevada, medir o perímetro cefálico examinando as fontanelas quanto aos sinais de abaulamento, tensão e separação; assim como estar atento aos sinais de hipertensão intracraniana. Foi mantido RN com apoio macio e mudança de decúbito frequente a fim de prevenir o aparecimento de úlceras de pressão na cabeça. Em relação aos cuidados com a onfalocele foi monitorada a coloração e a perfusão das alças intestinais, atentando caso ocorresse alguma torção de alças, considerando que esses órgãos podem perder sua irrigação sanguínea e prejudicar o órgão envolvido; realizado ações na prevenção de infecção, com a lavagem rigorosa das mãos antes e depois do manuseio do RN. Além disso, foi mantido diálogo com os pais, orientando e sanando as dúvidas quanto ao período pré e pós-operatório, reduzindo a ansiedade e envolvendo-os no processo de cuidado. Destaca-se o papel do enfermeiro no cuidado e na prevenção de agravos à criança, assim como, no aconselhamento dos pais, estimulando o vinculo afetivo desde o primeiro momento, considerando o impacto substancial que a criança malformada pode exercer na vida da família. Esta criança realizou um procedimento cirúrgico para inserção do dispositivo denominado válvula ventrículo-peritoneal, visando a drenagem e redução do líquido cefalorraquidiano. Sendo que o RN conviverá com este cateter, sendo necessárias orientações sobre cuidados ao longo da vida da criança. Também foi essencial esclarecer as dúvidas quanto ao posicionamento, que deve ser mantido sobre lado contrário da válvula de shunt. Estar atento quanto a sinais de infecção como hiperemia ou edema no trajeto da válvula, entre outros. Para os pais o fato da criança ser submetida a um procedimento ocasiona temor e insegurança. Observou-se a importância do papel do enfermeiro em atividade de educação em saúde no preparo da família para cuidar da criança no domicilio.

Palavras Chaves: Enfermagem. Criança. Anomalia Congênita.

Referências:

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.188-193, jan. 2009. Bimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>. Acesso em: 17 jul 2016.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **WONG. Fundamentos de Enfermagem pediátrica:** 8ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2011.

ISSN 2525-8273

Resumo 38

Título: A música no cuidado de enfermagem a criança em tratamento oncológico com dor

Autores:
Lara Adrianne Garcia Paiano da Silva - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba/PR. E-mail: laraagpaiano@gmail.com.
Nen Nalú Alves das Mercês - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba/PR. E-mail: nennalu@gmail.com.

Resumo: a dor, considerada 5º sinal vital, é definida como uma sensação ou experiência emocional desagradável, com real ou potencial dano ou lesão tecidual (WHITE; STEIN, 2010). É um sintoma frequente em pacientes oncológicos, decorrente da invasão ou compressão dos tecidos e órgãos adjacentes ao tumor e relacionada à terapêutica (ANDRADE; NEVES, 2013). Para seu manejo existem dois métodos, o farmacológico e não-farmacológico. O primeiro com a utilização de analgésicos e o segundo, por meio de estratégias que promovam conforto e amenizem a dor, como as técnicas de toque terapêutico, acupuntura, massagem, hipnose, terapias ocupacionais, técnicas bioenergéticas, musicoterapia, entre outras (BUENO;ALVES; RIGON, 2011). Neste sentido, pesquisas comprovaram que a música utilizada como estratégia para o cuidado pode agir diretamente no corpo humano, sobre o desconforto, melhorando níveis de ansiedade, diminuindo e auxiliando na tolerância da dor (THRANE, 2013). Considerando que a música pode ser utilizada como intervenção de enfermagem no cuidado a crianças em tratamento oncológico, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência sobre o uso da intervenção musical e sua influência no quadro de dor em crianças com câncer. Este estudo, na modalidade e relato de experiência foi realizado junto a quatro crianças assistidas na unidade de internação de oncopediatria utilizando a intervenção de enfermagem - audição musical - de fevereiro a maio de 2016. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ter diagnóstico de câncer; ter entre seis e 11 anos de idade; apresentar quadro álgico, em intensidade de leve a severa, com dor aguda ou crônica; estar em terapêutica medicamentosa analgésica ou não; ter acuidade auditiva preservada; ter acuidade visual preservada; não apresentar rebaixamento do nível de consciência. Após o convite e apresentação da pesquisa ao familiar e participante, com o atendimento aos aspectos éticos, seguiu-se as seguintes etapas: sondagem com o participante para identificação das músicas de sua preferência; coleta de informações do prontuário; programação musical em aparelho de mídia *player* com a seleção musical escolhida pelo participante; avaliação da dor antes da intervenção musical; intervenção musical; avaliação da dor em dois momentos após o término da intervenção musical (cinco e 60 minutos após). Para avaliação da dor foram utilizadas duas escalas adaptadas e validadas no Brasil: Escala de Faces Revisada - FPS-R representada pelas figuras de faces com diferentes expressões faciais com pontuação de zero a dez e utiliza o método do autorelato e a escala de *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* - FLACC, que utiliza a lógica cognitiva (SILVA e THULER, 2008). A intervenção de enfermagem realizada foi a audição musical, que consistiu na instalação de fones de ouvido descartáveis para audição de músicas pré-selecionadas pelos participantes. As músicas foram programadas para um período de audição de até 15 minutos em sessões individuais. Foram realizadas três sessões de intervenção com cada participante. O

ISSN 2525-8273

projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Setor de Saúde da Universidade Federal do Paraná sob Parecer n. 1.384.317 e CAAE: 50983215.6.0000.0102. Participaram do estudo quatro crianças, conforme os seguintes relatos: Relato 1 – dor aguda: Criança do sexo masculino, oito anos de idade, diagnóstico de Linfoma de Burkitt Cervical, em tratamento quimioterápico há três meses, internado para quimioterapia, acompanhado pela mãe. A queixa álgica em decorrência de vários episódios de diarreia. A dor, localizada em abdome, tipo "queimação", com duração de dois dias. Medicações analgésicas prescritas: dipirona sódica 500 mg, cloridrato de tramadol 50 mg e sulfato de morfina 02 mg com aprazamento "se necessário". O participante selecionou duas músicas do gênero *pop rock*. Quanto a dor, na primeira avaliação, apontou "dor leve (escore: 02)" e no terceiro momento de avaliação "não expressa dor alguma", assim, diante do autorrelato houve diminuição da dor, após a intervenção musical. Relato 2 – dor crônica: Criança do sexo masculino, sete anos de idade, diagnóstico de Linfoma de Burkitt em Mediastino, em tratamento há seis meses, internado para quimioterapia, acompanhado pela mãe. A queixa de dor no peito, desde o início do tratamento. Também, referiu dor abdominal e disúria, do tipo "queimação", com duração há um dia. As medicações analgésicas prescritas: cloridrato de tramadol 40mg e maleato de midazolam 08mg com aprazamento "a critério médico (ACM)". Selecionou quatro músicas do gênero sertanejo. Observou-se que na primeira avaliação antes da intervenção musical apontou na escala de faces a expressão que indica "muita dor (escore: 08)" e nos outros dois momentos indicou expressões que indicam dor em intensidade "moderada (escore: 04)" e "leve (escore: 02)". Quanto ao comportamento expresso pelo paciente antes da intervenção apresentou face com - "caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse", pernas – "inquietas, agitadas, tensas" - e atividade - "contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa". Após 60 minutos do término da intervenção apresentou atividade "quieta, na posição normal, movendo-se facilmente". Na segunda sessão o paciente apresentou-se de forma semelhante a primeira, alterando no terceiro momento além da resposta comportamental relacionada a atividade, as pernas - "normais ou relaxadas". Observamos que, tanto no autorrelato, quanto na avaliação comportamental a redução da dor aconteceu após a intervenção somente no terceiro momento da sessão. Relato 3 – dor aguda: Criança do sexo feminino, sete anos de idade, com diagnóstico de Tumor Neuroectodérmico Primitivo, em tratamento há três meses, internada na unidade após procedimento cirúrgico para retirada do tumor – toracectomia, mantendo dreno de tórax em hemitórax esquerdo, acompanhada pela mãe. A queixa de dor era decorrente da cirurgia em região torácica anterior e posterior do tipo "pontada" e em inserção do dreno de tórax do tipo "ardência", principalmente para deambular e tossir, com duração há cinco dias. As medicações analgésicas prescritas: cloridrato de tramadol 35mg 8/8h, sulfato de morfina 1,5mg ACM e maleato de midazolam 0,6mg ACM. Selecionou quatro músicas do gênero *pop*. Observou-se que na primeira sessão apontou a face que representa "dor leve (escore: 02)" e no terceiro momento de avaliação indicou a face que representa "sem dor", na terceira sessão, estava chorosa, com as pernas inquietas e tensas e indicou a face que representa "muita dor (escore: 08)", após cinco do término da intervenção, indicou a face "dor leve (escore: 02)", parou de chorar e apresentou pernas relaxadas, sendo no terceiro momento a avaliação para ambas as escalas "sem dor". Relato 4 – dor aguda: Criança do sexo feminino, seis anos de idade, com diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda, em tratamento há um mês, internada por neutropenia, acompanhada pela tia. A queixa de dor era em mucosa oral em decorrência de lesões ulcerativas, com dor do tipo "queimação" e duração de três

ISSN 2525-8273

dias. As medicações analgésicas prescritas: dipirona sódica 0,8ml ACM, cloridrato de tramadol 30mg ACM e sulfato de morfina 5mg 6/6h. Selecionou três músicas do gênero sertanejo. Observou-se que nas três sessões antes da intervenção apontou face que representa "dor leve (escore: 02)" e nos dois momentos após o término da intervenção indicou a face "sem dor". Concluiu-se que conforme as escalas de avaliação utilizadas, houve diminuição da dor e que a escolha da música pela preferência do participante deve ser respeitada pois proporcionam um momento agradável. Ressaltamos que a audição musical pode ser utilizada como uma intervenção de enfermagem no cuidado a crianças com câncer com dor, podendo ser incluída aos cuidados convencionais.

Palavras Chaves: Música. Enfermagem. Oncologia.

Referências:

ANDRADE, L. M. M.; NEVES, R.S. Dor como 5º sinal vital: avaliação e reavaliação em uma unidade de Oncologia pediátrica. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**. v.13, n. 2, p. 95-104, 2013.

BUENO, P.C.; NEVES, E.T.; RIGON, A.G. O manejo da dor em crianças com câncer: contribuições para a enfermagem. **Cogitare Enferm.** v. 16, n. 2, p. 226-31, 2011.

SILVA, F.C.; THULER, L.C.S. Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents. **J Pediatr.** v.84, n.4, p. 344-349, 2008.

THRANE, S. Effectiveness of Integrative Modalities for Pain and Anxiety in Children and Adolescents With Cancer: A Systematic Review. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**. v.30, n.6, p. 320-332, 2013.

WHITE, W.; STEIN, C. Histórico, Definições e Opiniões Atuais. In: **Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos.** Associação Internacional Para o Estudo da Dor (IASP). 2010; 1-5 p.

ISSN 2525-8273

Resumo 39

Título: Prevalência de enteroparasitoses em crianças: estudo de revisão

Autores:
Yohana Pereira Vieira - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul. E-mail: yohana_vieira@hotmail.com.
Alane Karen Echer - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul. E-mail: alane_e@hotmail.com.
Pedro de Souza Quevedo - Médico Veterinário. Doutor em Parasitologia. Professor de Doenças Parasitárias da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Lages/SC. E-mail: pedrosquevedo@hotmail.com.

Resumo: as enteroparasitoses constituem um problema de saúde pública no Brasil, causando consequências socioeconômicas (KUNZ et al, 2008). Estas infecções estão associadas a saneamento básico deficiente, precárias condições socioeconômicas, falta de moradia e informação e má alimentação (VITALLE et al, 2003). As doenças parasitárias possuem fatores desfavoráveis em faixas etárias jovens, como comprometimento do desenvolvimento físico, intelectual e social, causando frequentemente diarreia crônica, desnutrição, obstrução intestinal e anemia ferropriva (DIAS, 2005). Crianças em idade escolar estão mais propensas a adquirir estas doenças, pelo convívio com muitas pessoas (escola, família), facilitando a disseminação de microrganismos. A ausência de imunidade efetiva contra infecção e hábitos higiênicos ineficazes são fatores que apontam as crianças como um grupo de risco (FERNANDES et al, 2013). Moysés e Collares (1997) indicaram que verminoses e o baixo rendimento escolar possuem uma forte relação, uma vez que no Brasil, a maior incidência de baixo rendimento escolar ocorre nas séries iniciais. Diante disto, alegamos a importância de realizar educação em saúde para esta população, visto que é uma faixa etária que está facilmente predisposta a desenvolver estas infecções, receptiva/responsiva e principalmente multiplicadora de novos hábitos higiênicos. Assim, o estudo é investigar na literatura a prevalência de enteroparasitoses. Este estudo trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura. Primeiramente, formulou-se a seguinte questão: "qual a prevalência de enteroparasitoses em crianças? Após, foram caracterizados os critérios de inclusão: artigos, dissertações e teses sobre prevalência de parasitoses em crianças, pré-escolares e escolares, no idioma português, publicado no período dos últimos 10 anos (2006-2016), e exclusão: artigos relacionados a parasitoses em adultos, artigos em inglês e espanhol. Para isso, foram utilizadas bases de dados: MEDLINE, LILACS e biblioteca eletrônica SciELO. Os descritores utilizados foram: parasitoses, crianças, prevalência. Os operadores boleanos foram "and" e "or". No estudo realizado por Andrade et al (2008), em Blumenau, Santa Catarina (SC), a prevalência de parasitoses foi de 39,6%. Os protozoários mais frequentes foram: *G. lamblia* (18,9%) e *E. histolytica/E. dispar* (15,1%). No estudo realizado por Basso et al (2008), em Caxias do Sul, RS, a prevalência de parasitoses foi de 58%. Os parasitas encontrados: *A. lumbricoides* (47%), *T. trichiura* (36%), *G. lamblia* (24%) e *E. coli* (20%). No estudo realizado por Batista et al (2009), na região Sul de Santa Catarina, a prevalência de enteroparasitoses foi 29,3%. Entre os parasitas encontrados: *G. lamblia* (18,7%) e *A. lumbricoides* (1,3%). No estudo realizado por Uchôa et al (2009), a prevalência de parasitas foi de 51,6%. Os parasitas encontrados foram: *G. lamblia*, *E. coli* e *A. lumbricoides*. No estudo realizado por

ISSN 2525-8273

Monteiro et al (2009), em Coari, Amazonas, a prevalência de parasitoses foi 66,4%. Os principais parasitas foram: *A. lumbricoides* (37%), *T. trichiura* (21,6%), *E. histolytica/E.dispar* (14%), E. coli (11%) e *G. lamblia* (4,4%). No estudo realizado por Biscegli (2009), em Catanduva, São Paulo (SP), a prevalência de enteroparasitoses foi de 29%. Os principais parasitas encontrados foram: *G. lamblia* (74%) e *E. coli* (10%). No estudo realizado por Fonseca et al (2010), a prevalência de enteroparasitoses foi de 36,5%. Os parasitas encontrados foram: *A. lumbricoides* (25,1%) e *T. trichiura* (12,2%). No estudo realizado por Lodo et al (2010), em Bom Jesus dos Perdões, SP, a prevalência de enteroparasitoses foi de 15,69%. Os parasitas encontrados foram: *E. coli*, *G. lamblia* (14,90%), *A. lumbricoides* (5,30%) e *E. vermiculares* (4,55%). No estudo realizado por Escobar-Pardo (2010), em crianças do Parque Indígena do Xingu, situado no Mato Grosso (MT), a prevalência de enteroparasitoses foi de 97,5%. Os principais parasitas encontrados: *A. lumbricoides* (8,4%), *E. coli* (48,5%) e *G. lamblia* (30,7%). No estudo realizado por Gomes et al (2010), em Bonito, Mato Grosso do Sul, a prevalência de parasitoses foi de 41,7%. As mais frequentes, foram: *E. coli* (20%) e *G. lamblia* (14,8%). No estudo realizado por Seixas et al (2011), em Salvador, Bahia, a prevalência de enteroparasitos foi de 94%. Os parasitas encontrados eram: *A. lumbricoides* (25%), *T. trichiura* (10,5%), *E. coli* (43,5%), *E. histolytica/E. dispar* (21,5%) e *G. lamblia* (12%). No estudo realizado por Costa et al (2012), em Porto Alegre, RS, a prevalência de enteroparasitoses foi de 6,8%. Os parasitas encontrados: *G. lamblia* (2,7%), *E. coli* (0,2%), *A. lumbricoides* (1,1%). No estudo realizado por Belo et al (2012), em São João Del-Rei em Minas Gerais, a prevalência de enteroparasitoses foi de 29%. Os principais parasitas identificados: *Entamoeba histolytica/dispar* (14,3%), *Entamoeba coli* (9,5%), *Giardia lamblia* (5,5%), *Ascaris lumbricoides* (1,9%), *Enterobis vermicularis* (1,5%). No estudo realizado por Berne et al (2012), em Rio Grande, Rio Grande do Sul (RS), a prevalência foi enteroparasitoses foi 64,2%. Os principais parasitas identificados foram: *T. trichiura (*24,2%), *A. lumbricoides (*22,4%) e *G. lamblia* (30,3%). No estudo realizado por Andrade et al (2013), em Aracaju, Sergipe, a prevalência de enteroparasitoses foi de 44,50%. Os parasitas encontrados foram: *G. lamblia*, *A. lumbricoides* e *T. trichiura.* No estudo realizado por Ferraz et al (2014), em Macapá (AP) e Timon (MA), a prevalência de parasitoses foi de 13,61% e 95,89%, respectivamente. Os parasitas prevalentes foram*: G. lamblia* (50,50%) *E. histolytica* (22,23%), *A. lumbricoides* (18,00%) e *T. trichiura* (3,55). No estudo realizado por Santos et al (2014), em Florianópolis, SC, a prevalência de enteroparasitoses foi de 61,4%. Os parasitas encontrados foram: *Blastocystis hominis* (40,4%), *G. lamblia* (24,6%) e *E. coli* (22,8%). No estudo realizado por Camargo e Santos (2014), em São João da Boa Vista, SP, a prevalência de enteroparasitoses foi de 19,4%. Os parasitas encontrados foram: *E. coli,* e *G. lamblia.* Observa-se que a maior prevalência de enteroparasitoses ocorreu em um estudo no Mato Grosso (97,5%). O estudo com a segunda maior prevalência foi em Timon (95,89%). Os estudos com menor prevalência de parasitoses ocorreram em Porto Alegre e Macapá, com 6,8% e 13,61%, respectivamente. A espécie de protozoário mais prevalente foi *G. lambia*, encontrada em 9/18 estudos, seguido de *E. coli* 4/18. Relacionado aos helmintos, *A. lumbricoides* foi o mais prevalente, sendo encontrada em 12/18 estudos, seguido de *T.trichiura* 1/12. Dos 18 estudos, apenas treze pesquisaram protozoários e helmintos, e cinco apenas protozoários. A ocorrência de parasitoses é variável nas diferentes regiões do Brasil, esses dados apontam a desigualdade nas condições de vida da população. A taxa elevada de *G. lamblia*, é um indicativo de fontes de água contaminadas por fezes de humanos contaminados, chegando aos alimentos. A alta taxa de infecção por *E. coli*, apesar de não ser um protozoário patogênico, é utilizado como um marcador de

ISSN 2525-8273

contaminação fecal-oral. A maior prevalência de parasitoses na população indígena é justificada por razão de hábitos culturais (comer com as mãos, defecar no ambiente), indicada como uma população de alto risco. Em relação ao *A. lumbricoides* é apontado como um parasita que acomete família de baixa renda, assim podendo caracterizar a população acometida, como uma população de baixa renda. Diante destes dados, alertamos aos profissionais de saúde à necessidade de maior atenção com crianças, no que diz respeito a investigação de doenças parasitárias e suas consequências ao indivíduo. Existe, portanto, a necessidade de se desenvolver ações de educação em saúde, pois esta parcela da população possui imunidade imatura, maior contato com o ambiente e desconhecimento dos princípios de higiene, o que os torna mais suscetível a adquirir infecções parasitárias.

Palavras Chaves: Doenças Parasitárias. Prevalência. Saúde da Criança

Referências:

ANDRADE, A.S.A.; CARVALHO, C.D.; BRITO, A.M.G.; JERALDO, V.L.S.; OLIVEIRA, C.C.C.; MELO, C.M. Cuidado infantil e infecções parasitárias. **Ciênc. Cuid. Saúde**; 12 (2): 257-265, abr-jun. 2013. Ilus, tab.

ANDRADE, F.; RODE, G.; FILHO, H.H.S.; GREINERT-GOULART, J.A. Parasitoses Intestinais em um Centro de Educação Infantil Público do município de Blumenau (SC), Brasil, com ênfase em Cryptosporidium spp e outros protozoários. **Revista de patologia tropical.** Vol. 37 (4): 332-340. Out.-dez. 2008.

BASSO, R.M.C.; SILVA-RIBEIRO, R.T.; SOLIGO, D.S.; RIBACKI, S.I.; CALLEGARI-JACQUES, S.M.; ZOPPAS, B.C.A. Evolução da prevalência de parasitoses intestinais em escolares em Caxias do Sul, RS. **Rev. Soc. Bras. Med.** Trop. vol.41 no.3 Uberaba May/June 2008.

BATISTA, T.; TREVISOL, F.S.; TREVISOL, D.J. Parasitoses intestinais em pré-escolares matriculados em creche filantrópica no sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 38, n. 3, de 2009.

BELO, V.S.; OLIVEIRA, R.B.; FERNANDES, F.C.; NASCIMENTO, B.W.L.N.; FERNANDES, F.V.; CASTRO, C.L.F.; SANTOS, W.B.; SILVA, E.S. Fatores associados à ocorrência de parasitoses intestinais em uma população de crianças e adolescentes. **Rev. paul. pediatr**. vol. 30 no.2 São Paulo June 2012.

BERNE, A.C.; SCAINI, C.J.; VILLELA, M.M.; PEPE, M.S.; HAUPENTHAL, L.E.; GATTI, B.; BERNE, M.E.A. Presença de coccídios e outros enteroparasitos em uma população de crianças no município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista de patologia tropical**. Vol. 41 (1): 93-96. Jan.-mar. 2012.

BISCEGLI, T.S.; ROMEIRA, J.; CANDIDO, A.B.; SANTOS, J.M.; CANDIDO, E.C.A. BINOTTO, A.L. Estado nutricional e prevalência de enteroparasitoses em crianças matriculadas em creche. **Rev Paul Pediatr** 2009;27(3):289-95

CAMARGO, E.A.F.; SANTOS, M.S. Ocorrência de enteroparasitos em crianças de creche no município de São João da Boa Vista, SP. **RBAC.** 2014; 46 (1-4) 83-6.

COSTA, C.S.; LOUZADA, M.L.C.; RAUBER, F.; WIEBBELLING, A.M.P.; MEZZARI, A.; VÍTOLO, M.R. Prevalência de parasitoses em crianças de 12 a 16 meses atendidas em unidades de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. Ciênc. Méd**., Campinas, 21(1-6):63-68, jan./dez., 2012.

DIAS, D.G. **Prevalência estacional de enteroparasitoses em uma população de zero a quatorze anos no bairro Cohab Tablada, Pelotas-RS.** 2005. 54f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Parasitologia. Instituto de Biologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2005.

ESCOBAR-PARDO, M.L.; GODOY, A. P. O.; MACHADO, R. S.; RODRIGUES, D.; NETO, U.F.; KAWAKAMI, E. Prevalência de parasitoses intestinais em crianças do Parque Indígena do Xingu. **Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 86, n. 6, p. 493-496, 2010.

FERNANDES, S.C.L. **Avaliação epidemiológica de parasitoses intestinais entre escolares assistidos por micro áreas de unidade de saúde do município de Poços de Caldas-MG**. Alfenas: UNIFENAS, 2007.

FONSECA, E.O.L.; TEIXEIRA, M.G.; BARRETO, M.L.; CARMO, E.H.; COSTA, M.C.N. Prevalência e fatores associados às geo-helmintíases em crianças residentes em municípios com baixo IDH no Norte e Nordeste brasileiros. **Cad. Saúde Pública** vol.26 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2010.

GOMES, P.D.M.F.; NUNES, V.L.B.; KNECHTEL, D.S.; BRILHANTE, A.F. Enteroparasitos em escolares do distrito Águas do Miranda, município de Bonito, Mato Grosso do Sul. **Revista de patologia tropical.** Vol. 39 (4): 299-307. Out.-dez. 2010

KUNZ, J.M.O; VIEIRA, A.S.; VARVAKIS, T.; GOMES, G.A.; ROSSETTO, A.L.; BERNARDINI, O.J.; et al. Parasitas intestinais em crianças de escola municipal de Florianópolis, SC - Educação ambiental e em saúde. **Biotemas.** 2008;21(4):157-62.

LODO, M.; OLIVEIRA, C. G. B.; FONSECA, A. L. A.; CAPUTTO, L.Z.; PACKER, M.L.T.; VALENTI, V.E.; FONSECA, F.L.A. Prevalência De Enteroparasitas Em Município Do Interior Paulista. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**. 2010; 20(3): 769 -777.

MONTEIRO, A.M.C.; SILVA, E.F.; ALMEIDA, K.S.; SOUSA, J.J.N.; MATHIAS, L.A.; BAPTISTA, F.; FREITAS, F.L.C. Parasitoses intestinais em crianças de creches públicas localizadas em bairros periféricos do município de Coari, Amazonas, Brasil. **Revista De Patologia Tropical.** Vol. 38 (4): 284-290. out.- dez. 2009.

MOYSES, M.A.; COLLARES, C. **Desnutrição, fracasso escolar e merenda. In. PATTO, M. H. (Org.) Introdução à psicologia escolar**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SANTOS, J.; DUARTE, A.R.M.; GADOTTI, G.; LIMA, L.M. Parasitoses intestinais em crianças de creche comunitária em Florianópolis, SC, Brasil. **Rev Patol Trop** vol. 43 (3): 332-340. Jul.-set. 2014.

ISSN 2525-8273

SEIXAS, M.T.L.; SOUZA, J.N.; SOUZA, R.P.; TEIXEIRA, M.C.A.; SOARES, N.M. Avaliação da frequência de parasitos intestinais e do estado nutricional em escolares de uma área periurbana de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista De Patologia Tropical**. Vol. 40 (4): 304-314. out.-dez. 2011.

UCHÔA, C.M.A.; ALBUQUERQUE, M.C.; CARVALHO, F.M.; FALCÃO, A.O.; SILVA, P.; BASTOS, O.M.P. Parasitismo Intestinal Em Crianças E Funcionários De Creches Comunitárias Na Cidade De Niterói-RJ, Brasil. **Revista de patologia tropical.** Vol. 38 (4): 267-278. Out.-dez. 2009.

VITALLE, M.S.S.; ROMERO, K.T.; MEDEIROS, E.L.G.R. Prevalência de anemia carencial ferropriva, parasitoses intestinais e estado nutricional em pacientes assistidos no centro de atendimento e apoio ao adolescente. **Revista Brazilian Pediatric News**, vol. 5, n.º 1, março, 2003.

ISSN 2525-8273

Resumo 40

Título: Cuidados paliativos a crianças e adolescentes com câncer: revisão integrativa

Autores:
Lara Adrianne Garcia Paiano da Silva - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba/PR. E-mail: laraagpaiano@gmail.com.
Fátima Denise Padilha Baran - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba/PR Brasil. E-mail: fatima_enfermagem@yahoo.com.br.
Nen Nalú Alves das Mercês - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba/PR. E-mail: nennalu@gmail.com.

Resumo: o câncer infantojuvenil é um conjunto de doenças raras, apresentando características histopatológicas específicas, geralmente é mais agressivo e possuí período de latência mais curto do que nos adultos. A incidência do câncer infantojuvenil vem crescendo no Brasil e é considerada a segunda causa de morte entre crianças e adolescentes entre um e 19 anos de idade (BRASIL, 2014). Mesmo com o avanço da ciência e da tecnologia, o diagnóstico de câncer e o impacto da doença e do tratamento trazem inúmeras preocupações, incertezas e sentimentos de medo e desesperança, tanto para o paciente quanto para a família, visto o estigma de que o câncer é uma doença irreversível e que tem como desfecho somente a morte (GOMES; LIMA; RODRIGUES; LIMA; COLLET, 2013), e, embora, atualmente, exista grande possibilidade de cura e aumento da sobrevida, muitas crianças não alcançam a cura sendo necessária a implementação do cuidado paliativo (MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO; PIMENTA, 2014). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cuidado paliativo é uma "abordagem que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual" (MATSUMOTO, 2010, p. 26). Sendo seu objetivo proporcionar melhor qualidade de vida e diminuir o sofrimento (MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO; PIMENTA, 2014). Nesta perspectiva, considerando a atuação do enfermeiro na oncologia pediátrica, este trabalho tem como objetivo, analisar a produção científica nacional referente ao cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes com câncer em cuidado paliativo. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para construção desta revisão foram seguidas as etapas de: elaboração da questão norteadora da pesquisa e do objetivo; elaboração de critérios para inclusão dos estudos na revisão; busca e seleção dos estudos em bases de dados; análise dos dados sistematicamente; e discussão, interpretação dos resultados e síntese da revisão, com apresentação de forma clara, objetiva e a mais completa possível (GANONG, 1987). A busca foi realizada em agosto de 2016 a partir da questão norteadora: quais os cuidados de enfermagem em crianças e adolescentes em cuidados paliativos? Para a seleção dos estudos foram considerados os critérios de inclusão: ser artigo nacional; estar disponível na íntegra para consulta *on-line* nas bases de dados eletrônicas consultadas; ter sido publicado no período de 2006 a 2016 e que atendessem ao objetivo do estudo. A busca ocorreu a partir da consulta eletrônica na "*Scientific Eletronic Library Online" (SciELO)*, "Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde" (LILACS) e "Base de dados em Enfermagem" (BDENF),

ISSN 2525-8273

utilizando o operador booleano *and* para a combinação dos Descritores em Ciências da Saúde: neoplasias, cuidado paliativo, cuidados de enfermagem, enfermagem oncológica, criança e adolescente. A partir dessa busca foi realizada a leitura de todos os títulos e resumos, excluídos os estudos duplicados nas bases de dados e aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão, sendo selecionados os que atendiam ao objetivo proposto, com leitura na íntegra. Os estudos foram avaliados de acordo com o instrumento de coleta de dados elaborado pelas autoras, constituído das seguintes informações: identificação, ano de publicação, abordagem metodológica e a temática central. Na sequência os dados foram analisados considerando as similaridades identificadas entre eles para a construção de uma reflexão teórica acerca da temática. Foram identificados 161 estudos nas bases de dados *SciELO, LILACS* e *BDENF,* dos quais 147 foram removidos pois não trouxeram em seu conteúdo a abordagem pretendida ou estavam indexados em mais de uma base de dados. Foram selecionados 14 estudos para leitura da análise, síntese e reflexão. Quanto ao idioma de publicação, todos os estudos selecionados foram publicados na língua portuguesa em periódicos nacionais. Com relação ao ano de publicação, variou de 2007 a 2016, sendo um em 2007, 2010, 2012, e 2016, dois em 2009 e quatro em 2013 e 2014. Quanto ao tipo de estudo, foram identificados nove estudos qualitativos exploratórios descritivos e cinco revisões bibliográficas. Observou-se que os estudos consideraram o cuidado paliativo como algo complexo, que envolvem sentimentos de fragilidade, negação, medo, incerteza e insegurança tanto dos pacientes e familiares quanto por parte dos profissionais que atuam na assistência paliativa. Os estudos selecionados apontaram ações de cuidados que buscam de alguma maneira amenizar o processo de terminalidade da vida de crianças e adolescentes com câncer com dignidade respeito, estando entre estes cuidados (AVANCI; CAROLINDO; GÓES; NETTO, 2009; REMEDI; MELLO; MENOSSI; LIMA, 2009; COSTA; CEOLIM, 2010; MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO, 2012; FRANÇA; COSTA; LOPES; NÓBREGA; FRANÇA, 2013; FRANÇA; COSTA; NÓBREGA; LOPES, 2013; HERMES; LAMARCA; 2013; MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO; PIMENTA, 2014; SOARES; SILVA; CURSINO; GOES, 2014; GUIMARÃES; SILVA; SANTO; MORAES, 2016): 1) Atividades lúdicas: brinquedo terapêutico, contação de histórias, uso de brinquedos no leito, desenhos, pintura e música; 2) Medidas para promoção do conforto: posicionamento/mudança de decúbito, contato físico; 3) Medidas para controle de sintomas (fadiga, dispneia, fraqueza, imobilidade, disfagia, perda de apetite, insônia, náusea, vômitos, entre outros) e diminuição da dor: avaliação de sinais e sintomas, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa, posicionamento/mudança de decúbito; 4) Estratégias de comunicação eficaz: verbal e não verbal, linguagem e tom de voz adequados, acolher e escutar; 5) Suporte e apoio familiar: orientações, interação equipe-família, proporcionar e facilitar o desenvolvimento da espiritualidade e religiosidade, inserir o familiar no processo de cuidar, compartilhar experiências, acolher e escutar; 6) Cuidado do preparo com o corpo pós-morte. Vale ressaltar, que os estudos em sua maioria, indicaram as ações de cuidado enfatizando seu papel e importância no cuidado paliativo para a melhoria da qualidade de vida do paciente e da família, para o fortalecimento do vínculo familiar, para o bem-estar da criança ou adolescente e para uma assistência integral. Percebeu-se que as ações para o cuidado de enfermagem para crianças e adolescentes em fase terminal da vida buscam facilitar a comunicação, que é considerada um dos instrumentos mais relevantes no cuidado paliativo, satisfazer além das necessidades fisiológicas, as necessidades do universo infantojuvenil, promover a interação entre a equipe, paciente e família e auxiliam no alívio dos sintomas e da dor, na promoção do conforto e do cuidado humanizado.

ISSN 2525-8273

Palavras Chaves: Cuidado paliativo. Cuidado de enfermagem. Enfermagem oncológica.

Referências:

AVANCI, B.S.; CAROLINDO, F.M.; GÓES, F.G.B.; NETTO, N.P.C. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery**. v.13, n.4, p. 708-716, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativa 2014:** Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2014. Disponível em: < http://www.oncoguia.org.br/pub/material_apoio/material_apoio_15ef6bb494.pdf>. Acesso em: 09 de agosto de 2016.

COSTA, T.F.; CEOLIM, M.F. A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm**. v.31, n.4, p.776-784, 2010.

FRANÇA, J.R.F.S.; COSTA, S.F.G.; LOPES, M.E.L.; NÓBREGA, M.M.L.; FRANÇA, I.S.X. Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.21, n.3, 2013.

FRANÇA, J.R.F.S.; COSTA, S.F.G.; NÓBREGA, M.M.L.; LOPES, M.E.L. Cuidados paliativos à criança com câncer. **Rev. Enferm. UERJ.** v.21, n.esp.2, 2013.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. 1987. [Internet]. 1987 feb; [cited 2016 feb 16]. 10(1):1-11. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/nur.4770100103.

GOMES, I.P; LIMA, K.A; RODRIGUES, L.V; LIMA, R.A.G; COLLET, N. Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: Perspectiva de crianças. **Texto contexto enferm**. v. 22, n. 3, p. 671-9, 2013.

GUIMARÃES, T. M.; SILVA, L.F.; SANTO, F.H.E.; MORAES, J.R.M.M. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Esc Anna Nery**. v.20, n.2, p. 261-267, 2016.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.9, p. 2577-2588, 2013.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos - **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2 ed. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Lara/Downloads/09-09-2013_Manual%20de%20cuidados%20paliativos_ANCP%20(1).pdf>. Acesso em 08 de agosto de 2016.

MONTEIRO, A.C.M.; RODRIGUES, B.M.R.D.; PACHECO, S.T.A. O enfermeiro e o cuidar da criança com cancer sem possibilidade de cura atual. **Esc Anna Nery**. v.16, n.4, p. 741-746, 2012.

ISSN 2525-8273

MONTEIRO, A.C.M.; RODRIGUES, B.M.R.D.; PACHECO, S.T.A.; PIMENTA, L.S. A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos. **Rev. Enferm. UERJ.** v.22, n6, p. 778-783, 2014.

REMEDI, P.P.; MELLO, D.F.; MENOSSI, M.J.; LIMA, R.A.G. Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. **Rev Bras Enferm**. v.62, n.1, p.107-112, 2009.

SOARES, V.A.; SILVA, L.F.; CURSINO, E.G.; GOES, F.G.B. O uso do brincar pela equipe de enfermagem no cuidado paliativo de crianças com câncer. **Rev. Gaúcha Enferm**. v.35, n.3, p.111-116, 2014.

ISSN 2525-8273

Resumo 41:

Título: Atualizações em ressuscitação cardiopulmonar (RCP) voltada à pediatria

Autores:
Alane Karen Echer - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: alane_e@hotmail.com.
Yohana Pereira Vieira - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: yohana_vieira@hotmail.com.
Gianfabio Pimentel Franco – Professor. Doutor em Ciências - área de concentração: Enfermagem - pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professor Adjunto IV da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Campus de Palmeira das Missões/RS. E-mail: gianfabiofranco@yahoo.com.br.
Filipe Lisbôa de Carli - Médico. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Rio Grande. Médico no Hospital de Caridade de Palmeira das Missões/RS. E-mail: md.filipedecarli@gmail.com.

Resumo: as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) sempre foram desafios a serem enfrentados em qualquer que seja a situação ou paciente a ser realizada. Nos casos relacionados à pediatria os fatores que desencadeiam uma parada cardiorrespiratória (PCR) diferem da maioria dos atendimentos, visto que a faixa etária dificilmente tem patologias de cunho crônico-degenerativo. Em contrapartida, as condições associadas que levam realização de tais manobras acrescentam um nível de gravidade extra aos pacientes que já possuem inúmeras comorbidades, além de particularidades de cada faixa etária e da causa base em cada uma delas. Nesse contexto os guidelines surgiram na tentativa de uniformizar um atendimento que quando realizado de forma eficaz, otimiza a sobrevida dos pacientes em questão. Caracteriza-se PCR a interrupção repentina dos batimentos cardíacos, bem como dos movimentos respiratórios e a perda da consciência, acarretando danos cerebrais irreversíveis, devido à ausência de oxigenação (PEDROSO, 2009). As causas em pacientes pediátricos diferem dos pacientes adultos, visto que as PCRs em crianças decorrem da progressão da insuficiência respiratória, disfunção neurológica ou choque (MATSUNO, 2012; NADKARNI et al., 1998). Geralmente de 5-15% de todas as paradas cardíacas pediátricas são devido a fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) (MATSUNO, 2012). Levando em consideração que a PCR é mais comum no ambiente pré-hospitalar, deve-se dar início as manobras de RCP imediatamente, enquanto o serviço de emergência é solicitado, visto que, para Filho et. al (2003 p.163 – 178) “estima-se que, a cada minuto que o indivíduo permaneça em PCR, 10% de probabilidade de sobrevida sejam perdidos”. Esses fatores reforçam a importância de um atendimento rápido e eficaz pela equipe de saúde ou leigos devidamente capacitados para tal. Ressalta-se a importância do atendimento imediato aos pacientes em PCR em ambientes pré-hospitalares, mesmo antes da chegada do serviço de urgência. Para tanto, faz-se importante a capacitação de leigos em relação à RCP, a fim de prevenir a deterioração miocárdica e cerebral (PERGOLA; ARAUJO, 2009). Destaca-se que as atualizações dos protocolos de ressuscitação cardiopulmonar são realizadas de cinco em cinco anos, a fim de estudar as manobras e melhorar a qualidade de assistência ao paciente. A partir deste contexto, o objetivo deste trabalho é apresentar as atualizações no manejo da

ISSN 2525-8273

reanimação cardiopulmonar em pacientes pediátricos, compreendidas entre os anos de 2010 e 2015 pela American Heart Association (AHA). A base metodológica utilizada neste estudo foram as versões do Guidelines (2010) e as atualizações deste, do ano de 2015, a partir da revisão e discussões dos mesmos em relação às melhorias nos parâmetros que envolvem as manobras de RCP em pacientes pediátricos, desde as atualizações de 2010 em comparação com a última atualização no ano de 2015. Em relação ao tópico "Sequência C-A-B" as mudanças atualizadas foram alteradas de ABC para CAB, sendo que, C corresponde a massagem cardíaca de alta qualidade, A corresponde a abertura de vias aéreas e B corresponde a oferta de oxigênio através de bolsa-valva e máscara. As modificações básicas ocorridas no manejo pós PCR em pediatria foram relacionados ao número de compressões e a amplitude das mesmas. Nos Guidelines (2010) havia recomendação que as compressões fossem em frequência acima de 100/minuto sem determinação de amplitude de compressão, ausentando também de um limite de idade para as manobras de RCP bebê e RCP em crianças, citando de forma generalizada, como na citação a seguir: *"[...] Isto corresponde aproximadamente, a 1,5 polegada (cerca de 4 cm) na maioria dos bebês e cerca de 2 polegadas (5 cm) na maioria das crianças"* (GUIDELINES, 2010). Em 2015 as atualizações introduziram um limite da frequência que se compreende entre 100 e 120 compressões/minuto com amplitude de 1/3 do diâmetro torácico anteroposterior, tanto para bebês quanto para crianças até o início da puberdade. Outra estratégia que foi empregada após 2015 foi a introdução de amiodarona e lidocaína em paciente febris, empregadas em casos específicos de fibrilação ventricular. Estas modificações levaram a uma melhoria na sobrevida pós reanimação cardiopulmonar em 24 horas. Tais atualizações trouxeram novos parâmetros de manejo com resultados pós-RCP, culminando em melhorias nos parâmetros clínicos e a sobrevida destes pacientes em questão. Em relação ao tópico "Recomendações para ressuscitação com fluidos", no ano de 2015 foi implementado este novo tópico, com o objetivo de informar sobre a administração de fluídos isotônicos em tempo adequado. Em tratamento do choque séptico é fundamental essas recomendações. Propõe-se que a administração de fluidos seja somente administrada em hospitais que possuam cuidados intensivos como ventilação mecânica e suporte inotrópico, pois necessitam de cuidados específicos. Em hospitais que não possuam acesso a tecnologias de alto impacto, é necessário um maior cuidado quando administrado o fluido em bolus, pois o mesmo pode ser prejudicial à criança. Em relação ao tópico "PaO^2 e PaCO2 pós PCR", os pacientes pediátricos após a PCR, necessitam de um aporte adequado de oxigênio, sendo fundamental os cuidados de enfermagem para um nível satisfatório de oxigênio ao paciente, prevenindo agravos como hipóxia. Destaca-se também a importância dos conhecimentos de valores adequados ao paciente pediátrico, pois oxigênio em quantidade exagerada ou diminuída podem causar hipercapnia ou hipocapnia, respectivamente, causando prejuízos ao metabolismo da criança. As melhorias advogadas pela atualização de 2015 do Guidelines da Associação Americana de Cardiologia classificou como primordial a melhora da qualidade das manobras de ressuscitação tendo como base as compressões cardíacas que foram limitadas em frequência e amplitude que até então não eram definidas. Tais melhorias podem resultar em maior sobrevida de pacientes pediátricos que foram submetidos a manobras de RCP. Em relação ao âmbito acadêmico, conclui-se que as realizações de trabalhos deste âmbito, destacando as mudanças e a importância das manobras de reanimação, são de grande valia para os profissionais da saúde. Considera-se ainda que tais trabalham tornam-se aliados à assistência de qualidade ao paciente, atualizando os profissionais em relação a temática, sendo fundamental no âmbito hospitalar,

ISSN 2525-8273

principalmente para a população pediátrica que possui particularidades em seu cuidado.

Palavras Chaves: Pediatria. Ressuscitação.

Referências:

American Heart Association- Guidelines CPR ECC 2010. **Destaques das diretrizes da AmericanHeart Association 2010 para RCP e ACE**. AHA, 2010.

American Heart Association- Guidelines CPR ECC 2015. **Destaques das diretrizes da AmericanHeart Association 2015 para RCP e ACE**. AHA, 2015.

MATSUNO, A. K. **Parada cardíaca em crianças.** Medicina (Ribeirão Preto. Online), [s.l.], v. 45, n. 2, p.223-33, 30 jun. 2012. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v45i2p223-233.

NADKARNI, V., HAZINSKI, M. F., ZIDEMAN, D., KATTWINKEL, J., QUAN, L., BINGHAM, R., TIBALLS, J. (1998). Suporte de vida em pediatria. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 71 Suppl 1, 19-28.

PAZIN FILHO A; SANTOS JC; CASTRO RBP; BUENO CDF & SCHMIDT A. **Parada cardiorrespiratória (PCR).** Medicina, Ribeirão Preto, 36: 163-178, abr./dez. 2003.

PEDROSO, E.R.P.; OLIVEIRA, R.G. **Blackbook: Clínica Médica.** 1º ed. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2009. pg 308-18

PERGOLA, A. M.; ARAUJO, I. E. M.. O leigo e o suporte básico de vida. **Rev Esc Enferm USP**, [s.l.], v. 43, n. 2, p.335-342, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000200012.

ISSN 2525-8273

Resumo 42:

Título: Ensino de oncologia pediátrica na graduação de enfermagem: experiência de uma disciplina eletiva

Kayna Moraes de Oliveira - Enfermeira. Mestranda pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e membro do Núcleo de Estudos da Criança e Adolescente (NECAd). São Paulo/SP. E-mail: kaynaa@gmail.com.
Fernanda Baptista Ribeiro Marques - Enfermeira. Doutora pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e membro do Núcleo de Estudos da Criança e Adolescente (NECAd). São Paulo/SP. E-mail: fer.rbmarques@gmail.com.
Juliana Soares - Enfermeira. Mestranda pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e membro do Núcleo de Estudos da Criança e Adolescente (NECAd). São Paulo/SP. E-mail: js_soares3@hotmail.com.
Daniela Doulavince Amador - Enfermeira. Doutoranda pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e membro do Núcleo de Estudos da Criança e Adolescente (NECAd). São Paulo/SP. E-mail: dani_doulavince@yahoo.com.br.
Adriana Maria Duarte – Enfermeira. Doutoranda pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e membro do Núcleo de Estudos da Criança e Adolescente (NECAd). São Paulo/SP. E-mail: adriana@mdlink.com.br.
Myriam Aparecida Mandetta - Doutora. Professora Associada II da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), líder do Núcleo de Estudos da Criança e Adolescente (NECAd) e membro do Grupo de Estudos em Enfermagem da Família da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (GEENF). São Paulo/SP. E-mail: mpettengill@unifesp.br.

Resumo: o câncer infanto-juvenil corresponde a um conjunto de doenças que apresentam características próprias, principalmente com relação à histopatologia e ao comportamento clínico e é considerado raro, pois corresponde entre 1% e 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações (BRASIL, 2016). O diagnóstico de câncer provoca sofrimento e alterações na dinâmica familiar, e ainda, gera sentimentos de ansiedade, medo e insegurança. O processo de adoecimento pelo câncer leva a família a diversos conflitos em relação à hospitalização da criança e nos aspectos físicos, psicossociais e até financeiros (ANJOS et al, 2015). A filosofia do Cuidado Centrado no Paciente e Família reconhece a importância da família para o cuidado de seus membros e preconiza seu atendimento baseado em quatro pressupostos centrais: dignidade e respeito, informações compartilhadas, prática colaborativa e participação nos cuidados (PINTO et al, 2010). Neste cenário, é necessário considerar a importância da qualificação do profissional de enfermagem para o aperfeiçoamento de sua prática que deve ser direcionada ao diagnóstico precoce, controle da doença e melhoria da qualidade da assistência prestada. Além disso, a formação deve contemplar o ensino do cuidado à família, no sentido de aliviar e/ou minimizar o sofrimento da criança diante da experiência de doença (AMADOR et al, 2011, SAMPAIO; ANGELO, 2015). Trata-se de um relato de experiência de ensino em oncologia pediátrica, a disciplina eletiva denominada "Princípios da Oncologia Pediátrica para enfermeiros" é oferecida uma vez por ano, no primeiro semestre, desde 2013, pelo Departamento de Enfermagem Pediátrica, da Escola Paulista de Enfermagem, da Universidade Federal de São Paulo, aos discentes do 2º e 3º anos do curso de graduação em enfermagem. As atividades da disciplina acontecem uma vez por semana, com total de 40 horas. Os objetivos são proporcionar aos discentes o conhecimento dos

ISSN 2525-8273

diferentes cânceres que acometem crianças e adolescentes; reconhecer a magnitude do problema do câncer infanto-juvenil no Brasil e no mundo, identificando o perfil epidemiológico; discutir os programas de diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil no Brasil; identificar as bases da carcinogênese e a fisiopatologia do câncer; conhecer a fisiopatologia dos diagnósticos de câncer na criança e adolescente; compreender os princípios do tratamento oncológico e o papel do enfermeiro na assistência da criança e adolescente e sua família; conhecer as terapias de suporte, os cuidados de enfermagem em intercorrências clinicas e o acompanhamento da criança pós tratamento. Diversas estratégias de ensino são conduzidas, tais como aulas teóricas dialogadas, leitura e debates de artigos, além de discussão de estudos de casos. Discentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem, da Universidade Federal de São Paulo e Enfermeiros Clínicos Especialistas de um instituto especializado em oncologia pediátrica participam ministrando aulas, palestras e discussões de casos, levando-se em consideração o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no instituto. Após cada encontro, os discentes são estimulados a formular e enviar no email do grupo, no mínimo, uma questão referente ao tema abordado, embasando sua resposta na literatura. Após, um arquivo final é elaborado pelo docente contendo a seleção das melhores questões, sendo remetido ao grupo para estudo. A avaliação é realizada no último encontro por meio de aplicação de prova teórica e de autoavaliação individual. Para o discente a disciplina eletiva é um espaço de aprendizagem e discussão sobre oncologia pediátrica, que lhe permite: ampliar seu conhecimento quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico; ser sensibilizado para o cuidado centrado no paciente e família; ter suas crenças e atitudes em relação ao cuidado da família modificado; minimizar sua insegurança em relação à prática clínica de oncologia pediátrica; promover sua aproximação com o enfermeiro assistencial. A formulação de perguntas por parte dos discentes e a discussão de estudos de casos os ajuda a desenvolver o raciocínio clínico. O compartilhamento de experiências e conhecimentos entre os profissionais da área assistencial e os discentes promove maior aproximação, diálogo e troca de saberes. Além disso, o discente aprende a reconhecer a família como unidade de cuidado junto à criança e ao adolescente com câncer com assimilação dos fundamentos, conceitos e exemplos de praticabilidade do Cuidado Centrado no Paciente e Família.

Palavras Chaves: Enfermagem. Oncologia Pediátrica. Famílias.

Referências:

AMADOR, D. D. et al. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto Contexto - Enferm.,** Florianópolis, v. 20, n. 1, p.94-101, mar. 2011.

ANJOS, C.; SANTO, F. H. do E.; CARVALHO, E. M. M. S. de. O câncer infantil no âmbito familiar: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem: REME,** [s.l], v. 19, n. 1, p.227-233, jan./mar. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (BRASIL). **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2016.

PINTO, J. P. et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. Bras. Enferm.,**Brasília, v. 63, n. 1, p.132-135, jan./fev. 2010.

ISSN 2525-8273

SAMPAIO, P. S. S.; ANGELO, M. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.,** São Paulo, v. 15, n. 2, p.85-92, dez. 2015.

ISSN 2525-8273

Resumo 43:

Título: Século XVII *versus* século XXI: a conquista dos direitos da criança

Autores:
Amanda Espíndola de Andrade – Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: amandandrade.esp@gmail.com.
Bárbara Mohr da Silveira - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: barbaramohrs@gmail.com.
Juliana Simas Justino - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: ju.simas.14@hotmail.com.
Palloma Caroline Guedes Oliveira - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: pallominha_oliver@hotmail.com.
Pattrícia da Rosa Damiani - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: pattriciadamiani@outlook.com.

Resumo: remetendo-se ao século XVII é percebido que a criança teve pouca ou nenhuma importância no meio familiar, configurando transtorno e amedrontando a sociedade, devido a influência das correntes filosóficas e religiosas da época (BADINTER, 1980). Badinter (1980, p. 55) afirma ainda que "durante muitos séculos, a teologia cristã, formulou uma imagem dramática da infância, onde a criança é considerada um ser imperfeito esmagado pelo peso do pecado original." A infância era vista como um mal que deveria ser combatido, e para isto, a sua vontade deveria ser submetida à vontade de Deus, mais diretamente à vontade dos religiosos da época. Dentre os principais agravantes da época, destaca-se o "infanticídio implícito", a opressão da educação, a negação do aleitamento materno e o abandono. Somente no início do século XVIII as crianças conquistaram uma atenção nova, porém, ainda não possuíam lugar privilegiado na família (BADINTER, 1980). No século XIX surgiu a preocupação internacional com os direitos da criança, caracterizando movimento global para proteção dos seus direitos (SANTOS, 2015). No contexto brasileiro, a partir do século XX as instituições não governamentais criaram alianças favorecendo os direitos das crianças e dos adolescentes, ganhando mais tarde, espaço no meio governamental (BRASIL, 2011). Com a Convenção Internacional dos Direitos da Criança – considerada um marco legal de referência – princípios foram estabelecidos culminando no Art. 277 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 (SANTOS, 2015). Sendo assim, este trabalho tem por objetivo comparar as condições de vida da criança no século XVII em relação ao contexto brasileiro atual, enfatizando os direitos legais desse grupo de pessoas e a importância do conhecimento destes direitos para o cuidado do profissional de saúde, principalmente para o enfermeiro. Este trabalho foi realizado a partir da experiência de acadêmicas da 6ª fase do curso de graduação em Enfermagem, durante realização de atividade da disciplina O Cuidado no Processo de Viver Humano IV - Saúde da Mulher, do Neonato, da Criança e do Adolescente, realizado em sala de aula a partir da interpretação e apresentação de textos sobre a condição da criança antes de 1970 comparando com a condição atual. Atualmente, o Brasil dispõe de programas sociais e leis específicas consideradas mecanismos

ISSN 2525-8273

legais de proteção e apoio para as crianças, visto que estas são consideradas sujeitos detentores de direitos por se encontrarem em condição peculiar de desenvolvimento, e que, portanto, necessitam de atenção e proteção especiais, devendo ser prioridade absoluta do Estado, da sociedade e da família (SANTOS, 2015). Em contrapartida, verificou-se que no século XVII era comum a exclusão da criança do meio familiar e pouca ou nenhuma importância era dada a esse grupo de pessoas. Essa postura foi influenciada principalmente pelas correntes religiosas da época e pela vulnerabilidade econômica de algumas famílias. Ambas as interferências geraram problemáticas que refletiram diretamente na qualidade de vida e no bem-estar das crianças, tirando muitas vezes o seu direito a própria vida. Dentre os principais agravantes da época, destacam-se o "infanticídio implícito", a opressão da educação, a negação do aleitamento materno e o abandono, caracterizando ameaça ao direito à vida e a uma saúde digna e de qualidade. Entretanto, o contexto atual mostra uma realidade totalmente diferente, onde os direitos da criança contam com proteção legal que oferece sustentação a concretização das políticas públicas, como consta no Art. 227 da CRFB/88; na Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); bem como, na Declaração Universal dos Direitos da Criança, dentre outros. Além disso, outra confirmação da mudança de paradigma sobre a importância da proteção à criança encontra-se entre os oitos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), como a redução da mortalidade infantil, que no Brasil passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011, configurando grande avanço na defesa à saúde da criança (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013). Conforme o Art. 227 da CRFB/88 é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, 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 (BRASIL, 1988). A Lei nº 8.069 estabelece o direito à proteção integral à criança e ao adolescente (BRASIL, 1990). O ECA é considerado um marco na defesa da criança e do adolescente brasileiro, tratando principalmente do direito à vida e à saúde (LIMA, 2012). Com a Lei nº 13.257 de 2016 foi acrescentado parágrafo único no Art. 3 da referida lei, que diz respeito aos direitos à criança e ao adolescente independentemente de qualquer situação, como por exemplo, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, etc. (BRASIL, 2016). Na Declaração Universal dos Direitos da Criança organizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 20 de novembro de 1959, constam dez princípios fundamentais que garantem os direitos das crianças. Dentre eles, dois são destinados a defesa de uma educação digna e de qualidade, como consta nos princípios II e VII, respectivamente: "a criança deve ter proteção especial de modo que possa desenvolver-se fisica, mental, moral e espiritual de forma saudável e normal" "a criança tem direito a uma educação que favoreça o desenvolvimento das suas aptidões e sua individualidade, seu senso de responsabilidade social e moral" (UNICEF, 1959). A educação, de acordo com o pensamento da época, era totalmente repressiva e contrária aos direitos da criança, reinando por muito tempo na história da pedagogia e, portanto, se diferenciando novamente das legislações vigentes atualmente. A recusa das mães em amamentar os seus filhos estava ligada não só com a questão religiosa, mas também com a situação financeira da família, uma vez que, os oficios da mulher estavam associados ao trabalho do marido, e a mãe amamentando, obrigaria o marido a contratar um empregado para ocupar o seu

ISSN 2525-8273

lugar (BADINTER, 1985). Além disso, o aspecto financeiro não refletia apenas na amamentação, como também foi motivo de muitos abandonos. A postura adotada pela sociedade da época vai totalmente contra aos direitos estabelecidos no Art. 227 da CRFB/88 que dispõe de superioridade jurídica por se tratar de texto constitucional, bem como nas demais leis que defendem esse grupo seleto de pessoas. Percebe-se que os direitos que protegem atualmente as crianças são historicamente recentes no meio social e é imprescindível reconhecer a importância da execução destes direitos para o desenvolvimento saudável de uma sociedade, visto que, as crianças constituem o futuro de uma nação. O amparo jurídico que garantem a criança o direito de uma infância digna demonstra que a sociedade está pensando com mais solidariedade e compromisso com os direitos fundamentais das crianças. O profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, precisa reconhecer as necessidades essenciais da criança e para que estas sejam atendidas em sua totalidade é imprescindível que se tenha conhecimento dos direitos que protegem esse grupo de pessoas, propiciando visão ampliada no cuidado à criança.

Palavras Chaves: Direitos da Criança. Saúde da Criança. Políticas Públicas de Saúde.

Referências:

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20(pdf)%20(rev).pdf>. Acesso em 09 ago. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 09 ago. 2016.

BRASIL. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos**. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, DF, 2014. 208 p. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em 16 de ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 ANOS DE HISTÓRIA**. Brasilia, DF, 2011. Série I. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf >. Acesso em 16 ago. 2016.

BRASIL**. Lei nº 8069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 09 ago. 2016.

BRASIL. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 15 ago. 2016.

ISSN 2525-8273

LIMA, R. A. G. de. Direitos da criança e do adolescente: desafios atuais. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p.1-2, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a01v20n3.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Reduzir a mortalidade na infância.** 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM4.aspx>. Acesso em 16 ago. 2016.

SANTOS, J. Si et al. O cuidado da criança e o direito à saúde: perspectivas de mães adolescentes. **Rev Esc Enferm Usp,** São Paulo, v. 49, n. 5, p.733-740, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0733.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2016.

UNICEF. **Declaração Universal dos direitos das Crianças.** Brasília, DF, 1959. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf> Acesso em: 14 ago. 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 44:

Título: Incidentes/eventos adversos em saúde na pediatria: o saber e o fazer dos profissionais de enfermagem[5]

Autores:
Joseila Cristina Franzon - Enfermeira do setor de Gerenciamento de Risco Hospitalar e do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Especialista em Terapia Intensiva e Emergência. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Mestrado Profissional. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente GEPESCA/UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: joseila.franzon@gmail.com.br.
Jane Cristina Anders – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação do Departamento de Enfermagem e do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente GEPESCA/UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: jane.anders@ufsc.br.

Resumo: questões sobre segurança do paciente em serviços de saúde configuram uma tendência mundial amplamente discutida nos últimos anos. A literatura e a mídia mostram dados estatísticos que alertam sobre o risco à que os pacientes podem estar expostos quando utilizam estes serviços (SILVA, 2013, MOREIRA et al., 2015). Entretanto, mesmo diante do empenho e avanços obtidos para um cuidado seguro nas diversas esferas, incidentes e/ou eventos adversos em saúde são fatores que ainda se destacam de maneira negativa neste cenário, especialmente na pediatria. Questões referentes à segurança do paciente pediátrico tem se intensificado, pois a criança/adolescente apresenta especificidades quanto ao seu estágio de desenvolvimento, seu peso, idade, área corporal e condições clínicas que aumentam a probabilidade da ocorrência de danos à sua saúde (BELELA; PEDREIRA; PETERLINI, 2011). Assim, este estudo teve como objetivo descrever o conhecimento e a conduta da equipe de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria. Este é um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Semi-Intensiva e Internação Clínica de um hospital público pediátrico, situado na região Sul do Brasil, entre maio e junho de 2015. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, individual, gravada e, posteriormente, transcrita, no período de maio a julho de 2015, com 40 profissionais de enfermagem que exercem suas atividades nas referidas unidades. Utilizou-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; atuar em uma das unidades no período de coleta de dados e como critério de exclusão: estar em licença de saúde e férias no período da coleta de dados. Os dados foram analisados pela análise temática (MINAYO, 2014), emergindo duas categorias: “O saber e o fazer dos profissionais de enfermagem acerca dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde” e “o mito da punição”. Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos,

[5] Este estudo é parte da dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, inserida na linha de pesquisa "O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer".

ISSN 2525-8273

conforme a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da referida instituição e obteve parecer favorável, sob o nº 1.027.687. Os profissionais de enfermagem demonstraram conhecimento e compreensão de que incidentes e/ou eventos adversos em saúde trazem prejuízos à saúde do paciente pediátrico. De forma semelhante, estudo realizado com profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva, evidenciou que 45,9% dos profissionais tinham desconhecimento sobre ocorrência de eventos adversos, mas o reconheciam como parte do processo de trabalho (MOREIRA, 2015). Nesse contexto, por meio dos resultados, depreendemos que um conhecimento superficial pode significar um comprometimento da segurança do paciente pediátrico, representando maior risco de ocorrência de resultados negativos durante a prestação de cuidados, principalmente quando não identificados. Estudos ressaltam que há necessidade de qualificar os profissionais de enfermagem constantemente com conhecimento científico, por meio de capacitações, cursos e divulgação do assunto, ampliando os olhares para a cultura de segurança do paciente. As discussões e a divulgação clara e precisa sobre o que são incidentes e/ou eventos adversos em saúde são consideradas positivas na busca de melhorias, entendendo que a detecção desses eventos pode servir como base para uma mudança de atitude que facilitará a tomada de decisão e planejamento da segurança do paciente a partir da análise, do monitoramento, da minimização e da prevenção de ocorrências que possam causar incidente e eventos adversos (COLLI; ANJOS; PEREIRA, 2010, FRANÇOLIN, 2015). Em relação à conduta dos profissionais de enfermagem, os mesmos afirmam relatar verbalmente as ocorrências para o enfermeiro ou médico e/ou com raras anotações no prontuário e nenhum dos profissionais notifica os eventos ou possui orientação sistematizada para informá-los. Corroborando com este achado, estudo realizado com profissionais de saúde em um hospital terciário do Canadá teve o objetivo de investigar se os profissionais de saúde ao se deparar com problemas de segurança do paciente resolvem, corrigem e esquecem ou corrigem e notificam. Para a maioria dos profissionais de saúde a opção escolhida foi corrigir e esquecer e em poucos casos a estratégia de corrigir e notificar foi mencionada como a forma utilizada para lidar com problemas que eles próprios poderiam solucionar (HEWITT; CHREIM, 2015). De modo geral, constatamos que quando os profissionais de enfermagem relatam, mesmo que verbalmente, as ocorrências de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, manifestam preocupação com as consequências que o paciente pediátrico pode vir a sofrer. Os profissionais deixaram transparecer em seus relatos, mesmo de modo velado, que a instituição ainda tem uma cultura punitiva vigente que serve de bloqueio para a notificação acontecer. Estudo demonstrou que a equipe de enfermagem posiciona-se em prol da notificação e da adoção de medidas para minimização de danos com o objetivo de oferecer uma assistência de excelência, diminuir custos e assegurar a satisfação da clientela em todos os níveis de atendimento. Essa questão é alcançada através da cultura de notificação, que se mostrou como o melhor caminho no sentido de promover a segurança do paciente, através do entendimento das falhas ocorridas e implementação de estratégias preventivas (CLARO et al., 2011). Assim, a ideia punitiva deve ser substituída por uma política institucional de segurança do paciente, de modo que os profissionais realizem a notificação como um caminho para o cuidado seguro. Diante da complexidade do cuidado seguro e das consequências advindas dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria torna-se indiscutível a necessidade da vigência da cultura de segurança do paciente na instituição. Ainda, considerando o posicionamento da equipe de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, entendemos que a instituição precisa

incentivar e investir na qualificação dos profissionais de saúde. Assim, sugerimos que práticas educativas devam ser realizadas com destaque para ações no sentido de minimizar ou prevenir a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. Acrescenta-se ainda na importância da implantação da notificação como uma medida de prevenção e redução das ocorrências e não com vistas à punição do profissional.

Palavras Chaves: Segurança do Paciente. Enfermagem Pediátrica. Erros Médicos.

Referências:

BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. da L. G.; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini. Medicationerrors in pediatrics. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 563-69, jun 2011. Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167 2011000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em 04 jan. 2015.

CLARO, C.M. et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p.167-172, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100023>. Acesso em: 30 dez. 2015.

COLI, R. de C. P.; ANJOS, M. F. dos; PEREIRA, L. L. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. **Rev Latinoam Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 324-30, June 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jan. 2016.

FRANÇOLIN, L. et al. Patient safety management from the perspective of nurses. **Rev Esc Enferm USP**,São Paulo, v. 49, n. 2, p.0277-83, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2016

HEWITT, T. A.; CHREM, S. Fix and forget or fix and report: a qualitative study of tensions at the front line of incident reporting. **Bmj Qual Safe**, [s.i], v. 24, n. 5, p.306-310, maio 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413736/>. Acessoem: 13 jan. 2016.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

ISSN 2525-8273

MOREIRA, I. A. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 23, p.461-7, jul. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5158>. Acesso em: 06 dez. 2015

SILVA, L. D. Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.425-26, dez. 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10037/7823>. Acessoem: 16 dez. 2015.

ISSN 2525-8273

Resumo 45:

Título: Funções administrativas do acadêmico de enfermagem em hospital escola: contribuições para o cuidado em pediatria

Autores:
Suélen Heningues Leiman - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do 6º semestre o Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Estagiária administrativa, Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). E-mail: julia.borges.antunes@gmail.com.
Silvana Maria Zarth - Enfermeira. Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta da UFRGS no Departamento de Enfermagem Materno Infantil. Professora Assistente do SEPED no HCPA/RS. E-mail: silvana.zarth@ufrgs.br.
Julia Borges Nunes - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do 3º semestre de Enfermagem na UFRGS. Estagiária administrativa, SEPED, HCPA/RS. sleiman@hcpa.edu.br.
Helena Becker Issi - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFRGS. Chefe do SEPED no HCPA. hissi@hcpa.edu.br.

Resumo: hospitais que oferecem campo de ensino para Escolas de Enfermagem mediante a modalidade de bolsas remuneradas em estágio não obrigatório para acadêmicos durante a Graduação (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2015) vêm possibilitando novas perspectivas de integração docente e assistencial, aproximando a teoria da prática assistencial. São inúmeras as ações desenvolvidas pelo estagiário de enfermagem na área administrativa no Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Essas ações vão desde o auxílio na elaboração de relatórios até o auxílio em pesquisas desenvolvidas no Serviço, por meio de coletas e digitação em banco de dados e ainda, atividades administrativas nas diversas unidades do SEPED que são relevantes ao andamento da assistência ao paciente pediátrico. No SEPED, existem alguns bancos de dados os quais o estagiário possui a função de digitar os dados como, por exemplo: banco de dados sobre quedas, sobre controle de pulseiras de identificação do paciente, sobre avaliação de indicadores dos seis certos dos medicamentos e sobre os dados das fichas de acompanhamento de Cateter Venoso Central (CVC) e Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP/PICC). A compilação de dados no sistema do hospital através do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), realizada pelo estagiário do Serviço, tem proporcionado informações que possibilitam revisão nos processos assistenciais, bem como a possibilidade de direcionar as capacitações em serviço que fazem parte da matriz do SEPED. Essas medidas proporcionam ao enfermeiro assistencial realizar estratégias, através da educação continuada, que promovam maior segurança ao paciente, possibilidade de redução do índice de infecção hospitalar, melhor controle sobre as práticas invasivas realizadas ao paciente e as informações compiladas são subsídios para pesquisas e trabalhos científicos, disponíveis aos enfermeiros do serviço, que tenham interesse na temática, bem como a participação do estagiário. O objetivo deste trabalho é relatar a relevância da compilação de banco de dados das fichas de acompanhamento de CVC e PICC para a assistência em pediatria e o enriquecimento dessa atividade para o acadêmico de enfermagem. O presente resumo trata-se de um relato de experiência realizado no Hospital de clínicas de Porto Alegre no Serviço de Enfermagem Pediátrica, vinculado com a Universidade

ISSN 2525-8273

Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS). Refere-se a um estudo descritivo o qual procurou relatar a experiência do estagiário administrativo no SEPED, em relação à compilação de dados das fichas de acompanhamento de CVC e de PICC e a importância não somente para a equipe de enfermagem na assistência, mas também para a formação do estudante em enfermagem. O Serviço corresponde a quatro unidades: Internação Pediátrica (10º Norte e 10º Sul), Oncologia Pediátrica e Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico, os quais compreendem cento e quatro leitos. As fichas de acompanhamento de CVC e de PICC são preenchidas pelos enfermeiros assistenciais no momento em que o cateter é inserido no paciente e após a retirada do mesmo, as fichas são recolhidas das unidades pelo estagiário. Essas fichas possuem dados que informam desde o diagnóstico do paciente até o tempo de uso do cateter, a unidade que foi inserida, a indicação, tipo de cateter, técnica de inserção, local de introdução, intercorrências do procedimento, motivo da retirada do cateter e principalmente, os cuidados de enfermagem relacionados à manipulação dos cateteres. Esses dados são digitalizados em um banco de dados (SPSS) do HCPA, que possuem o intuito de acompanhar os pacientes que utilizam os cateteres e também, para melhorar a assistência aos pacientes que são submetidos a essa técnica invasiva. O SPSS é um software de análise estatística de dados que sua principal função é a correlação de dados de inquéritos (INSTITUTO SUPERIOR TÉCNICO, 2004). Esse programa tem auxiliado o estagiário a "alimentar o sistema" do hospital com as informações obtidas da assistência e, por conseguinte, gerar dados estatísticos relevantes para a equipe assistencial. Os cuidados com esses acessos centrais são realizados pelo enfermeiro e sua equipe e são parte importante da segurança do paciente, aumentam a durabilidade do cateter e, sobretudo, diminuem o risco de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter (OLIVEIRA, 2016). Considerando que o uso de cateteres centrais possuem riscos, principalmente quando usado na pediatria e a taxa de infecção de cateter e de corrente sanguínea relacionada a cateter serem dados que se referem diretamente à qualidade assistencial, o acompanhamento e o monitoramento destes cateteres são fundamentais para subsidiar nossas praticas assistenciais, bem como para definição do perfil de paciente com maior risco de infecção, que por vezes necessita de uma avaliação diferenciada quanto ao dispositivo venoso mais adequado para sua demanda assistencial. Logo, o uso de uma ferramenta a mais, como o programa SPSS, que auxilia na monitorização do cuidado de enfermagem com esses pacientes, é capaz de compactar conjuntos de informações, gerar dados estatísticos e indicadores os quais auxiliam na prática assistencial a realizar adequações conforme as necessidades. Esses dados auxiliam na monitorização da manipulação dos cateteres pela equipe de enfermagem e têm ajudado a diminuir o índice de infecção, monitorar os pacientes que saem do hospital com ou sem cateteres, saber quantos cateteres o paciente utilizou, as intercorrências do procedimento, ou seja, essa prática administrativa realizada pelo estagiário gera indicadores de melhorias no atendimento e melhorias na segurança do paciente pediátrico. A atividade de compilação de dados da assistência, feita pelo estagiário, acrescenta no desenvolvimento do estagiário. Uma vez que, ele tem que buscar informações em literatura científica que ainda não aprendeu ou que está em processo de aprendizado dentro da universidade. Ele também aprende não somente algumas técnicas da assistência, mas ainda a o papel do enfermeiro na administração. Com a compilação dos dados através do programa SPSS, tecnologia considerada dura por Stocco et al. (2011), o estagiário administrativo do SEPED consegue dar um *feedback* à equipe de enfermagem da assistência, com dados compilados relacionados aos pacientes que utilizam cateter venoso central e cateter central de inserção periférica. O estagiário consegue também dar o suporte aos

ISSN 2525-8273

profissionais da assistência nas práticas de segurança do paciente pediátrico, com o uso da tecnologia do banco de dados, a fim de assegurar informações dos pacientes que utilizam os cateteres. Stocco et al. (2011) conceitua a tecnologia em enfermagem como o conhecimento humano científico e empírico, sistematizado que necessita da presença humana para concretizar o ato de cuidar. Sendo assim, a tecnologia completa as ações humanas na assistência e é necessária prática assistencial. De acordo com Benito et al. (2012), o profissional enfermeiro, inserido no trabalho em saúde, deve se apropriar de uma postura inovadora, ser crítico-criativo e para isso, é necessário que ele desenvolva competências gerais, e as competências só se manifestam na atividade prática, ou seja, para o acadêmico de enfermagem, durante o estágio supervisionado, onde é avaliado quanto às competências nele utilizadas e essas competências, o SEPED proporciona ao estagiário administrativo.

Palavras Chaves: Cuidado da Criança, Estudante de Enfermagem e Administração Hospitalar.

Referências:

BENITO, G. A. V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 65, n. 1, p.172-178, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/25.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016

HCPA. **Gerenciamento de estagiários nas áreas do HCPA.** Porto Alegre: Seção de Ensino, 2015. 3 p.

INSTITUTO SUPERIOR TÉCNICO (Portugal). **SPSS:** Descrição do software. 2004. Disponível em: <https://delta.ist.utl.pt/software/spss.php>. Acesso em: 10 ago. 2016

OLIVEIRA, R. G. de. **Blackbook:** enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora Ltda, 2016. 816 p.

STOCCO, J. G. D. et al. CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. **Cogitare Enfermagem,** Curitiba, v. 16, n. 1, p.56-62, mar. 2011. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/21112/13938>. Acesso em: 10 ago. 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 46:

Título: Atenção à criança que sofreu queimaduras: relato de caso

Autores:
Jerusa Celi Martins - Enfermeira da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Especialista em Gestão em Saúde Pública. Florianópolis/SC. E-mail: jeufsc@yahoo.com.br.
Maria Paula Winckler de Souza - Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Bolsistas de Extensão do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica – NUCRON. E-mail: mariapaulaws@gmail.com.
Mayara da Ventura Barbosa - Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Bolsistas de Extensão do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica – NUCRON. E-mail: mayaradavbarbosa@gmail.com.
Soliane Scapin - Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista na modalidade residência na área de saúde da mulher e criança. Membro do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica - NUCRON. E-mail: solscapin@gmail.com
Lauri I. Renck - Enfermeira da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Mestre em Enfermagem. E-mail: lrenck@hotmail.com.
Maria Elena Echevarría Guanilo - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, no Programa de Graduação e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica – NUCRON. Florianópolis/SC. E-mail: elena_meeg@hotmail.com.

Resumo: no Brasil, em torno de 1.000.000 de pessoas são acometidas por queimaduras a cada ano e quase metade delas envolvem a presença de crianças (OMS, 2014). Em média 14 mil crianças são hospitalizadas em decorrência de queimaduras por ano, envolvendo os mais diversos locais e agendes causadores (BRASIL, 2012). As hospitalizações frequentemente envolvem longos períodos de internação, além de procedimentos dolorosos, demandando cuidados específicos da equipe multiprofissional. Diante disso, o objetivo deste resumo é relatar a experiência dos cuidados prestados a uma criança queimada internada em um Centro de Tratamento ao Queimado (CTQ) de referência no Sul do Brasil. Trata-se de um relato de caso de uma criança queimada internada em uma CTQ de um hospital infantil de referência do sul do Brasil. Por se tratar de um relato de caso foi dispensado a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Porém foi emitido a autorização do responsável pela criança por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, foram respeitados os preceitos éticos e legais conforme recomendações da Resolução 466/12. M.G.A. 7 anos, natural de Camboriu/SC, vítima de queimaduras por chama direta, tendo como agente causador o álcool. Chegou ao hospital de referência no dia 19 de março de 2016. apresentando queimaduras em face, pescoço anterior, tórax anterior, membro superior direito (MSD) com queimadura circular total em braço e antebraço e mão direita, membro superior esquerdo (MSE) com queimadura circular parcial em braço e face interna da coxa esquerda, totalizando superfície do

ISSN 2525-8273

corpo queimada de 47%. Encontrava-se em choque hipovolêmico, sendo realizada reposição volêmica conforme fórmula de Parkland (fórmula específica para vítimas de queimaduras), febril, intubado na instituição de origem, com sonda vesical de demora, acesso periférico em região dorsal do pé esquerdo e mão esquerda. Foi encaminhada a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo realizado curativo ocluído com gaze não aderente. Ainda, foi verificada a diminuição de pulsos periféricos e saturação de oxigênio em MSD, em decorrência de queimadura circular, sendo necessária a realização de escarotomia. Após 48 horas da queimadura, foram verificadas áreas com queimadura total, passando a realizar curativo com sulfadiazina de prata 1% (antimicrobiano) e gaze como cobertura secundária. Após 72horas da ocorrência da queimadura, foi realizado o primeiro enxerto em MSD, sendo que a área doadora foi o membro inferior esquerdo (MIE). Nas demais áreas queimadas foram realizados curativos com Biatain-AG®. A escolha deste curativo se deu com o objetivo de mantê-lo ocluído por até sete dias, diminuindo a exposição da criança a procedimentos dolorosos de troca de curativos diários e, além disso, por conter em sua composição prata, que têm ação antimicrobiana. Durante o atendimento na UTI, permaneceu com suporte ventilatório, o qual foi retirado após cinco dias de internação, sendo transferido para o CTQ da mesma instituição. Durante período de hospitalização, destacam-se as seguintes intercorrências: choque hipovolêmico, escarotomia, *delirium*, hipertensão, prurido, perdas de enxertia e de áreas de matriz de regeneração dérmica. A matriz dérmica trata-se de um substituto de pele complexo de dupla camada, a camada dérmica consiste em fibras de colágeno bovino e cartilagem de tubarão, a camada epidérmica consiste de uma camada de silicone, a qual deve ser retirada e substituída por um enxerto autólogo assim que atingir a maturação. Em relação aos procedimentos cirúrgicos foram o total de oito enxertos, 21 intervenções cirúrgicas, que além de procedimentos de enxertias e desbridamentos, incluíram também a realização de trocas de curativos. Durante o atendimento hospitalar, a criança e sua família contaram com os cuidados médicos, de enfermagem e foram atendidos pelo serviço de psicologia, nutrição, pedagogia, fisioterapia e serviço social. A criança permaneceu internada por 63 dias, recebendo alta hospitalar no dia 25/05/2016. Neste momento apresentava ampla movimentação de articulações e completa cicatrização das lesões, sendo encaminhados para serviço de fisioterapia, orientado quanto aos cuidados com a pele, retornos ambulatoriais e importância da utilização da malha compressiva. As malhas compressivas são vestes confeccionadas com tecido elástico, utilizadas como tratamento para prevenção e controle de cicatrizes hipertróficas das queimaduras exercendo pressão continua sobre áreas cicatrizadas e enxertadas. No primeiro retorno ambulatorial após 14 dias da alta hospitalar, a criança apresentava retrações cicatriciais com limitações de movimentos em regiões axilares, essas restrições provavelmente estão relacionadas a realização de fisioterapia motora apenas tardiamente. Sendo assim foi reforçada orientações à mãe e criança, sobre a importância da realização de movimentos que pudessem contribuir com a rápida recuperação e prevenir limitações motoras. Durante o atendimento ambulatorial foi possível evidenciar adesão ao tratamento e recuperação da criança. Fica evidente que os cuidados realizados pela equipe multidisciplinar contribuíram na recuperação da criança, evoluindo de forma satisfatória física e psicologicamente. O atendimento complexo as crianças vítimas de queimaduras exige o envolvimento de uma equipe multiprofissional, que participe ativamente do processo, desde a fase aguda com o alivio da dor, balneoterapia, curativos até a alta hospitalar e no retorno para a família e a sociedade, favorecendo assim à compreensão e adesão ao tratamento, por parte dos

ISSN 2525-8273

familiares e da criança, evidenciando-se melhora progressiva do processo de completa cicatrização das lesões e movimentação física.

Palavras Chaves: Queimados. Pediatria. Cuidados de Enfermagem.

Referências:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Acessado em 14 de Agosto de 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf

OMS, Organização Mundial de Saúde**. Burns Fact Sheet nº 365** [Internet]. Genebra: Departamento de Saúde, 2014. Acesso: 14 de Agosto de 2016. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/

ISSN 2525-8273

Resumo 47:

Título: Atividade lúdico-educativa com crianças atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão: relato de experiência

Autores:
Jerusa Celi Martins - Enfermeira da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Especialista em Gestão em Saúde Pública. Florianópolis/SC. E-mail: jeufsc@yahoo.com.br.
Mayara da Ventura Barbosa - Acadêmicas do Curso de Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Bolsistas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq e integrante do Núcleo de Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). E-mail: mayaradavbarbosa@gmail.com.
Maria Paula W. de Souza - Acadêmicas do Curso de Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Bolsistas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq e integrante do NUCRON. E-mail: mariapaulaws@gmail.com.
Soliane Scapin - Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Especialista na modalidade residência na área de saúde da mulher e criança. Membro do NUCRON. E-mail: solscapin@gmail.com.
Lauri I. Renck - Enfermeira da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Mestre em Enfermagem. E-mail: lrenck@hotmail.com.
Maria Elena Echevarría-Guanilo - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do NUCRON. Florianópolis/SC. E-mail: elena_meeg@hotmail.com.

Resumo: as queimaduras representam um importante problema para a saúde pública. Sendo uma das principais causas de morbidades no mundo. Além disso, as queimaduras são responsáveis por aproximadamente 265.000 mortes por ano, com maior ocorrência nos países de baixa e média renda (WHO, 2014). No Brasil, anualmente acontecem em média 300 mil acidentes envolvendo queimaduras em crianças. A ocorrência de queimaduras é prevalente em crianças na idade escolar, majoritariamente do sexo masculino, tendo como agentes causadores os líquidos aquecidos ou chama direta, o que condiz com acidentes domésticos que podem ser evitados com medidas simples de cuidados, realizados pelos pais e/ou responsáveis (PEDRO, 2014). As queimaduras infantis estão predominantemente relacionadas a acidentes domésticos e geram sequelas psicológicas e físicas importantes para as crianças e suas famílias, além do alto custo do tratamento, que demanda o envolvimento de uma equipe multiprofissional, materiais para curativos e, muitas vezes, procedimentos cirúrgicos frequentes. Esses cuidados perduram desde a ocorrência do acidente até as intervenções pós-hospitalares, com acompanhamento ambulatorial (CRUZ, 2012). Visto que, a maioria das queimaduras infantis ocorre por causas evitáveis, destaca-se como fatores de risco: líquidos aquecidos na cozinha, livre acesso ao álcool, líquidos inflamáveis e ao fogo. Sendo assim, a atenção a estes fatores caracteriza-se como linha prioritária no combate às queimaduras de crianças. A prevenção pode ser realizada em diversos contextos, em mídias sociais e eletrônicas, além de escolas, creches e também no ambiente hospitalar. O hospital representa um espaço no qual é possível trabalhar com a prevenção de queimaduras, uma vez que, os pais e os cuidadores estão disponíveis e presentes, podendo assim assimilar informações e conhecimentos, aprendendo

ISSN 2525-8273

novas estratégias de prevenção. Além disso, as crianças podem ser envolvidas em atividades lúdicas e educativas, que conscientizam sobre os riscos e também geram momentos de descontração, diminuindo a ansiedade e desconforto causados pelo ambiente hospitalar. Diante deste contexto, o objetivo deste trabalho é relatar as atividades realizadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), durante a semana nacional de prevenção de queimaduras, pelos profissionais e acadêmicas de enfermagem. As atividades ocorreram no dia seis de junho de 2016, no ambulatório do HIJG em Florianópolis/SC, o qual atende aproximadamente 365 crianças no período da manhã, acompanhada pelos pais e/ou responsáveis. Foram realizadas abordagens direcionadas a adultos e/ou acompanhantes, as crianças atendidas no ambulatório, aos profissionais de saúde da instituição e as crianças internadas nas unidades de internação. Os adultos que acompanhavam as crianças receberam informações através de *folders* explicativos referente ao tema, que mostram os tipos de queimaduras e os principais acidentes domésticos, assim como as formas de evita-las e as intervenções primárias que devem ser realizadas até o contato com o serviço de saúde. Para as crianças atendidas no ambulatório e que aguardavam nas salas de espera, houve contação de história, sobre queimaduras de forma lúdica e interativa, além de pintura de desenhos, o qual demonstravam os riscos e formas de queimaduras domésticas. Para os profissionais das unidades de internação foram distribuídas cartilhas técnicas sobre os cuidados com feridas ocasionadas por queimaduras e, para as crianças internadas foi realizada a entrega de gibis da Sociedade brasileira de queimaduras e da instituição hospitalar que realizou a ação. Além disso, às crianças internadas e seus acompanhantes que pudessem se deslocar até a área de recreação do hospital, foi organizado um bingo educativo relacionado ao tema de prevenção de queimaduras. Nesta atividade, ao ser sorteada, cada criança, ou seu responsável, era convidada a ler dicas sobre prevenção de queimaduras em que recebia um brinde preparado pelos voluntariados da própria instituição. Foram atingidos o total de 60 profissionais de saúde da instituição e 365 crianças, seus pais e acompanhantes. Destas, 245 crianças, seus pais e/ou responsáveis foram abordadas nas atividades desenvolvidas no ambulatório (distribuição de cartilhas, pinturas sobre prevenção de queimaduras e conto de histórias sobre o tema) e, 120 crianças e seus responsáveis foram abordados nas unidades de internação e de recreação. A maioria dos participantes demonstraram interesse em relação às informações recebidas e houve ativa participação por parte das crianças, seus acompanhantes e profissionais da equipe multiprofissional da instituição. As ações lúdicas e educativas motivaram o processo de aprendizado das crianças e mostraram-se positivas em relação ao compartilhamento de conhecimento para prevenção de queimaduras. Em relação à atitude dos pais e acompanhantes frente à abordagem informativa, foi possível destacar a interação e o compartilhamento sobre a importância da abordagem realizada, e também, de incentivar o constante debate sobre a prevenção para conscientizar que queimadura infantil é um problema comum e que pode ser evitada com medidas simples de cuidado praticadas diariamente. Quanto aos profissionais de saúde, os mesmos foram receptivos e colaborativos nas atividades, reconhecendo a necessidade de debater o tema no contexto profissional e principalmente nos ambientes familiares. Diante disso, considera-se que as atividades realizadas são fundamentais, devendo ser encorajadas em outros contextos que envolvam crianças e adultos, divulgando as informações e prevenindo as queimaduras infantis e suas consequências.

Palavras Chaves: Queimaduras; Pediatria; Prevenção de acidentes.

ISSN 2525-8273

Referências:

CRUZ, B. F.; CORDOVIL P. B. L.; BATISTA K. N. M.. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. **Rev Bras Queimaduras.** 2012; n.11 vol.4 pg: 246-250.

PEDRO, I.C.S.; et al.. Perfil das hospitalizações para o tratamento agudo de crianças e adolescentes queimados. **Rev Bras Queimaduras.** 2014; n.13 vol.3 pg: 154-160.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Burns.** 2014. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/index.html. Acessado em: 10 ago 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 48:

Título: Relato de caso de criança com doença renal crônica: implicações no cotidiano familiar

Autor:
Maribel Cristina Weschenfelder - Enfermeira Nefrologista do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado profissional. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e Adolescente - GEPESCA. Florianópolis/SC. E-mail: maribel.cw@gmail.com.

Resumo: discorrer sobre doença crônica na infância é um desafio, pois se espera que a criança cresça e se desenvolva em condições saudáveis de saúde, em contraposição ao processo que envolve sofrimento, dor e estresse. A insuficiência renal crônica acomete crianças, jovens e adultos, gerando transformações em seus hábitos de vida, impondo novas rotinas e exigindo adesão ao tratamento proposto com vistas a um futuro com melhor qualidade de vida. Diante dessa perspectiva, ocorrem incertezas e ambiguidades, surgindo a necessidade de equilibrar esperança e medo, frente à nova realidade que se impõe no cotidiano da criança e da família (MOREIRA; VIEIRA, 2010). Assim, o objetivo deste estudo é relatar o caso de uma criança com má formação congênita do trato urinário que levou a insuficiência renal crônica, transformando o cotidiano familiar. Trata-se de um relato de experiência, do tipo estudo de caso descritivo qualitativo, registrado em unidade de internação de um hospital pediátrico do sul do país no ano de 2016. O caso se refere a um lactente, sexo masculino, trazido pela mãe para consulta no ambulatório de nefrologia do hospital em questão, encaminhado pelo hospital de origem do seu município tendo como queixa principal "convulsão e problema no rim". Já havia realizado exames laboratoriais e de imagens renal, que se mostraram alterados. No dia da consulta apresentou dois episódios de convulsão, sendo internado após consulta médica. Exame físico na admissão sem alterações. Histórico gestacional: realizou pré-natal sem intercorrências, nasceu de parto normal com apgar 9 e 10, peso ao nascimento: 2865 g, estatura: 47 cm, perímetro cefálico: 31 cm, adequado para idade gestacional (AIG), é o terceiro filho do casal, alimentado com fórmula na primeira semana de vida. Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) adequado; sorriso social, levanta a cabeça de bruços, emite sons, abre as mãos. Vacinação em dia. Histórico familiar nada digno de nota, condições de moradia: casa própria de alvenaria com seis cômodos, luz elétrica, água encanada e fossa séptica. Aos trinta e seis dias de vida teve sua primeira internação hospitalar por infecção do trato urinário (ITU). Manteve-se em acompanhamento ambulatorial em tratamento conservador até os sete meses de vida quando realizou implante de Catéter de Tenckhoff e iniciou diálise vinte e quatro dias após. A mãe e o pai são os responsáveis pela criança bem como pela diálise. Ambos receberam o treinamento operacional da diálise peritoneal e se revezam nos cuidados com a criança. Atualmente tem quatro anos e sete meses, faz diálise peritoneal desde seus sete meses de vida, a causa determinante da Insuficiencia Renal Crônica foi a uropatia de refluxo (ZORZO, 2008), confirmada pela uretrocistografia miccional. Apresenta déficit ponderal e por isso recebe fórmula hiperproteica por sonda nasoenteral de três em três horas desde os seis meses de vida. Aos dois anos de idade realizou transplante renal com doador cadáver, porém quatro meses após o transplante apresentou rejeição, necessitando voltar à diálise peritoneal. Teve uma internação hospitalar por peritonite, uma por

ISSN 2525-8273

obstrução do cateter e outra por anemia severa. Começou a frequentar a escola aos quatro anos. É uma criança ativa, sorridente e esperta. A renda da família é proveniente do trabalho do pai como agricultor e do benefício auxílio doença da Previdência Social. Os pais possuem o segundo grau completo e são evangélicos. Durante quatro anos a rotina de cuidados especiais para esta criança foi desempenhada pela família, especialmente pela mãe, que apesar dos cuidados adequados que realiza, por vezes há surgimento de complicação, sendo necessária a internação hospitalar. Nestes períodos a mãe mostra-se preocupada com os outros dois filhos, que ficam aos cuidados do pai e da avó. Ao mesmo tempo sente-se grata, por ter auxílio de outros membros da família, porém preocupa-se com todos, especialmente pela internação hospitalar ser prolongada. A família é unida e coesa no atendimento a criança, a mãe por vezes demonstra cansaço, porém sem verbalizar desânimo com a situação do filho, resiliente, dedica-se ao filho doente bem como aos outros dois, com carinho, zelo e cuidado, almeja que o filho caçula possa realizar novo transplante renal, trazendo qualidade de vida a toda família. A interação que a criança e família estabelecem com o meio e com as pessoas, especialmente com a equipe de saúde, fortalece a sua condição frente à doença, minimiza consequências negativas, capacitando-os a se adaptar a mudanças no seu cotidiano e reagir com flexibilidade diante das limitações e da terapia que a doença impõe (MOREIRA; VIEIRA, 2010). Na trajetória desta criança, acompanhada há quatro anos pela autora, foi possível perceber o quanto a doença renal crônica traz consigo mudanças complexas no modo de viver da criança e de sua família (BARROS, 2006). O seu diagnóstico anuncia limitações de caráter familiar, social e econômico na vida destes sujeitos, e, reaprender um novo caminhar paralelo à doença se faz necessário. Para tanto, quanto mais apoio a família encontra, menor seu estresse e sofrimento perante a trajetória. Com base neste acompanhamento, acredita-se que seja possível construir e alicerçar redes de atendimento e apoio para estas famílias de forma a minimizar o impacto negativo causado pela doença e seu tratamento.

Palavras Chaves: Criança. Insuficiência Renal. Diálise.

Referências:

BARROS. E.; e colaboradores. **Nefrologia: Rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre. Ed Artmed-Bookman, 2006.

MOREIRA, D.S.; VIEIRA, M.R. Crianças em tratamento diálitico: a assistência pelo enfermeiro. **Arq . Ciência e Saúde**, 2010-Jan-Mar 17 (1) 27-34.

ZORZO, R.A. Perfil clínico epidemiológico de 121 crianças e adolescentes com doença renal crônica: 22 anos de experiência do Hospital de Clinicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Dissertação - [Mestrado]. Ribeirão Preto, 2008.

ISSN 2525-8273

Resumo 49:

Título: Gestão do cuidado e segurança do paciente pediátrico: participação de acadêmicos de enfermagem em ESTÁGIO administrativo

Julia Borges Antunes - Acadêmica de Enfermagem do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Estagiária administrativa, Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). E-mail: julia.borges.antunes@gmail.com.
Silvana Maria Zarth - Enfermeira. Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta da UFRGS no Departamento de Enfermagem Materno Infantil. Professora Assistente do SEPED no HCPA. E-mail: silvana.zarth@ufrgs.br.
Suélen Heningues Leiman - Acadêmica de Enfermagem do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS. Estagiária administrativa, SEPED, HCPA. E-mail: sleiman@hcpa.edu.br.
Helena Becker Issi - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFRGS. Chefe do SEPED no HCPA. E-mail: hissi@hcpa.edu.br.

Resumo: instituições de saúde, que se constituem como campo de ensino para Escolas de Enfermagem, vem implementando o oferecimento de bolsas remuneradas em estágio não obrigatório para estudantes durante a Graduação, como forma de oportunizar crescimento acadêmico e profissional (HCPA, 2015). As atividades administrativas realizadas nesta modalidade pelos acadêmicos de enfermagem no Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) têm como intuito executar tarefas as quais auxiliem não somente a gestão do SEPED, mas ainda os cuidados assistenciais ao paciente, a fim de poder qualificar e minimizar erros relacionados à assistência de Enfermagem Pediátrica. O processo de trabalho do enfermeiro no âmbito coletivo em saúde pode ser subdivido em duas dimensões, que se complementam: assistir e gerenciar. Nesse sentido o enfermeiro enquanto gestor em saúde deve compreender sobre as competências técnicas, relacionadas ao fazer; interpessoais, do contato com o outro; e administrativa, voltada para os resultados, na forma de relatórios, indicadores, mapas de ação interventiva, entre outras (SANTOS, 2011; LOPES, 2016). O cuidado na área da enfermagem pediátrica possui suas particularidades por se tratar de um público com características físicas, morfológicas e desenvolvimento cognitivo específico, além de emocional e social complexo, o que pode aumentar as chances de sofrerem algum dano (PORTO, 2011). A segurança depende de uma reorganização dos sistemas de atendimento reconhecendo o problema de identificação do paciente como uma possibilidade real de erro (MILLER, 2011). No presente resumo, objetivou-se vincular as práticas administrativas desempenhadas como estagiários e os conhecimentos acadêmicos, para desenvolver atividades que promovam a segurança do paciente pediátrico, visando aperfeiçoar a prática e prevenir erros assistenciais. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado no HCPA, um hospital público, geral e universitário vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no setor de SEPED. O serviço compreende quatro unidades: Internação Pediátrica (10º Norte e 10º Sul), Oncologia Pediátrica e Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico, que corresponde a cento e quatro leitos. As atividades administrativas realizadas são: registro e acompanhamento do desenvolvimento de ações diferenciadas, incluindo cuidado de cateteres venosos, assistência à criança e

ISSN 2525-8273

família com fibrose cística, programa de reabilitação intestinal de crianças e adolescentes, entre outros; auxílio na elaboração de relatórios, folderes, pôsteres, power point; auxílio na organização dos indicadores de cada uma das unidades do serviço, entre outras ações interventivas relacionadas ao acompanhamento de aspectos de segurança envolvidos nos diversos processos de cuidado. Ressalta-se aqui a avaliação da identificação do paciente, e observação do preparo e administração da medicação. Sendo a observação do preparo e administração da medicação um indicador assistencial que mede a conformidade das atividades de conferência dos seis certos (medicamento certo, paciente certo, dose certa, via certa, hora certa e registro certo), nas etapas de preparo e administração de medicamentos. E ainda, a avaliação de identificação que consiste em verificar se cada paciente que recebe assistência no SEPED está fazendo uso de pulseira de identificação e caso negativo, é registrado o motivo. A interação entre o acadêmico e o profissional de enfermagem possibilita a construção de uma visão crítica e reflexiva das atividades cotidianas. Para KOLL (2010) as teorias de Piaget e Vygotsky fundamentam essa afirmativa quando ressaltam que o processo de construção do conhecimento é influenciado pelo ambiente e suas vivências. Piaget considera a apropriação de saberes a partir da visão de mundo, do que o ambiente fornece para esse processo, porém ele segue uma sequencia fixa. Já Vigotsky acredita que o ambiente influencia e interfere na sequencia em que o processo acontece, tornando-o mais completo na medida em que as teorias acima citadas se complementam. As ações que o estagiário desempenha podem auxiliar na forma em que a assistência é prestada, tendo em vista que os resultados obtidos são indicadores da qualidade do serviço fazendo parte de uma reorganização sistemática que visa à cultura de segurança do paciente. É quando todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2014). A partir desta visão de cultura de segurança do paciente criada no ambiente hospitalar em que todos estão incluídos, acredita-se que a gestão do tempo e o gerenciamento das atividades são traçados a partir destes marcadores criados, oriundos dos dados coletados pelo estagiário, fazendo dele um participante ativo para o funcionamento efetivo desse sistema de cuidado. Esta vivência oportuniza ao acadêmico uma perspectiva do papel do enfermeiro na gestão do cuidado, além de uma melhor concepção do perfil dos pacientes que recebem atendimento pelo SEPED. Nessa perspectiva, reconhecer as particularidades do cuidado em pediatria reforça a importância do conhecimento sobre desenvolvimento dos planos de cuidados a essa clientela, bem como potenciais riscos inerentes. Percebe-se que a atuação de um expectador que não está diretamente integrado a equipe oportuniza uma visão abrangente e imparcial, quando trata-se de segurança do paciente, observando determinados hábitos que podem resultar em erros. A equipe de enfermagem busca minimizar ao máximo as oportunidades de erro que se fazem presentes no ambiente do cuidado. Os conhecimentos técnicos e científicos incorporados na vivência do estagiário auxiliam na construção do profissional que futuramente, poderá estar na linha de frente da assistência levando consigo uma bagagem que só pode ser construída através do exercício ativo que o estágio oportuniza.

ISSN 2525-8273

Palavras Chaves: Estudantes de Enfermagem. Segurança do Paciente. Assistência de Enfermagem.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

HCPA. **Gerenciamento de estagiários nas áreas do HCPA.** Porto Alegre: Seção de Ensino, 2015. 3 p.

KOLL, M. de O. **Vygotsky: Aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico**. São Paulo: Scipione, 2010.

LOPES, A. M. de S. **Gerenciamento no Serviço de Enfermagem.** Jabotical: Hospital São Marcos, 2016. 10 slides, color.

MILLER, M. R. et al. Principles of pediatric patient safety: reducing harm due to medical care. **Pediatrics**, v. 127, n. 6, p. 1199-1210, 2011.

PORTO, T. P. et al. Identificação do paciente em unidade pediátrica: uma questão de segurança. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.,** São Paulo, v. 11, n. 2, p.67-74, dez. 2011.

SANTOS, J. L. G. dos; LIMA, M. A. D. da S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha Enfermagem,** Porto Alegre, v. 4, n. 32, p.695-702, dez. 2011.

ISSN 2525-8273

Resumo 50:

Título: O adolescente com HIV/AIDS e a convivência com seu diagnóstico/doença

Autores:
Fabiana Cristine dos Santos - Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: fcristine@gmail.com.
Veridiana Tavares Costa - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Florianópolis/SC. Bolsista CAPES. Membro dos grupos de pesquisa NUCRON e GEPADES. E-mail: veritavarescosta@gmail.com.
Betina Hörner Schlindwein Meirelles - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: betinahsm@ig.com.br.

Resumo: a infecção pelo HIV apresenta um caráter crônico e incurável, o que leva a diferentes implicações na vida daqueles que adquirem a infecção, inclusive, dos adolescentes (GALVÃO; PAIVA, 2011, SILVA; BUDÓ; SILVEIRA; BADKE; BEUTER, 2013). A adolescência, por si só, é permeada por múltiplos desafios. Atrelada a limitações, receios e transformações, esta etapa do desenvolvimento humano, torna-se ainda mais complexa frente o diagnóstico da infecção pelo HIV (KOURROUSKI; LIMA, 2009). A revelação do diagnóstico, na maioria das vezes, torna-se um processo oculto, já que este silêncio, muitas vezes, protege os adolescentes de vivenciarem atitudes de estigmatização da doença (MOTA et al, 2013). Além da ocultação do seu diagnóstico, o adolescente com a infecção pelo HIV é cercado por um ritual de medicamentos e idas frequentes ao serviço hospitalar, tornando esse adolescente, mesmo que imperceptível para os outros, diferente dos seus semelhantes para si, o que por vezes, pode levá-lo a rejeitar seu cotidiano, que é permeado pelos eventos decorrentes da soropositividade (SOUZA; CABRAL; PAULA, 2011). A busca da normalidade e a constatação das diferenças são percebidas como questões centrais nos discursos dos adolescentes que vivem com a infecção. Isto aponta para a necessidade de compreensão dessas dimensões no viver dos adolescentes, em especial, aqueles que adquiriram a infecção ao nascimento (GALANO et al, 2016). Assim sendo, aponta-se para a seguinte indagação: Como é para os adolescentes com HIV/Aids que adquiriram a infecção ao nascimento, conviver com seu diagnóstico/doença? Acredita-se que o viver do adolescente com HIV/Aids envolve dimensões delicadas as quais precisam ser reconhecidas e legitimadas por aqueles que estão envolvidos no cuidado a esses jovens (GALANO et al, 2016). Nesta direção, este estudo teve como objetivo conhecer como os adolescentes com HIV/Aids que adquiriram a infecção ao nascimento, convivem com seu diagnóstico/doença. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado em um serviço de Referência estadual no controle e tratamento de pessoas com HIV/Aids, localizado em Florianópolis/SC vinculado a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e, em um Serviço Especializado em DST/Aids, na Secretaria Municipal de Saúde do município de São José/SC. Os critérios de inclusão adotados para seleção dos participantes foram: adolescentes com diagnóstico de infecção pelo HIV por transmissão vertical, com conhecimento prévio de seu diagnóstico, que vivenciaram a transição do serviço de saúde infantil para os serviços de referência adulto. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2014 por meio de uma entrevista dialogada, utilizando um roteiro semiestruturado. Foram entrevistados 17 adolescentes, sendo que um desses adolescentes estava em processo de transição paro o serviço adulto

ISSN 2525-8273

há quase um ano, sendo acompanhado pelos dois serviços no momento da entrevista. A análise dos dados foi realizada a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (2010), nas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. O estudo atendeu aos critérios éticos, conforme a Resolução n°466/2012. Assim, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a aprovação do parecer número 711.515. Ao conhecer como os adolescentes com HIV/Aids que adquiriram a infecção ao nascimento, convivem com seu diagnóstico/doença, percebeu-se que os adolescentes ao conviverem com a doença, vivenciam a dicotomia entre o "Ser Normal" e o "Ser diferente". Trata-se de um misto de sentimentos, em que o adolescente deseja esquecer-se da doença, mas ao mesmo tempo, necessita saber como lidar com ela, sem que isso o impeça de ser um adolescente "Normal". O significado do convívio com a doença está no fato de ser diferente dos demais adolescentes, por ser exigido dele uma responsabilidade para além da sua idade. Responsabilidade pelo tratamento, com os cuidados da saúde, e a proteção do outro, pelo medo da transmissão. O convívio com a infecção pelo HIV é simbolizado pela busca do equilíbrio de conviver com rituais exigidos pela doença, característicos da cronicidade, é viver com a doença apreendendo a lidar com ela (SILVA; BUDÓ; SILVEIRA; BADKE; BEUTER, 2013). E, por isso, o Ser "Normal" e "Diferente", é apontado como questões centrais no discurso daqueles adolescentes que vivem com HIV/Aids (GALANO et al, 2016). Para muitos adolescentes sua condição de saúde-doença pode ser reconhecida como outra qualquer, atribuindo a doença um significado de naturalização, de modo que o adolescente reconheça a infecção como algo natural em sua vida, e parte do seu crescimento (SILVA; BASILE; BOTH; KERN, 2010). No presente estudo, trata-se de um enfretamento diário, uma batalha a travar-se diariamente, atrelada as limitações decorrentes da aceitação da doença e de seu tratamento. Considerando o histórico de estigma pela doença e as experiências de preconceito vivenciadas por esses adolescentes, o compartilhamento do diagnóstico nas relações estabelecidas é permeado por um significado de abandono, envolto por tristeza de suas experiências anteriores. Quando escolhido para compartilhar seu segredo, essa revelação é restrita às pessoas bastante próximas (BARRETO, 2011). Outro ponto a ser destacado é que para alguns adolescentes a dificuldade de aceitação da doença está na sua cronicidade. Para outros, o convívio com a doença ao longo do tempo lhe proporciona um sentimento de naturalidade frente sua condição. O sigilo da doença se faz presente na vida de todos aqueles que convivem com a infecção desde a infância, com isso torna-se natural manter esse segredo na adolescência, como uma incorporação de seu tratamento e estilo de vida. Dessa maneira, o convívio com uma doença crônica exige do adolescente um amadurecimento quanto a sua condição. O processo de amadurecimento é parte significativa da auto aceitação do adolescente e permite ao mesmo a compreensão de seu papel social (SOUZA; CABRAL; PAULA, 2011). No intuito de conhecer como os adolescentes com HIV/Aids que adquiriram a infecção ao nascimento, convivem com seu diagnóstico/doença percebeu-se que: O "Ser Normal" e o "Ser diferente" destacou-se nas expressões que significaram o diagnóstico da infecção pelo HIV para os adolescentes. Semelhante ao convívio com outras doenças crônicas, viver com a infecção pelo HIV constitui-se um processo de aceitação contínuo, onde é exigido do adolescente lidar com as especificidades da doença, fazendo-a parte de si, mas sem que a doença o torne diferente dos seus demais. Para os adolescentes, embora a doença torne-se natural e parte da sua vida, a rotina de medicações constitui o fator que traz a memória sua condição de saúde e cronicidade. Ademais, a revelação do diagnóstico representa para o adolescente muito mais que o compartilhamento

da sua doença com a outra pessoa. Manter a doença em segredo tem como significado para esses adolescentes, um sentimento de proteção frente o preconceito e a discriminação vivenciada pelos jovens em suas relações interpessoais. Tal investigação suscitou aspectos que vão além das limitações atreladas às questões clínicas da doença e de seu tratamento. A identificação da dicotomia entre o "Ser Normal" e "Ser Diferente", contribui para que os envolvidos no cuidado aos adolescentes com HIV/Aids possam discutir e adotar estratégias que proporcionem suporte emocional a estes adolescentes, fortalecendo-os, assim, para o enfrentamento e aceitação de seu diagnóstico.

Palavras Chaves: Saúde do Adolescente. HIV. Transição para assistência do adulto.

Referências:

BARRETO, M. M. M. **As formas de Transmissão do HIV/AIDS determinando representações: um estudo de enfermagem entre adolescentes soropositivos.** 2011. 146 p. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2011.

GALANO, E. et al. Experiences of adolescents seropositive for HIV/AIDS: a qualitative study**. Rev Paul Pediatr,** São Paulo, v.34, n.2, p. 171-177, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n2/0103-0582-rpp-34-02-0171.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016

GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S. de S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1022-1027, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a06.pdf. Acesso em: 16 ago. 2016

KOURROUSKI, M. F. C.; LIMA, R. A. G. de. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/aids. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.17, n. 6, p. 947-952, 2009. Disponível em: < http http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_04.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016

MOTTA, M. da G. Corso da et al. O silêncio no cotidiano do adolescente com HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n.3, p. 345-350, mai-jun, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a07v6.6n3.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016

SILVA F. M. da et al. Hipertensão: condição de não doença - o significado da cronicidade na perspectiva dos sujeitos. **Texto contexto – enferm,** Florianópolis, v.22, n.1, pp.123-131,jan./mar., 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0104-07072013000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 ago. 2016

SILVA, F. C. F. et al. Os Herdeiros da AIDS. **Rev Psic IMED**, Passo Fundo, v.2, n.1, p. 318-326, jul./dez., 2010. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.ph p/revistapsico/article/view/43/42>. Acesso em: 16 ago. 2016

SOUZA, T. S. de.; CABRAL, I. E.; PAULA, C. C. de. Adolescer de crianças infectadas por transmissão vertical do HIV: implicações para o cuidado de enfermagem. **R. Enferm. UFSM,** Santa Maria, v.1, n.3, p.326-34, set./dez., 2011. Disponível em: <

ISSN 2525-8273

http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3188/2381>. Acesso em: 16 ago. 2016

ISSN 2525-8273

Resumo 51:

Título: Retrospectiva da matriz curricular do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí: enfoque na saúde da mulher, criança e adolescente

Autores:
Victória Regina Sedrez Ramos - Acadêmico de Enfermagem. Estagiário da Gerência de Enfermagem – Hospital Universitário Pequeno Anjo, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC. E-mail: vik.ramosmz@gmail.com.
Gabriel Bajadares Silva - Acadêmico de Enfermagem. Bolsista do projeto extensão Comissão de Controle de Infecções Hospitalares – Hospital Universitário Pequeno Anjo, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí Itajaí/SC. E-mail: gabriel_bajadares@hotmail.com.

Resumo: o presente estudo traz uma retrospectiva evolutiva da Matriz Curricular da disciplina de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí, desde sua formação, até os dias atuais, destacando as variações na sua carga horária, ementa, nomenclatura da disciplina e ano de vigência. Tem como proposta, compreender melhor as transformações em seu currículo, haja vista que a matriz reflete na atuação de um profissional. A evolução da matriz curricular proporciona o aprimoramento do enfermeiro formado pela Universidade, promovendo a evolução no processo de cuidar, transformando um olhar unifocal para uma assistência multifocal, visando protagonizar o cliente em um atendimento de qualidade e humano. A metodologia foi pautada em pesquisa bibliográfica, que deu-se a partir do projeto do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI desde a sua fundação, bem como as matrizes curriculares implantadas nos 35 anos do Curso e o livro escrito pelos docentes em comemoração aos 30 anos do Curso no ano de 2010. O curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia (FEOVI) da Fundação de Ensino do Pólo Geoeducacional do Vale do Itajaí – FEPEVI – nome do curso e da instituição, quando firmada a primeira matriz curricular – criado no ano de 1980, tinha inserido em sua ementa a disciplina Enfermagem Pediátrica, no sexto período. Com carga horária de 210 horas, a disciplina objetivava prestar assistência à criança e à família, identificando, planejando, executando e avaliando os cuidados para promover a saúde ao nível primário, secundário e terciário. Com a instituição já batizada com o nome de Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, o Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia reformula o currículo, passando para sua segunda edição no ano de 1987. Nesta edição, foram poucas as mudanças relacionadas à pediatria. Ainda com carga horária de 210 horas, distribuídas entre aulas teóricas e estágio, a disciplina Enfermagem Pediátrica previa o atendimento de puericultura à criança até o acompanhamento do desenvolvimento do adolescente. Neste currículo, dava-se uma atenção especial à criança excepcional, abordando a assistência de enfermagem para esta população. No terceiro currículo, em 1991, a disciplina, agora com o nome de Enfermagem Pediátrica e neonatal, passa a ter 195 horas distribuídas entre aulas teóricas e estágios supervisionados. Neste currículo, um novo termo prestigiava os objetivos da disciplina: "Promoção à Saúde". Porém, apesar da introdução à ótica da promoção em saúde, o currículo apresentava um conteúdo programático amplamente voltado à área hospitalocêntrica. No ano de 1996, o currículo não foi a única mudança. O curso que outrora era chamado de Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia do Vale do Itajaí – FEOVI passa a atender por Curso de Graduação em Enfermagem, o qual se

ISSN 2525-8273

mantém até o dia de hoje. Esta mudança prevê a formação de um profissional generalista, capacitado para atender o ser humano na sua complexidade. No currículo de número quatro, a disciplina Enfermagem Pediátrica e Neonatal contava com carga horária de 90 horas/aula em teoria, sendo que a parte prática ficava vinculado à disciplina Estágio Supervisionado em Enfermagem Pediátrica e Neonatal com carga horária de 120 horas/aula. O currículo de número 5, instituído no ano 2000, trouxe uma série de mudanças. A disciplina de pediatria que, até então, era ministrada no sexto período, passou a integrar a disciplina Saúde da Mulher, Criança e Adolescente no quinto período. Nesta mudança, a disciplina manteve carga horária de 210 horas distribuídas entre aulas teóricas e estágios, abordando a ginecologia, obstetrícia e pediatria. Com a constante evolução de conceitos e modelos de saúde, as mudanças continuaram. No ano de 2006 foi lançado o currículo de número 6. Neste currículo, a disciplina Saúde da Mulher, Criança e Adolescente sofreu um acréscimo no número de horas. As atividades assistenciais eram desvinculadas da teoria no que diz respeito à disciplina. As atividades teóricas contavam com 252 horas/aula, enquanto a disciplina Atividades Assistenciais na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente apresentava carga horária de 288 horas/aula, formando um montante de 540 horas/aula. Finalmente, no currículo de número sete, instituído no ano 2010, ainda vigente, mantém a pediatria inserida na disciplina Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, ministrada no sexto período. Nesta transição de currículo, a disciplina teve uma perda de 144 horas/aula, mantendo a mesma densidade de conteúdos. Atualmente, conta com carga horária de 396 horas/aula distribuídas entre aulas teóricas e estágios supervisionados. A partir dos dados levantados, é visto que o Curso tem se modelado às tendências contemporâneas de atuação em saúde. O foco especial à transdisciplinaridade, o olhar ecoformativo e o estímulo ao cuidado de si comprovam a preocupação em formar um profissional crítico e capacitado. Sobre a análise do processo de formação para atenção pediátrica não é diferente. Com denotada atenção às portarias interministeriais, a disciplina segue em constante atualização.

Palavras Chaves: Educação. Enfermagem. Saúde da Criança.

Referências:

SOPRANO, A. T; MACHADO, H. B. (org). Uma história de cuidado à vida: 30 anos do curso de enfermagem. Itajaí: Editora UNIVALI; Florianópolis: ALESC, 2010.

UNIVALI. Projeto Pedagógico Curso de Graduação em Enfermagem – UNIVALI. Período 2012 – 2013. Itajaí: UNIVALI, 2014. (Digitado).

ISSN 2525-8273

Resumo 52:

Título: Efetividade da atuação da enfermagem no gerenciamento de disfagias

Autores:
Victória Regina Sedrez Ramos – Acadêmico de enfermagem. Estagiário da Gerência de Enfermagem – Hospital Universitário Pequeno Anjo, Universidade do Vale do Itajaí Itajaí/SC. E-mail: vik.ramosmz@gmail.com.
Andrielle de Bitencourt Pacheco Rubim – Fonoaudióloga. Mestre. Fonoaudióloga Hospitalar - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS. E-mail: andrielle@univali.br.
Gabriel Bajadares Silva – Acadêmico de Enfermagem. Bolsista do projeto extensão Comissão de Controle de Infecções Hospitalares – Hospital Universitário Pequeno Anjo, Universidade do Vale do Itaja[i. Itajaí/SC. E-mail: gabriel_bajadares@hotmail.com.

Resumo: a disfagia é um sintoma de outras doenças bases, compromete a fisiologia do mecanismo da deglutição, expondo o paciente à risco de afecções pulmonares (PADOVANI et al., 2007). Em âmbito hospitalar o fonoaudiólogo é o profissional responsável pelo diagnóstico, valendo-se de instrumentos subjetivos e objetivos que possibilitam a definição diagnóstica e conduta (GUIMARÃES, BARBOSA, PORTO, 2009). Por vezes, pacientes com quadro de disfagia moderada podem receber dieta por via oral, contudo, de maneira cautelosa, com modificação de consistência alimentar e no posicionamento corporal da criança. O enfermeiro, por estar mais presente nas unidades médicas, é o profissional que melhor pode contribuir no gerenciamento dessas patologias, orientando paciente e seus responsáveis, além de observar a ingesta alimentar para sinalizar qualquer aspecto indicativo de bronco-aspiração. Desse modo, o tema desse trabalho é descrever a efetividade da atuação dos enfermeiros no gerenciamento de quadros de disfagia. Este é um estudo de revisão, caracterizado por pesquisa bibliográfica através de levantamento de produções científicas que abordam o assessoramento da enfermagem na disfagia. Para a coleta de dados foram utilizados os bancos de dados MEDLINE e LILACS, a pesquisa utilizou os seguintes descritores: transtorno da deglutição, cuidados de enfermagem, relação do enfermeiro e paciente, fonoaudiologia e hospitais. A disfagia dificulta ou impossibilita a ingesta segura de alimentos ou saliva, podendo gerar complicações como desidratação, desnutrição, emagrecimento, alterações respiratórias e em gravidade maior, pode levar o sujeito a óbito. Por tais considerações, a equipe de enfermagem precisa estar atenta às mudanças do mecanismo de deglutição e observar sinais e sintomas que poderão comprometer a clínica do paciente, aumentando o período de internação e ocupação dos leitos hospitalares, por sua vez, gerando maiores custos às instituições e governo (CIOATTO, ZANELLA, 2015). O enfermeiro deve estar atendo a sinais de pneumonia aspirativa, tosse, engasgo, desidratação e desnutrição. Tais sinais podem ser indicativos de comprometimentos no funcionamento da deglutição. Dentre as competências desse profissional, sabe-se que é possível a realização de alguns diagnósticos, como deglutição prejudicada, podendo ser relacionado a problemas cognitivos ou neurológicos; amamentação ineficaz, anomalia do lactente e reflexo de sucção do lactente insatisfatório; risco de aspiração, relacionado a deglutição prejudicada e reflexos faríngeos diminuídos. Os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) são conceitos construídos por meio de um sistema multiaxial. É um sistema que consiste em eixos, nos quais os componentes são combinados para desenvolver os diagnósticos. A construção

ISSN 2525-8273

dele, se dá por meio da combinação de valores do Eixo 1 (foco do diagnóstico), do Eixo 2 (sujeito do diagnóstico) e do Eixo 3 (julgamento) (NANDA, 2012). A Sistematização da Assistência em Enfermagem atualmente é utilizada como métodos científicos para instrumentalizar a resolução de problemas dos pacientes e tonar o cuidado individualizado, além de embasar e fundamentar cientificamente as ações do enfermeiro (SILVA, 2004). A Metodologia da Assistência de Enfermagem é um instrumento flexível sustentado por ações, reações e contínuas construções que envolvem o profissional enfermeiro e seus clientes. Envolve ainda a tomada de decisão promovendo uma assistência organizada, individualização do cuidado, o planejamento das ações e a geração do conhecimento a partir da prática (PASCHOAL; PERES, 2005). Esta metodologia é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, a qual possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde doença dos indivíduos. Portanto, a SAE permite que se alcance resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (TRUPPEL et al., 2009). Enfermeiros generalistas estão aptos a avaliar a capacidade de deglutição (DOMINGOS E VERÍSSIMO, 2014). Terré e Mearin (2006, *apud* GUEDES et al, 2009) sugerem que enfermeiros realizem a avaliação inicial da disfagia em pacientes debilitados, contribuindo assim à tomada de decisões clínicas e uma assistência adequada, uma vez que as práticas de enfermagem consistem na avaliação inicial do estado de saúde do paciente, identificando seus problemas atuais ou potenciais. Segundo Domingos e Veríssimo (2014) o método de avaliação da disfagia mais indicado é o *Standardized Bedside Swallowing Assessment* (SSA), que compreende três etapas: avaliação de sinais clínicos, qualidade vocal, controle postural, grau de consciência e capacidade para tossir e deglutir saliva; avaliação da capacidade de deglutição de uma colher de chá de água, observando existência ou não de sinais clínicos como tosse e qualidade vocal; e se for possível deglutir uma colher de chá, deve-se tentar deglutir um copo de água. Contudo, tais avaliações devem estar de acordo com as considerações fonoaudiológica, visando a segurança deste paciente. Além disso, o enfermeiro, perante um paciente com disfagia deve sempre avaliar o estado nutricional e de hidratação (DOMINGOS; VERÍSSIMO, 2014). Em alguns momentos o diagnóstico inicial pode ser realizado por este profissional, visto estar diretamente relacionado à assistência médica, assim, poderá sinalizar ao fonoaudiólogo que irá avaliar o sujeito. Em sua avaliação deverá verificar a integridade do sistema estomatognático, o padrão de mastigação e deglutição, poderá utilizar recursos como a ausculta cervical e a oximetria de pulso para definição do diagnóstico (PADOVANI, 2007). Posteriormente a esta etapa poderá elaborar sua hipótese diagnóstica e conduta, a qual se delineará essencialmente em manter o paciente sem alimentação por via oral, liberarar via oral assistida e/ou com modificações de consistências além de orientar certas posturas e manobras que objetivam o clareamento laríngeo e menor risco de bronco-aspiração (PADOVANI, 2007; FURKIM, 2014). Quanto às modificações de consistências alimentares caberá ao enfermeiro observar a prescrição médica e manter constante vigilância para que a dieta solicitada chegue ao paciente em sua forma correta, e, ainda deverá monitorar a ingesta por via oral, observando sinais advertícios de bronco-aspiração visando a integridade das vias aéreas inferiores. O enfermeiro poderá orientar o paciente, segundo Domingos e Veríssimo (2014) a fletir o pescoço enquanto deglute, diminuindo o risco de aspiração; rodar a cabeça para o lado afetado, para facilitar a deglutição; e manter decúbito de Fowler. Tais sugestões poderão instrumentalizar pacientes e familiares quanto aos cuidados necessários, visando o prazer e segurança na ingesta de alimentação via oral. O enfermeiro é o profissional que presta assistência direta e contínua ao paciente em toda a amplitude do tratamento, sendo assim, este

ISSN 2525-8273

profissional está hábil a identificar através da avaliação, sinais de disfagia. A partir dessa avaliação o profissional deve sistematizar a assistência do enfermo, minimizando os possíveis riscos e contribuindo para sua recuperação. Uma assistência qualificada por parte da equipe de enfermagem ao paciente disfágico contribui para a qualidade e recuperação do seu estado de saúde. A partir da execução dessas atividades, a equipe de enfermagem é peça chave para a recuperação e proteção do paciente.

Palavras Chaves: Transtorno da Deglutição. Cuidados de Enfermagem. Fonoaudiologia.

Referências:

CIOATTO, A. K.; ZANELLA, N. A. Conhecimento da enfermagem sobre assistência ao paciente disfágico no Hospital Regional do Sudoeste do Paraná. **Saúde.** 41(1): 65-76, 2015.

DOMINGOS, A.; VERÍSSIMO, D. **Cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida**. 2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf >. Acesso em: 11 ago 2016.

GUEDES, L. U., et al. Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte. Rev **Soc Bras Fonoaudiol**. 2009; 14(3): 372-80.

GUIMARÃES, V. C.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. O perfil da fonoaudiologia em hospitais universitários federais brasileiros. **Dist Com Hum.** 21(2): 199-206, 2009.

SILVA, M. J. P. **Qual o tempo do cuidado?: Humanizando os cuidados de enfermagem** – São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.

PADOVANI, A. R. et al. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). **Rev. soc. bras. fonoaudiol.** 12(3): 199-205, 2007.

PASCHOAL, T. C. B.; PERES, A. M. **Metodologia da assistência de enfermagem**. 2005. Disponível em: <http://www.proec.ufpr.br/enec2005/download/pdf/TRABALHO/PDF%20TRABALHO/64%20>. Acesso em: 11 ago 2016.

TRUPPEL, T.C.; MELER, M.J.; CALIXTO, R.C.; PERUZZO, S.A.; CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.2, p.221-7, mar.-abril 2009.

ISSN 2525-8273

Resumo 53:

Título: Internações de adolescentes por condições sensíveis a atenção primária: uma revisão integrativa

Autores:
Jéssyca Slompo Freitas - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Especialista – Modalidade Residência - em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade Pequeno Príncipe. Membro do Grupo de Pesquisa NESC-UFPR, Curitiba/PR. E-mail: jessyca_sfreitas@hotmail.com.
Maria Marta Nolasco Chaves - Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná- área Saúde Coletiva. Doutora em Ciências. Líder do Grupo de Pesquisa NESC-UFPR, Curitiba/PR. E-mail: mnolasco@terra.com.br.
Liliana Muller Larocca - Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná- área Saúde Coletiva. Doutora em Educação. Membro do Grupo de Pesquisa NESC-UFPR, Curitiba/PR E-mail: lilianamlarocca@gmail.com.

Resumo: a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada do sistema assistencial, fundamentando-se pela atuação sobre a prevenção de doenças e promoção da saúde, com foco nas enfermidades e agravos mais prevalentes que acometem a população (TURA; SOARES; CASARTELLI, 2014). Porém, a demanda por internações hospitalares possivelmente inclui uma dimensão de casos com diagnósticos sensíveis à atenção primária, quando não há resolutividade neste nível de atenção em determinadas situações (REHEM; EGRY, 2011). Reflexo disso são as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP), destacado como um indicador de saúde que é inversamente proporcional à efetividade da Atenção Primária, pois a queda de ICSAP associa-se a uma assistência eficaz e de qualidade, visto que à utilização dos serviços secundários e terciários seriam acessíveis as causas não sensíveis à atenção primária (DEININGER; SILVA; LUCENA et al., 2015). Em se tratando da população adolescente, percebe-se que não existem, há dificuldade e/ou desinteresse no desenvolvimento de ações específicas no setor saúde para este grupo populacional, implicando diretamente como uma barreira para o acesso deste segmento populacional às Unidades de Saúde (MAFRA; CHAVES; LAROCCA; PIOSIADLO, 2015). Neste ínterim, ainda há poucos estudos sobre as ICSAP relacionadas à população de adolescentes no Brasil e no critério de faixas etárias estudadas ou metodologias utilizadas, os mesmos não são homogêneos (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016). Desse modo, percebe-se que a atenção à saúde do adolescente tem sido um importante desafio para a organização dos serviços de saúde e para a sociedade, destacando a disparidade da proposta da atenção primária com o processo de adoecimento e/ou utilização dos serviços por este grupo populacional. Associado a isso, destaca-se as ICSAP como um importante indicador de acesso e qualidade para avaliação da atenção primária, sendo, em sua maioria, abordado somente em hospitalizações de adultos. Diante disso, a pesquisa teve como objetivo analisar a produção científica sobre Internações em adolescentes por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada por meio de 06 etapas que contemplam a identificação do problema de revisão, seleção dos estudos, extração dos dados dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação ou integração dos resultados e por fim, a apresentação da revisão ou síntese do

ISSN 2525-8273

conhecimento presentes nos artigos analisados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Foi definida como questão norteadora para pesquisa: como estão as discussões científicas acerca de internações em adolescentes por Condições Sensíveis à Atenção Primária? A coleta do material para a pesquisa foi realizada no período de junho de 2016, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através dos descritores Adolescente, Hospitalização, Atenção Primária à Saúde e Indicador de Saúde, utilizando o operador booleano AND. Os critérios de inclusão para seleção de artigos no estudo foram às pesquisas publicadas nos idiomas inglês e português, disponíveis em texto completo, publicações entre os anos de 2008 e 2016, sendo 2008 o ano da publicação da lista nacional de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, artigos abordando o tema ICSAP no título e/ou no resumo. Para exclusão os critérios avaliados foram os artigos que não continham o resumo online disponível, estudos duplicados e que não apresentassem texto completo disponível gratuitamente, publicação anterior a 2008, além de teses e monografias. Após a leitura dos estudos selecionados, foram extraídos deles o conteúdo e recomendações mais relevantes indicadas com relação às ICSAP e a população adolescente. Estas variáveis serviram de base para a construção de duas categorias de referencia, a saber: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária como importante indicador de saúde e O adolescente como segmento populacional invisível. A busca na BVS com os descritores mencionados apresentou como resultado nove artigos. Inicialmente, foram filtrados os estudos de acordo com texto completo, idioma e ano de publicação, obtendo cinco artigos. Em seguida, avaliados os títulos dos artigos e realizada a leitura dos resumos ou abstracts. Apenas após os primeiros procedimentos, os artigos foram analisados na integra como critério final para inclusão no estudo. Preencheram os requisitos para seleção o total de três estudos, sendo os outros dois excluídos devido a duplicidade e outro por não estar disponível completo gratuitamente. Desta maneira, os três estudos selecionados foram avaliados de acordo com as seguintes variáveis: ano de publicação, idioma, título do estudo. Duas pesquisas foram publicadas no idioma inglês e a outra no português. Com base nos anos de publicação, um foi publicado em 2015, um em 2013 e um em 2008. Apenas o título de um dos artigos selecionados apresentou como abordagem as Internações por condições sensíveis à atenção primária, sendo que nos outros dois artigos o tema foi apresentado no resumos. A análise dos artigos permitiu a elaboração de duas categorias: - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária como importante indicador de saúde, que possibilita destacar o indicador como incremento para a efetividade das ações dos serviços de atenção primária, uma vez que todos os artigos em análise versam sobre a temática de forma contundente; - O adolescente como segmento populacional invisível, que demonstra o aspecto de subtração na dimensão da saúde do adolescente, pois os três artigos analisados no estudo apenas citaram a faixa etária nas características da população estudada, sem análise subjetiva da relação de ICSAP em adolescentes. Santos, Oliveira e Caldeira (2016) discutem a carência de estudos que abordam a faixa etária de adolescentes com a utilização do indicador ICSAP, por configurar como um importante marcador de acesso e qualidade para avaliação da atenção primária. Nesse sentido, estudos na perspectiva da adoção do indicador podem representar grande contribuição para os gestores envolvidos com a atenção básica, possibilitando a sustentação da sua qualidade, contribuindo assim para a avaliação da introdução e implementação das políticas de saúde no Brasil (REHEM; EGRY, 2011). Apesar de importantes reflexões que este estudo permitiu, ele deve ser interpretado à luz de algumas limitações. A primeira delas é o obstáculo da temática com aprofundamento da população de adolescentes para além da idade cronológica, tida somente somo seguimento que

ISSN 2525-8273

aparece em baixa porcentagem na definição de variáveis independentes em estudos. Uma segunda limitação deriva da combinação dos descritores, por se tratar de um tema específico, buscaram-se contemplar os quatro termos com o operador boleano 'and' para favorecer a pesquisa, no entanto, isso pode ter restringido a busca, o que seria favorável, no caso, a possibilidade de utilização de ICSAP como um descritor de saúde, combinado ao descritor adolescente. Concluindo, dada as potencialidade do indicador e a lacuna do acompanhamento e assistência à saúde do adolescente, sugere-se que futuras discussões sejam conduzidas neste cenário, a fim de articular as discussões que visam oferecer subsídios em benefício da saúde do adolescente.

Palavras Chaves: Hospitalização. Atenção Primária a Saúde. Indicador de Saúde.

REFERÊNCIAS

DEININGER, L. S.C.; SILVA, C. C. da; LUCENA, K. D. T de; PEREIRA, F. J. R.; LIMA NETO, E. A. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: Revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9, n.1, p. 228-36, jan. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/J%C3%A9ssyca/Downloads/7142-66627-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 jun 2016.

FERNANDES, V. B. L.; CALDEIRA, A. P.; FARIA, A. A. de; RODRIGUES NETO, J. F. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.6, p. 928-936. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>. Acesso em: 17 jun 2016.

MANZOLI, L.; FLACCO, M. E.; DE VITO, C.; ARCÀ, S.; CARLE, F.; CAPASSO, L.; MARZUILLO, C.; MURAGLIA, A.; SAMANI, F.; VILLARI, P.. AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy. **Eur J Public Health**, v. 24, n. 5, p. 745-50, Oct. 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24367065>. Acesso em: 17 jun 2016.

MENDES, K. DS.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto -Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, Out.- Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: 12 jun 2016.

ORUETA, J. F.; GARCIA-ALVAREZ, A.; GRANDES, G.; NUÑP-SOLINÍS, R.The Origin of Variation in Primary Care Process and Outcome Indicators: Patients, Professionals, Centers, and Health Districts. **Medicine (Baltimore)**, v. 94, n. 31, Aug. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26252315>. Acesso em: 17 jun 2016.

REHEM, T. C. M. SB.; EGRY, E.Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024>. Acesso em: 12 jun 2016.

ISSN 2525-8273

SANTOS, L. A.; OLIVEIRA, V. B. de; CALDEIRA, A. P. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 2, p. 179-188, abr.- jun. 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000200169&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 jun 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 54

Título: O processo de enfermagem à criança com paralisia periódica hipocalêmica familiar: um relato de experiência

Autores:
Bárbara Franz - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: barbarap.franz@gmail.com.
Fernando Henrique Antunes Menegon - Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. E-mail: fernandomenegon01@gmail.com.
Franciny Agostinho Vieira - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: franciny.vieira@hotmail.com.
Jéssica da Silva Reinaldo - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: jesi.enfermagem.95@gmail.com.
Sabrina Regina Martins – Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: sabrinamartins0704@gmail.com.
José Luís Guedes dos Santos - Professor adjunto do Departamento de Enfermagem e pesquisador do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão de Cuidados e da Educação em Enfermagem e Saúde – GEPADES. E-mail: jose.santos@ufsc.br.

Resumo: o processo de enfermagem é uma ferramenta metodológica utilizada pelos enfermeiros, cujo principal objetivo é organizar e fundamentar as ações de enfermagem no âmbito assistencial. Desta forma, o processo de enfermagem representa a sistematização da assistência, orientando o profissional em suas mais diversas práticas de uma forma dinâmica. O objetivo deste trabalho é relatar a vivência teórico-prática de acadêmicos da sexta fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina na assistência à criança com Paralisia Periódica Hipocalêmica Familiar a partir do processo de enfermagem. Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado por discentes da disciplina *Processo de Viver Humano* IV - *Saúde da Mulher*, do Neonato, da Criança e do Adolescente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Este relato foi baseado no processo de enfermagem realizado com uma criança e sua família durante as atividades teórico-práticas realizadas na Unidade de Emergência Externa Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), no período de 03/11/2015 a 16/11/2015. A Paralisia Periódica Hipocalêmica Familiar é uma doença neuromuscular caracterizada por ataques episódicos de paralisia flácida, geralmente de tronco e membros inferiores, acompanhada de hipocalemia. Durante os ataques, a atividade elétrica dos músculos esqueléticos se encontra reduzida ou ausente provavelmente por falha no mecanismo excitação-contração (ASSIS et al., 2012). Esta é uma doença autossômica dominante, rara, com prevalência de 1:100.000, acometendo mais homens do que mulheres. Em 60% dos pacientes, as primeiras manifestações da doença aparecem antes dos 16 anos. Após a crise, a força muscular se recobra geralmente em 1 hora, porém pode levar até dias (VÉLEZ; CARRIZOSA; CORNEJO, 2002). Diante do caso visto, inicialmente foram coletadas informações com a paciente de 10 anos e sua mãe para a constituição do Histórico de Enfermagem, a

ISSN 2525-8273

primeira etapa do processo. A partir disso e após a identificação de diagnósticos de enfermagem, foram elencados os cuidados a serem realizados, os quais eram: administrar sódio, potássio e ondansetrona endovenosa; verificar sinais vitais de quatro em quatro horas; observar e registrar queixas álgicas; estimular ingesta alimentar e hídrica; observar estado geral da criança (disposição, nível de atividade e interação com a família); proporcionar ambiente tranquilo com temperatura agradável para sono e repouso; oferecer brinquedos; passar um período com a criança e a família; traçar planos de cuidado juntamente com a família; realizar controle rigoroso de alimentação, atividade física, emocional e temperatura para manutenção da homeostasia; realizar cuidados com acesso venoso; manter cabeceira elevada, bacia e toalha ao lado do leito. Durante o processo de assistência, foi visto que a criança teve boa compreensão, paciência e tranquilidade ao receber os cuidados prestados durante a internação. Diagnosticada desde 3 anos de idade, a criança e sua mãe eram muito bem esclarecidas sobre a doença, cuidados e tratamento, uma vez que a mãe também possuía a doença. Mesmo sendo a terceira internação no ano, a criança foi colaborativa com a terapêutica adotada. Tanto a mãe quanto a filha entendiam a hospitalização como um recurso para a melhora do estado de saúde/doença da paciente. Segundo informações da paciente, a crise desencadeada provavelmente se deu em razão do estresse causado pela insônia e o gasto energético da paciente ao levantar quatro vezes durante a madrugada. Este tipo de paralisia pode ser iniciado a partir de várias situações de alteração da homeostase, como atividade física em excesso, repouso excessivo, ingestão de carboidratos (principalmente na refeição noturna), jejum prolongado, frio ou calor excessivo, álcool e estresse. Imediatamente após a identificação da crise, a criança deu entrada na Emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão relatando dores musculares, câimbras, fraqueza muscular e marcha alterada. No primeiro dia de internação, a criança teve um episódio de êmese cor amarelo claro, em média quantidade e aspecto líquido após o seu café da manhã. Após receber os cuidados de enfermagem, a menina teve estabilização, melhora no quadro clínico, redução e ausência dos sintomas até o fim período de atividades teórico-práticas dos acadêmicos. Durante este período, percebeu-se a dificuldade de uma criança em lidar com essa doença, visto que em sua maioria gostam de realizar atividades físicas, fazer aula de educação física e outros esportes extracurriculares. Assim torna-se difícil para a paciente se manter em estado de equilíbrio total quanto ao sono, repouso, alimentação e temperatura corporal. Mesmo com esta dificuldade, a criança e a mãe demonstraram persistência e tranquilidade ao lidar com as crises. Por ser uma doença rara em todo o mundo, presenciar a evolução e melhora do quadro clínico, prestando cuidados diretos à paciente, foi um grande privilégio e de extrema importância para o aprendizado dos acadêmicos. Para a elaboração dos planos de cuidados e para a eficácia da prática clínica do enfermeiro, este precisa dispor de conhecimento científico e raciocínio clínico e crítico. A rotina desta profissão depara-se com casos singulares diariamente, sendo assim, a interface generalista é fundamental. O caso vivenciado em questão fez com que os alunos pudessem conhecer mais sobre a patologia e aprimorar os conhecimentos já estabelecidos. A vivência desta situação reforçou a constatação que este profissional precisa estar preparado para afrontar diversas situações clínicas. É indispensável que no atendimento à criança, a sensibilidade do enfermeiro e da equipe de enfermagem esteja presente, favorecendo o elo de confiança para com o paciente e seus familiares.

Palavras Chaves: Paralisia periódica. Processo de enfermagem. Pediatria.

ISSN 2525-8273

Referências:

ASSIS, T. J. C. F. de et al. Paralisia Periódica Hipocalêmica Tipo 1: Envolvimento dos canais de cálcio dependentes de voltagem. **Rev Neurocienc,** João Pessoa, v. 4, n. 20, p.588-596, jul. 2012. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/revisao 20 04/750 revisao.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

VÉLEZ, M. M.; CARRIZOSA, J.; CORNEJO, W.. Parálisis periódica hipocalémica familiar (PPHF): reporte de un caso y revisión del tema. **Iatreia,** Medelin, v. 15, n. 2, p.114-120, jun. 2002. Disponível em: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/395 2/3667>. Acesso em: 11 ago. 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 55

Título: Relato de experiência sobre o projeto enferma-ria: promovendo a saúde da criança hospitalizada

Autores:
Fabíola Zenatta Freitas – Acadêmica de Enfermagem da 4º fase do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC. Email: fabizf_sc@hotmail.com.
Alexandre Inácio Ramos – Acadêmico de Enfermagem da 4º fase do Curso de Bacharelado em Bnfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC. Email: alexandre.inacio13@hotmail.com.
Patrícia Aparecida Trentin - Acadêmico de Enfermagem da 4º fase do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC. Email: patricia01trentin@hotmail.com.
Crhis Netto de Brum - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC. Email: crhisdebrum@gmail.com.
Samuel Spegelberg Zuge - Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Colaborador do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catariana, Campus Chapecó/SC). Email: samuelzuge@gmail.com
Joice Moreira Schmalfuss - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC. Email: joice.schmalfuss@uffs.edu.br.

Resumo: o processo de hospitalização infantil causa alterações na rotina diária da criança e de sua família, resultando em uma experiência difícil e estressante para ambas. Para viver o processo de hospitalização, a criança deve ter suas necessidades percebidas pelos profissionais envolvidos na assistência, uma vez que ao adentrar no hospital ela se depara com um ambiente estranho, e este fato somado ao afastamento do lar e a realização de procedimentos desconhecidos pode resultar em conflito emocional (TORQUATO et al, 2013). Assim, como forma de amenizar o impacto resultante do período de hospitalização, o uso da ludicidade pode ser uma ferramenta considerável, já que o cuidar passa a acontecer de forma mais criativa e humanizada, de forma que o paciente passa a corresponder melhor aos procedimentos e o tratamento (RAVELLI et al, 2005). Entre as estratégias lúdicas de trabalho com a criança existe a palhaçaria. A palhaçaria possibilita alívio na tensão existente entre paciente e ambiente hospitalar. A essência do trabalho do palhaço é o enfoque do seu ridículo, transformando isso em algo engraçado. A liberdade que o palhaço possui com o paciente transforma a sua experiência em algo construtivo e o motiva a melhorar. É importante que esse trabalho seja realizado em parceria com o enfermeiro, pois este possui contato direto com o paciente estabelecendo um vínculo mais próximo (PEREIRA et al, 2014). Assim, tendo como parâmetro esta situação, o Projeto Enferma-Ria: promovendo a saúde da criança hospitalizada, foi elaborado com a finalidade de auxiliar, de forma lúdica, o percurso da promoção e da recuperação da saúde das crianças que vivenciam o processo de hospitalização a partir de ações lúdicas utilizando a palhaçaria como ferramenta de suas ações (TORQUATO, 2013). Este estudo tem por objetivo relatar as atividades desenvolvidas pelo Projeto de extensão: Enferma-Ria: promovendo a saúde da criança hospitalizada. O presente projeto é desenvolvido em um hospital que realiza atendimentos às crianças na região Oeste de Santa Catarina. O hospital é dividido em unidades de internação e Pronto atendimento. O

ISSN 2525-8273

projeto encontra-se vinculado a um Programa de extensão da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/SC) do Campus Chapecó, intitulado: Programa Enfermaria: a palhaçaria como ferramenta na promoção da saúde da criança. São realizadas visitas semanais, geralmente por uma dupla de educandos caracterizados com seu respectivo palhaço. Para a organização das atividades que serão desenvolvidas, são realizados encontros semanais para estudo e discussão do ocorrido no cotidiano hospitalar. Além disso, os educandos contam com um diário para realizarem seus apontamentos sobre suas vivências/experiências. Atualmente, o Programa conta com treze educandos das diversas áreas do conhecimento: enfermagem; medicina; pedagogia e artes cênicas. Para conduzir ações lúdicas em um primeiro momento os educandos realizam uma leitura dos prontuários de enfermagem, discutem os casos com a orientadora do Projeto, para então, conduzir as ações que serão desenvolvidas às crianças e seus familiares. Após, se caracterizam como palhaços para darem início às abordagens lúdicas. A equipe de enfermagem auxilia no processo de discussão e, inclusive, intervém na condução das visitas. As atividades do projeto Enferma-Ria iniciaram em agosto de 2015, desde então foram realizadas cinquenta visitas as quais são semanais, conforme a disponibilidade dos educandos envolvidos. Ao Chegar no Hospital os educandos inicialmente estudam os diagnósticos, dando ênfase na evolução de enfermagem de cada criança e sua família, para identificar possíveis problemas, a exemplo: má alimentação, falta de vontade, falta de higiene, não aceitação do tratamento, entre outros, que geralmente, ocorrem devido ao estresse pelo processo de hospitalização. Dessa maneira, utilizar o palhaço auxilia potencializar a criação de um ambiente que favoreça a constituição de vínculos com as crianças, por meio das brincadeiras e estímulo ao riso, na perspectiva de promoção do contato e da empatia entre criança-família-profissionais-de-saúde. Devido ao fato de estarem utilizando da palhaçaria, fica inevitável realizar visitas apenas nos casos de real necessidade por chamarem a atenção das demais crianças, sendo assim, os educandos realizam visitas em todos os leitos, dando uma atenção a mais nos casos em que identificaram alguma possível ação necessária. O projeto Enferma-ria concebe a saúde como o bem estar psíquico, mental e social das crianças e não simplesmente como ausência de doença. Como base nisso, o palhaço no hospital constitui-se numa estratégia lúdica para contribuir no tratamento, pois nem todas as doenças têm como única forma de recuperação os cuidados farmacológicos e técnicos, uma vez que o bem estar do paciente influencia na sua melhora, principalmente ao se tratar de crianças (MATRACA, 2011). Percebe-se por meio das intervenções lúdicas realizadas que a palhaçaria é eficiente na promoção da saúde da criança em situação de hospitalização na maioria dos casos em que ocorre a aceitação do palhaço no leito, por meio dos relatos da equipe de enfermagem e até mesmo dos familiares. A palhaçaria como ferramenta lúdica, no processo de hospitalização, procura aproximar a criança dos processos médicos e de enfermagem, buscando amenizar as dores psíquicas resultantes do estresse. A utilização do lúdico, não favorece exclusivamente o bem estar do paciente, mas sim, de todo o contexto que o envolve, desde a tranquilidade para os familiares, até a retomada de uma boa relação com a equipe de profissionais ali presentes. Além de aproximar, consegue-se uma abertura para formação de vínculos, principalmente se tratando de crianças, as quais o brincar faz parte de sua rotina (SATO, 2016). O palhaço pode ser utilizado como uma ferramenta para um processo dialógico dentro do ambiente hospitalar, permitindo, além de uma possível melhora no quadro clínico da criança, o desenvolvimento de um vínculo estabelecido nos momentos de brincadeiras os quais, auxiliarão na realização dos cuidados, possibilitando a melhora no fator estresse e a aceitação do processo de hospitalização, por realizar indiretamente a

ISSN 2525-8273

aproximação entre paciente e ambiente hospitalar, resgatando seu lar e origens. Destaca-se o aprendizado técnico e humanístico viabilizado ao educando, por meio da palhaçaria, contribui para a formação de profissionais atentos a singularidade das crianças e familiares.

Palavras Chaves: Palhaçaria. Enfermagem Criança Hospitalizada.

Referências:

MATRACA, M. V. C.; WIMMER, G.; ARAÚJO-JORGE, T. C.. Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. **Ciência & Saúde Coletiva** 2011; v.16, n.10, p.4127-4138.

PEREIRA, E. E. B. et al. Estratégias artístico-lúdicas na complementação da terapia de crianças com encefalopatia crônica não progressiva, utilizando o brincar e a palhaçaria, 2014. Disponível em: < http://www.portalpet.feis.unesp.br/media/grupos/enapet2014-santamaria/atividades/enapet-2014/artigos/PETMEDENF_BRINCAR_ENAPET_revisado_1.pdf>. Acesso em: 28 de julho de 2015.

SATO, M. et al. Palhaços: uma revisão acerca do uso dessa máscara no ambiente hospitalar. **Interface (Botucatu)** 2016; v.56, n.20, p. 123-134.

RAVELLI, Ana Paula Xavier; MOTTA, Maria da Graça Corso da. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.5, p.611-613, 2005.

TORQUATO, I. M. et al. Assistência humanizada à criança hospitalizada: percepção do acompanhante. **Rev enferm UFPE** 2013 Set; v.9, n.7, p. 5541-5549.

ISSN 2525-8273

Resumo 56

Título: A vivência dos cuidadores nos aspectos emocionais e sentimentais de pacientes pediátricos em tratamento oncológico

Autores:
Jéssyca Slompo Freitas - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Especialista – Modalidade Residência - em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade Pequeno Príncipe. Membro do Grupo de Pesquisa NESC-UFPR, Curitiba/PR. E-mail: jessyca_sfreitas@hotmail.com.
Jurandir Portela Junior - Enfermeiro. Especialista em Cuidados intensivos neonatais pela Faculdades Pequeno Príncipe. Enfermeiro em UTI neonatal e pediátrica em Instituto Virmond, Guarapuava/PR. E-mail: enfer.portela@gmail.com.
Vanessa Nerone - Enfermeira. Especialista em Emergências pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Pinhão/PR. E-mail: vanessanerone@yahoo.com.br.
Maria Marta Nolasco Chaves - Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - área Saúde Coletiva. Doutora em Ciências. Líder do Grupo de Pesquisa NESC-UFPR, Curitiba/PR. E-mail: mnolasco@terra.com.br.

Resumo: durante um tratamento oncológico, tanto a criança como os pais ou cuidadores enfrentam inúmeros problemas com os quais não haviam se deparado, como longos períodos de internação hospitalar, frequentes reinternações, tratamento agressivo com efeitos indesejáveis, problemas devido à separação por tempo prolongado entre os membros da família, quebra do cotidiano e das atividades diárias principalmente por parte dos cuidadores, dificuldades de aceitação e entendimento com relação ao diagnóstico, problemas ou desajuste financeiro, sofrimento, dor, incertezas, e o medo constante de morte (NASCIMENTO *et al*, 2005). O cuidador, podendo esse ser os pais ou outro membro da família, torna-se o principal responsável pelo doente em todos os aspectos do cuidado. Ele é quem assume o papel sobre as decisões, as atividades diárias, e inicia um processo de superação das dificuldades na realização desta tarefa (PERLINI; FARO, 2005). O cuidador começa a se desestruturar emocionalmente devido ao cansaço e ao trabalho exaustivo para com o paciente, além de vivenciar as angústias sofridas pelo paciente, ele tenta esconder seus próprios sentimentos na tentativa de poupar o doente. Dessa forma, o cuidador busca apoio para suportar suas emoções principalmente na família e na equipe (FRANCO, 1998 *apud* BECK; LOPES, 2007). Desse modo, percebe-se que a situação de adoecimento da criança devido ao câncer afeta intrinsecamente os aspectos sentimentais e emocionais tanto do acompanhante como para o paciente infantil. Essa nova experiência traz consigo uma mudança, onde paciente e cuidador devem se adequar a uma nova rotina, baseada no tratamento e superação da doença. Diante disso, a pesquisa teve como objetivo analisar as reações emocionais e sentimentais vivenciadas pelos pais ou cuidadores e a percepção que estes têm sobre os problemas que a criança em tratamento oncológico está passando. Estudo exploratório-descritivo de caráter qualitativo, com participação de pais e/ou cuidadores de crianças internadas para tratamento em um setor de oncologia de um hospital infantil no município de Curitiba-Paraná. A coleta de dados foi pontual, no dia 05 de Agosto de 2011, através de entrevista individual por meio de entrevista individual com roteiro semiestruturado, gravada em áudio e posteriormente as respostas foram transcritas

ISSN 2525-8273

na integra. O método de análise dos dados foi baseado na análise temática, que possibilitou a elaboração de categorias que conseguiram expressar o núcleo de ideias e questões representativas do estudo. Para respeitar os aspectos éticos, o projeto teve inicio após a aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e Pesquisa do Hospital Pequeno Príncipe (CONEP-HPP) conforme parecer nº 0917-2011 e a coleta de dados iniciou após os convidados serem informados sobre as condições e seus direitos na participação, segundo apreciação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando de acordo com a Resolução n.º 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Relacionado à caracterização dos entrevistados, participaram seis cuidadores, sendo 66,6% do sexo feminino e 33,3% do sexo masculino, a faixa etária variou entre 24 a 66 anos com média de 45 anos. Com relação ao grau de parentesco com o paciente, houve variação entre três mães, dois pais e apenas uma era avô da criança. Os dados de escolaridade mostraram que 50% cuidadores possuíam o 2° grau completo. O perfil das crianças com relação a faixa etária demonstrou variação de 1 ano até 9 anos de idade. O tempo de tratamento oncológico oscilou de 4 a 8 meses, com média de 6 meses. A análise temática permitiu a elaboração de quatro categorias, a saber: - Conhecimento sobre o diagnóstico e reações, que possibilitou identificar aspectos associados ao papel da enfermagem diante da realidade enfrentada no âmbito do cuidado a criança com câncer e sua a família; - Apoio familiar e dificuldade de aceitação, relacionada à diversidade de sentimentos que acometem a família e o cuidador; - Conhecimento da criança a respeito da doença e sua reação na visão do cuidador, que aponta modificações comportamentais da criança que influenciam o tratamento de forma contundente; - Esperança a respeito do prognóstico, que apontou a religiosidade como suporte importante aos cuidadores para o enfrentamento positivo. Evidenciou-se que a sensibilização dos pais e cuidadores no durante o tratamento oncológico da criança é intensa, uma vez que existe o comprometimento da saúde e o risco de morte, logo, todos os laços de afetividade se tornam ainda maiores, atrelado ao medo da perda. A família é socialmente percebida e incorporada por todos como a base de ajuda, sustentação e apoio no que diz respeito ao desenvolvimento dos indivíduos E assume o papel de provedora, principalmente em situações problemáticas. Neste contexto, as formas como o cuidador e o paciente reagirão diante de um diagnóstico de câncer e em todo o desenvolvimento e tratamento da doença, terá significativa influência no enfrentamento de todo o processo. Assim, as relações interfamiliares influenciarão no otimismo, na vontade de lutar, na perseverança expressa por estes, ou mesmo de modo contrário, através da negatividade e a desesperança (MATOS, 2002). Considerando as mudanças na dinâmica familiar, a dependência total das crianças durante o tratamento do câncer e a multiplicidade de sentimentos enfrentados, faz-se necessário destacar que as dificuldades apresentadas na pesquisa relacionam-se desde o primeiro contato com o diagnóstico da criança, informações acerca das mudanças na dinâmica familiar ocasionada pela doença até orientações específicas no auxilio de atividades do cuidado e enfrentamentos cotidianos. Conclui-se que os sentimentos e inquietações demonstrados pelos cuidadores vislumbram um desafio na possibilidade de prática assistencial para o profissional enfermeiro que deve contribuir no enfrentamento de dificuldades e limitações. As ações do enfermeiro devem levar em consideração a subjetividade da criança e seus cuidadores, uma vez que ao enfermeiro compete, além de assistir a criança com câncer, oferecer aporte e implementar estratégias de atenção ao cuidador, para que este desenvolva um enfrentamento favorável e tenha satisfatória qualidade de vida. Por fim, destaca-se ao revelar o diagnóstico e durante o processo de tratamento, a desestruturação emocional e enfrentamento diário, onde se evidencia a necessidade de implantação

ISSN 2525-8273

de mecanismos para assegurar que a equipe e o enfermeiro garantam a integralidade e a qualidade da assistência, do contrário estaremos fadados a desvalorizar a profissão e desfavorecer a ética profissional.

Palavras Chaves: Saúde da criança. Câncer. Cuidador.

Referências:

BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. **Cuidadores de crianças com câncer**: **aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador**. *Rev. bras. enferm.* 2007, vol.60, n.6, p. 670-675. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/09.pdf> Acesso em 27 set 2010.

MATOS, J. S. **A influência das reações emocionais de familiares na recuperação de paciente com câncer.** Curso de psicologia da Universidade da Amazônia. 2002. Disponível em: <http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/117.pdf> Acesso em 13 de set 2011.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. H. e LIMA, R. A. G. de. Crianças com câncer e suas famílias. **Rev. esc. enferm**. *USP*. 2005, vol. 39, n.4, 469-474p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/13.pdf> Acesso em 27 set 2010.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. esc. enferm**. *USP*. 2005, vol.39, n.2, p. 154-163. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/18.pdf> Acesso em 27 out 2010.

ISSN 2525-8273

Resumo 57

Título: Acadêmicos de enfermagem frente às consultas de puericultura realizadas em uma unidade básica de saúde no município de Florianópolis

Autores:
Fernanda Schafhauser – Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: ferss_s@hotmail.com.
Maria Eduarda Grams Salum - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: dudasalum1@gmail.com.
Anderson Abreu de Carvalho - Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: anderson.imbituba12@gmail.com.
Daniella Santos Figueiredo - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: daniella_figueiredo@hotmail.com.
Francielly Martins Alflen - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: franciellyalflen@hotmail.com.
Margarete Maria de Lima – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: margarete.lima@ufsc.br.

Resumo: nas últimas décadas o Brasil vem passando por diversas transformações que garantiram melhorias nas políticas voltadas à população infantil, que potencializaram a qualidade de vida e contribuíram para reduzir as taxas de mortalidade dessa população. Pode-se citar como um destes avanços a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), instrumento que, dentre entre outros propósitos pode ser utilizado para acompanhar a saúde de crianças, através de consultas de puericultura (SUTO; LAURA; COSTA, 2014). A consulta de puericultura tem como finalidade acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de crianças desde o nascimento até os seis anos. Contempla o acompanhamento do esquema vacinal, a estimulação do aleitamento materno, orienta pais e acompanhantes no que diz respeito a introdução da alimentação complementar, prevenção de acidentes domésticos e agravos frequentes da faixa etária por meio da educação em saúde (VIEIRA et al., 2012). Sendo o Enfermeiro membro da equipe multidisciplinar atuante na rede de Atenção Básica, a consulta de puericultura deve ser realizada por este profissional e proporcionar assistência individualizada e integral, visando o bem-estar da criança, levando em conta condições de vida da família e da sociedade, tendo como objetivo uma vida sadia e plena no que se refere à possibilidade de alcançar a qualidade de vida**.** Desta maneira, o estudo tem como objetivo relatar a experiência dos acadêmicos de Enfermagem de uma Universidade Federal do Sul do Brasil acerca das consultas de puericultura realizadas em uma Unidade Básica de Saúde durante as atividades teórico-prático curricular da sexta fase do Curso de Graduação em Enfermagem. As vivências se deram nos dias finais do mês de abril e iniciais do mês maio em uma Unidade Básica de Saúde de grande porte na cidade de Florianópolis. Os graduandos realizaram consultas de puericultura em duplas, sempre acompanhados da Professora do campo e munidos de leituras prévias de assuntos pertinentes antes de cada consulta. Nas consultas foram utilizados alguns recursos, como por exemplo, guia de consulta de Enfermagem em Puericultura; elaborado pelas docentes da fase; dados de consultas anteriores disponíveis no DATASUS e avaliações multiprofissionais. Para a

ISSN 2525-8273

mensuração dos dados antropométricos da criança e posterior comparação nas curvas de crescimento; foram usadas fita métrica, antropômetro (para crianças menores de 1 ano) e balança, já para a realização do exame físico utilizou-se estetoscópio e termômetro. Tendo como finalidade analisar hábitos familiares e sinais subjetivos, conduzia-se a consulta com o acompanhante, buscando informações necessárias para o direcionamento das orientações. O foco das orientações se deu com base nas informações pertinentes à amamentação, introdução da alimentação complementar, riscos de acidentes domésticos, higiene e conforto, estimulo ao crescimento e desenvolvimento, esclarecimento de toda e qualquer dúvida que surgisse durante a conversa, sempre fazendo uso da escuta ativa. Ao final marcava-se a próxima consulta, seja com o pediatra ou com o enfermeiro e também as próximas vacinas do calendário nacional de vacinações. Análise: A leitura prévia de materiais proporciona a consolidação do conhecimento e deixa os estudantes seguros para conduzir as consultas com autonomia. Outro ponto que facilitava a condução das consultas e delimitava as orientações necessárias a serem dadas para o responsável pela criança e seu acompanhante, é o que foi apresentado como os "quatro pilares da consulta de puericultura"; crescimento/desenvolvimento, alimentação, imunização e prevenção de acidentes. No primeiro pilar avaliava-se o que era esperado para a idade da criança, no que consiste crescimento físico e desenvolvimento motor e cognitivo, sempre pensando nos fatores que os influenciam, como os fatores intrínsecos (genéticos, metabólicos e malformações, muitas vezes correlacionados) e fatores extrínsecos (dentre os quais destacam-se a alimentação, a saúde, infecções, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança). No segundo pilar as orientações eram fornecidas conforme a idade, os dados antropométricos e as condições clínicas da criança, tendo como base as recomendações do Ministério da Saúde (2014). Sendo preconizado o aleitamento materno exclusivo em livre demanda até os seis meses, podendo se estender até os dois anos de vida, desde que suplementada pela alimentação complementar, uma vez que isso configura imunidade a criança, menores índices de morbimortalidade e aumenta o vínculo mãe/filho, sempre respeitando o perfil socioeconômico da família. O terceiro pilar tinha como objetivo reforçar a importância da imunização da criança, salientando as próximas datas de vacinação. As orientações no quarto e último pilar eram voltados para a prevenção de acidentes, tendo como base a idade da criança e o ambiente físico de sua moradia, prevenindo o risco de quedas, afogamentos, queimaduras, envenenamentos entre outros acidentes. Dessa maneira, dominando os conhecimentos necessários acerca dos quatro pilares da consulta de puericultura, tínhamos preparo e segurança para conduzir a consulta da melhor maneira possível. Constatou-se que a consulta de puericultura é de extrema importância para avaliação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor da criança e a Enfermagem é um catalizador importante nessa avaliação. Durante as vivências, a autonomia que o Enfermeiro tem na Atenção Básica ficou bastante nítida, uma vez que grande parte de suas ações é voltada para a educação em saúde.

Palavras Chaves: Enfermagem. Puericultura. Pediatria.

Referências:

SAÚDE, Ministério da. **Vigilância Alimentar e Nutricional**. 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento>. Acesso em: 11 ago. 2016.

ISSN 2525-8273

SUTO, C.S.S.; LAURA, T.A.O.F.; COSTA, L.E.L. **Puericultura: a consulta de enfermagem em unidades básicas de saúde**. Rev enferm UFPE online, Recife, 8(9):3127-33, set., 2014.

VIEIRA, V. C. de L. et al. Puericultura na Atenção Primária à Saúde: Atuação do Enfermeiro. **Cogitare Enfermagem,** Paraná, v. 17, n. 1, p.119-125, abr. 2012.

ISSN 2525-8273

Resumo 58

Título: Coisas de mulher: a violência na roda

Autores:
Cristina Morsch - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: cricamorsch@gmail.com.
Camila Cipriani - Acadêmica de Nutrição – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: camiila_cipriani@hotmail.com.
Eloysa Mosimann - Mestre em Agro ecossistemas. Professora do curso de Nutrição – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: eloysa.mosimann@univali.br.
Estefani Keli Scherer – Acadêmica de Nutrição – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: teeefa@live.com.
Ionice Amaral - Mestre em gestão do trabalho - UNIVALI. Especialista em Saúde Pública (UFMA), Professora do curso de Enfermagem - UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: ionice.m@hotmail.com.
Jéssica de Sezaro - Acadêmica de Psicologia – UNIVALI Itajaí/SC. E-mail: jessicahds14@hotmail.com.

Resumo: no período da adolescência, além das transformações fisiológicas, o indivíduo sofre importantes mudanças psicossociais, o que contribui para a característica vulnerável desse grupo populacional (BRASIL, 20102). Esta é marcada por diversos fatores, sendo o mais importante a tomada de consciência de um novo espaço no mundo, a entrada numa nova realidade que produz confusão de conceitos e perda de certas referências (AZEVEDO; GUERRA, 2000). Por serem crianças e adolescentes em desenvolvimento precisam ser especialmente protegidos pela sociedade e pelo Estado, sendo de extrema importância que tenham acesso ao conhecimento sobre os seus direitos previstos por lei (BRASIL, 2007a). A violência contra o adolescente é um fenômeno universal e complexo, considerado um problema de saúde pública em vários países, inclusive no Brasil. Ocorre em diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, atingindo todas as classes, etnias, religiões, raças e culturas (BRASIL, 2010). Este é o recorte de uma atividade desenvolvida pelo Projeto de Extensão Coisas de Mulher, que desenvolve atividades com dois grupos distintos: “Menina Mulher”, composto por adolescentes de 10 a 20 anos, e “Mulheres Especiais”, composto por mulheres climatéricas/menopausadas. O projeto está ancorado nos projetos pedagógicos dos Cursos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia, além da inserção no Programa PróPet- Saúde, que visa a formação de profissionais competentes para o trabalho multi e interdisciplinar que, através da educação em saúde, no sentido da combinação de oportunidades, busca favorecer a redução da desigualdade em saúde, fortalecendo o conhecimento das participantes com relação às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, buscando a qualidade de vida e empoderamento das participantes (BRASIL, 2007b). Este é o relato de experiência de uma oficina realizada no dia 06 de Outubro de 2015, na Unidade de Saúde do bairro Imaruí - Itajaí – SC com o grupo “Menina Mulher” sobre Violência, com o objetivo de conceituar os tipos de violência, consequências e possibilidades de enfrentamento através de metodologias ativas; avaliar o nível de satisfação e aprendizado das adolescentes com a oficina. Para estimular a participação do grupo, foi realizada uma dinâmica, na qual, as adolescentes foram organizadas aleatoriamente, em duplas, e receberam situações cotidianas de alguns tipos de violência para representá-las ao grande grupo através de teatro com fantoches. Um integrante de cada dupla foi ao centro da roda e escolheu uma história, em seguida cada dupla leu entre si e após um determinado

ISSN 2525-8273

tempo, uma dupla de cada vez, apresentou a história nos fantoches. A partir da dramatização, cada cena foi discutida em forma de roda de conversa, abordando-se o conceito de violência física, sexual, verbal e psicológica, negligência e *bullying,* as suas consequências e como proceder em tais situações. Houve a entrega de cartões com alguns telefones úteis para pedir ajuda e fazer a denúncia. Para a dinâmica de avaliação do aprendizado, as onze participantes foram organizadas em pequenos grupos e construíram através de desenhos/ilustrações um cartaz com os tipos de violência abordados, apresentando-os, posteriormente, ao grande grupo. Utilizou-se um instrumento com escala hedônica para verificar o nível de satisfação com a atividade. A escala hedônica é um instrumento de fácil interpretação, animado com figuras que representam expressões relacionadas à resposta das participantes, tendo como opções, uma carinha feliz representando "muito bom", carinha sem expressão representando "bom", e uma carinha triste representando "ruim". As perguntas realizadas para as participantes neste instrumento buscam avaliar o nível de satisfação em relação às "estratégias utilizadas" e ao "aprendizado" de cada participante. Para a análise do nível de satisfação utilizou-se estatística simples através de frequência relativa. Para avaliar o aprendizado utilizou-se análise temática. Por se tratar de um relato de experiência não foi necessário submeter ao comitê de ética, entretanto foram seguidos os cuidados éticos previstos na Resolução 466/12 do CONEP. A partir das atividades propostas e da construção de três cartazes elaborados pelas participantes, foi possível observar um conhecimento prévio adequado dos temas pelas adolescentes. Ao analisar o cartaz específico sobre violência física foi destacado a frase "*não faça com os outros o que você não gostaria que fizessem com você, 180 denuncie*". Contendo duas figuras, uma de Barbie que as adolescentes pintaram fazendo marcas roxas pelo rosto com sangue e lágrimas de choro; a segunda imagem foi de um homem no canto da folha com cara de mau e a mulher no outro canto da folha com seu olho roxo e lágrimas de sangue. Em relação ao tema violência sexual foi possível observar relatos como: "*Violência sexual não acontece somente meninas, acontece também com idosos, adultos, crianças e meninos. Acontecem na família, fora da família, vizinhos, conhecidos, etc. Se você conhece algum caso não se cale denuncie 190*" e uma imagem de uma pessoa sentada no chão com a cabeça entre os joelhos e um homem em pé, abaixando as calças, o que ressalta a violência sexual. Já no cartaz representando o *bullying*, as participantes colocaram uma imagem, representando uma pessoa com deficiência física sofrendo *bullying,* por duas pessoas. Por meio da avaliação da escala hedônica, obteve-se em relação ao nível de satisfação no que se refere às estratégias utilizadas e ao aprendizado, 100% como "muito bom". Pode-se concluir que os objetivos da oficina foram alcançados, pois 100% das adolescentes avaliaram a oficina com muito bom em relação à temática, estratégia e aprendizado referido. Os conceitos e tipos de violência foram identificados e apontados através da elaboração de cartazes. Também foi possível observar que as adolescentes incorporaram as possibilidades de enfrentamento à violência, expondo nos cartazes e oralmente, atitudes proativas como buscar ajuda através de telefones úteis como conselho tutelar e/ou disque denúncia. Pode-se observar interesse e interação entre as participantes e assimilação do conhecimento, demonstrando sua compreensão do assunto. É possível afirmar a importância do trabalho interdisciplinar, realizado pela equipe extensionista para a obtenção de resultado positivo no aprendizado das adolescentes, possibilitando sua independência e instrumentalizando-as para o autocuidado.

Palavras Chaves: Violência; Adolescência; Promoção em Saúde.

ISSN 2525-8273

Referências:

AZEVEDO, M. A; GUERRA V. N. A. **Infância e violência doméstica:** fronteira do conhecimento. 3ª. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 334p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal:** saúde, um direito de adolescentes. Brasília, 2007a. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2007b. 60p.

ISSN 2525-8273

Resumo 59

Título: Conhecimento sobre a infecção pelo HIV em adolescentes

Autores:
Fabíola Zenatta Freitas – Acadêmica de Enfermagem da 4ª. fase do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC. E-mail: fabizf_sc@hotmail.com.
Luana Patrícia Valandro - Enfermeira, Residente do Programa de Especialização em Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer, Universidade de Passo Fundo (UPF/RS). Email: valandro_luana@hotmail.com.
Crhis Netto de Brum - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC). E-mail: crhisdebrum@gmail.com.
Samuel Spegelberg Zuge - Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Colaborador do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catariana, Campus Chapecó/SC. E-mail: samuelzuge@gmail.com.
Maria Elisabete Calado Ramalho dos Santos - Acadêmica de Enfermagem da 9ª. fase do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC. E-mail: mariaelisa_ramalho@hotmail.com.
Débora Trindade - Acadêmica de Enfermagem da 9ª. fase do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC. Email: debora_trindade@hotmail.com.

Resumo: a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o adoecimento pela Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) configura-se como uma problemática atual nas ciências da saúde e sociais, por sua natureza sociológica, política, econômica e clínico-epidemiológica (RIBEIRO, 2010). No Brasil, as notificações de infecção pelo HIV e AIDS apontam para uma mudança no perfil epidemiológico, destacando o processo de juvenização o qual é caracterizado pelo aumento de notificações de casos de AIDS entre adolescentes (BRASIL, 2015). No entanto, mesmo percebendo um movimento das organizações em saúde na tentativa de minimizar esta tendência de aumento, ainda a informação sobre os meios de prevenção seja pela mídia, ou outros meios tendem a vislumbrarem somente a utilização do preservativo, sem levar em consideração aspectos: individuais, sociais e programáticos (AYRES, 2012). Assim, justifica-se tal pesquisa, pois ao dar voz a estes adolescentes, poderão propor possibilidades de cuidado e apontar caminhos para um cuidado do outro e de si. Para isso, tem-se a seguinte questão de pesquisa: Como os adolescentes percebem a infecção pelo HIV no seu cotidiano? Portanto, este estudo teve como objetivo identificar a percepção dos adolescentes sobre a infecção pelo HIV. Esta é uma pesquisa qualitativa, aprovada pelo Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica da UFFS (PRO-ICT/UFFS). Edital número 281/UFFS/2015, pautada no Método Criativo Sensível. Os dados foram produzidos em uma escola de ensino fundamental do Oeste de Santa Catarina a partir de uma Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS) denominada “almanaque” (CABRAL, NEVES, 2015). Tal dinâmica consistiu na expressão da subjetividade a partir da introspecção que ocorre ao recortar e colar gravuras de diversas naturezas. É a partir deste processo, que os participantes revisitam suas memórias e buscam traduzir o seu cotidiano, construindo, a partir disso, o sentido de suas enunciações. Participaram da dinâmica nove adolescentes na faixa etária de 13 a 19 anos de idade. As questões geradoras de debate foram: como você vê o HIV na sua vida? Quais as dúvidas você tem sobre o HIV? O que

ISSN 2525-8273

você precisa saber sobre o HIV? Os dados foram áudios gravados em uma parelho do tipo MP3, após transcritos, e a fim de manter o sigilo dos dados referentes aos adolescentes, estes foram codificados pela letra "A" de adolescente, e por um número arábico, exemplo, (A1, A2, A3, respectivamente). Após, os dados foram analisados conforme a análise de Discurso Francesa (ORLANDI, 2009) a partir do referencial de vulnerabilidade (AYRES, 2012). A presente pesquisa teve sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó sob parecer número: 1.154.514. Os resultados evidenciaram a vulnerabilidade para infecção pelo HIV na saúde dos adolescentes. O quadro conceitual da vulnerabilidade procura particularizar as diferentes situações de suscetibilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletividades) frente à infecção pelo HIV e ao adoecimento por aids. Examina essa questão a partir de três planos analíticos interrelacionados: o individual, o social e o programático (AYRES, 2012). No plano analítico individual, os resultados dessa pesquisa mostraram que ainda existe um componente cultural de projeção de risco para o outro, onde este passa a ser portador de tudo aquilo que causa medo e rejeição, onde se desloca a possibilidade para o longínquo e não é reconhecido em si. O aumento da vulnerabilidade está associado a aspectos que são comuns a adolescência, como por exemplo: onipotência, sensação de invulnerabilidade, necessidade de explorar o novo, experimentar riscos, transgredir, entre outros (AYRES, 2012). Cabe então relacionar as questões de vulnerabilidade o sentimento de (in) vulneráveis a transmissão do vírus nas suas vidas. As questões da doença do outro. Para tanto, a percepção da vulnerabilidade, decorrente da vivência da sexualidade, dessa forma, não se deve falar em vulnerabilidade, mas vulnerabilidades, assim como existem adolescências e não adolescência, uma vez que cada sujeito está imerso em diferentes contextos (SALDANHA, et al, 2008). No plano analítico social, se destacaram os fatores: aspectos demográficos e acesso às informações. Apesar da maioria dos adolescentes considerarem suficientes as informações a respeito da aids sabe-se que os adolescentes e jovens não têm informações consistentes de saúde reprodutiva e sexual, em consequência da falta de orientação dos pais, educadores e profissionais da saúde. Dessa forma, a fonte de informações dos adolescentes, muitas vezes, vem de colegas e amigos, que também não tiveram acesso à educação sexual, dando origem, assim, a conceitos equivocados, carregados de mitos e tabus (CAMILO, et. al., 2009). A falta de conhecimento sobre a epidemia e a não-aceitação do diagnóstico são fatores importantes para a exposição ao HIV e para sua infecção. Dessa forma, um estudo realizado com mulheres sobre a percepção da vulnerabilidade feminina afirma que frequência ao Serviço de Saúde pelas mulheres não melhorou a percepção de sua vulnerabilidade ao vírus, ao contrário do que era esperado, pois se supõe que as pessoas que têm acesso aos serviços de saúde são dotadas de um mínimo de informações sobre as doenças, inclusive a aids. Esse resultado sugere o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com o tema DST/aids (CARNEIRO, et. al., 2009). Já no plano analítico programático foi contemplado no que se refere ao acesso ao teste anti-HIV e as políticas no que se refere à lacuna. A Coordenação do Programa Nacional de DST e Aids (CN-DST/AIDS/MS), desde 1985, vem estabelecendo diretrizes para o enfrentamento da epidemia no país. Dentre elas, desde 1998, implantou uma rede de Centros de Testagem e Aconselhamento, os chamados CTAs, os quais são serviços de saúde especializados no diagnóstico, orientação sobre transmissão e prevenção do HIV, sendo referências para o tratamento quando o resultado é reagente (BRASIL, 2013). No entanto, fatores estruturais e operacionais como dificuldade de acesso aos serviços, problemas de articulação com os demais recursos sociais, falta de capacitação, dificuldade para a

ISSN 2525-8273

realização do diagnóstico e do aconselhamento (VAL, et. al., 2013) e ausência de organização dos serviços públicos, tanto em nível primário quanto secundário e terciário, para receber, acolher e assistir os adolescentes e jovens, o que implica um aumento da vulnerabilidade em seu plano programático (AYRES, 2012). Nesse sentido, a abordagem com o adolescente, no serviço de saúde precisa levar em consideração a singularidade, potencialidades e fragilidades de cada um, que venha a possibilitar um cuidado multiprofissional sensibilizada as suas necessidades (RIBEIRO, et. al., 2013) para que o acesso ao teste anti-HIV seja singular e condizente com as necessidades de cada sujeito. Os adolescentes expuseram em seus cartazes que a aids ainda é uma doença do outro e distante do seu cotidiano. Diante disso, propõem-se espaços de discussão coletiva a fim de possibilitar sanar as dúvidas, medos e anseios de cada um. Reconhecendo que o enfoque apenas na prevenção pautado no biológico tem potencializado situações de (in)vulnerabilidade. Desta maneira, cabe aos profissionais, da saúde, em especial aos enfermeiros, realizarem ações conjuntas com demais áreas do conhecimento, como a educação, a fim de permitir um cuidado de si e do outro, por meio de informações e de um (re)conhecimento de suas potencialidades e fragilidades do adolescente, e com isso auxiliar na minimização da vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Palavras Chaves: Vulnerabilidade em Saúde. HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Referências:

AYRES, J. R. de C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface comum saúde educ.** v. 16, n. 40, 2012. p. 67-81.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. Programa Nacional DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. 2015. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/data/Pages > Acesso em: 09 de mar. 2016.

CAMILO, V. M. de B, et. al. Educação em saúde sobre DST/AIDS com adolescentes de uma escola pública, utilizando a tecnologia educacional como instrumento. **DST. J. Bras. Doen. Sex. Transm**. v.21, n.3, p. 124-128, 2009.

CARNEIRO, W. S., et. al. Percepção de vulnerabilidade feminina ao vírus da AIDS na Estratégia de Saúde da Família. DST - **J bras Doenças Sex Transm**, v. 21, n. 3, p. 101-106, 2009.

CABRAL, I. E.; NEVES, E. T. Pesquisar com o método criativo sensível na enfermagem: fundamentos teóricos e aplicabilidade. (In): LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde da teoria a prática. 1 ed. Porto Alegre: Moriá Editora, p. 325-350.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso**: Princípios e Procedimentos. 7a ed. Campinas: Pontes; 2009.

RIBEIRO, A. C. et al. Perfil clínico de adolescentes que têm AIDS. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 2, p. 256-262, 2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/17858/11651> . Acesso em: 02 jul 2016.

ISSN 2525-8273

SALDANHA, A. A. W., et. al. Comportamento sexual e vulnerabilidade à AIDS: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. **DST – Jornal Brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v. 20, nº., 1, p.36-44, 2008.

ISSN 2525-8273

Resumo 60

Título: Cuidados de enfermagem na sondagem gástrica e enteral em crianças: revisão integrativa da literatura

Autores:
Everton Teixeira Ferreira - Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA. E-mail: notreve1978@gmail.com.
Ana Paula Madalena da Silva - do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/ SC. Membro do Laboratório de Pesquisa, tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA. E-mail: anapaulamadalenadasilva@gmail.com.
Juliana Coelho Pina - Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA - UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: pina.juliana@ufsc.br.
Jane Cristina Anders - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Laboratório de Pesquisa, tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA - UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: jane.anders@ufsc.br.
Ana Izabel Jatobá de Souza - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA – UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: aijsenf@gmail.com.
Patrícia Kuerten Rocha - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice – líder do Laboratório de Pesquisa, tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: pkrochaucip@gmail.com.

Resumo: a sondagem gástrica/enteral, via oral ou via nasal, é um procedimento imprescindível no auxílio nutricional para fins especiais, em pacientes impossibilitados de ingerir nutrientes em quantidade suficiente para repor suas necessidades (HANNAH; JOHN, 2013). Dada a complexidade da execução desta técnica, a sondagem deve ser realizada por profissional capacitado e legalmente habilitado, como o enfermeiro (CERIBELLI; MALTA, 2006). Contudo, a responsabilidade pela manutenção da sonda é compartilhada por toda a equipe de enfermagem, a qual frequentemente apresenta déficit no conhecimento relativo aos cuidados à criança em uso de nutrição enteral (HERMANN; CRUZ, 2008). A técnica de introdução, manutenção e posicionamento da extremidade distal da sonda tem sido alvo de investigações. Contudo, na prática profissional observa-se uma diversidade de protocolos e de definição de pontos anatômicos utilizados como referência para determinar a extensão da sonda a ser introduzida (MALTA et al., 2013). A partir da problemática da falta de padronização das técnicas usadas para a instalação e cuidados de enfermagem das sondas para alimentação enteral, surgiu a necessidade de buscar na literatura quais são as evidencias científicas sobre a temática, a fim de formar um corpo de conhecimento para embasar a

prática profissional. Nesse sentido, o presente estudo objetiva identificar os cuidados de enfermagem durante o procedimento de sondagem gástrica e enteral e para a manutenção das sondas. Esta é uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (Medline), além da Biblioteca Cochrane, no período de julho a agosto de 2016. A revisão foi operacionalizada obedecendo-se as seguintes etapas: Identificação do tema e da questão norteadora, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, busca na literatura, categorização, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento (MENDES et al., 2008). Foi definida como questão norteadora: "Quais os cuidados de enfermagem para a passagem e manutenção de sonda enteral"? Utilizaram-se, para busca das publicações, os seguintes descritores e suas combinações: "Alimentação Enteral" ("*Enteral Nutrition*"), "Sondas de Alimentação Enteral" ("*Feeding Tube*") e "Intubação Gastrointestinal" ("*Gastrointestinal Intubation*"). Ademais, utilizaram-se os filtros: "Criança", "Lactente", "Pré-escolar". Os critérios de inclusão definidos para a busca foram: Produções com todos os níveis de evidência científica, nos idiomas português, espanhol e inglês, publicadas na íntegra, nos últimos cinco anos, que retratassem os cuidados de enfermagem para a passagem e manutenção de sondas enterais. Foram excluídos os estudos que abordavam os cuidados de enfermagem com gastrostomia e jejunostomia. A análise dos estudos deu-se pela síntese dos dados extraídos dos artigos de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão. A partir dos descritores e filtros utilizados, obtiveram-se 43 produções na BVS e 17 na Biblioteca Cochrane. Após aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 6 publicações (3 na BVS e 3 na Biblioteca Cochrane) para comporem a presente revisão integrativa. As buscas nas bases de dados nos mostraram poucos estudos publicados direcionados a nossa pergunta de pesquisa, sobre os cuidados de enfermagem para a passagem e manutenção de sonda enteral. Os resultados aqui apresentados referem-se à melhor evidência disponível entre as publicações identificadas, no que se refere aos aspectos elencados a seguir. A escolha do tamanho da sonda obedece aos critérios de idade e indicação: neonatos – alimentação (6Fr) e descompressão (8Fr); lactentes e crianças menores de 5 anos – alimentação (8Fr) e descompressão (8-10Fr); e crianças acima de 5 anos – alimentação (8-10Fr) e descompressão (10-14Fr) (NSW, 2016). Em relação aos pontos anatômicos utilizados para determinar a extensão das sondas nasogástricas (SNG), o método nariz – orelha – apêndice xifóide não é mais recomendado em crianças, pois a utilização dos pontos nariz – orelha – espaço médio entre o apêndice xifóide e o umbigo demonstrou-se mais fidedigno (IRVING et al., 2014; NSW, 2016). A combinação desta técnica com o uso de equações específicas, de acordo com a idade da criança, revelou-se como método superior para determinar a extensão da SNG a ser introduzida em crianças (IRVING et al., 2014). Especificamente no que concerne aos lactentes prematuros e de baixo-peso ao nascer, a evidência disponível não é suficiente para determinar se a escolha da via nasal ou oral para a sondagem enteral afeta a incidência de apneia, hipóxia e bradicardia (WATSON; MCGUIRE, 2013). Em termos de métodos para verificar o posicionamento das sondas, a ausculta de sons e o teste de borbulhas apresentam limitações e não devem ser utilizadas como técnicas à beira do leito (IRVING et al., 2014; NSW, 2016). A aspiração de secreções só deve ser utilizada como teste confirmatório se for associada ao uso de fita de medição de pH, a qual deve acusar valores maiores ou iguais a 4 (NSW, 2016). O uso da capnografia para distinguir a

ISSN 2525-8273

localização enteral da respiratória tem apresentado resultados promissores em adultos (IRVING et al., 2014). O uso de dispositivos eletromagnéticos para avaliação do posicionamento também apresenta limitações em crianças, devido ao reduzido calibre das sondas utilizadas nessa população (IRVING et al., 2014). Embora não haja evidências robustas acerca da necessidade de repetir os testes de posicionamento na ausência de sinais que indiquem o deslocamento da sonda, recomenda-se que seja realizada a confirmação da medida na qual a mesma foi fixada, ao menos uma vez ao dia e antes da administração de dietas, líquidos e medicamentos (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2011). A administração de metoclopramida como método para estimular o posicionamento pós-pilórico de sondas enterais carece de evidências científicas que a suportem, em virtude da diversidade de dosagem utilizada nos estudos que avaliaram sua eficácia, os quais também não avaliaram a incidência de eventos adversos do medicamento (SILVA et al., 2015). O enfermeiro deve estar atento às situações de risco para o deslocamento da sonda: Tenra idade, sondagem orogástrica e presença de vômito e distensão abdominal (HANNAH; JOHN, 2013). Este estudo identificou evidências atuais sobre os cuidados de enfermagem para a passagem e manutenção de sondas enterais em crianças e as lacunas ainda existentes na literatura. Fornece, portanto, subsídios para o cuidado de enfermagem pediátrica e futuras pesquisas na área, ao mesmo tempo em que suscita reflexões sobre a necessidade de atualização periódica das equipes de enfermagem, buscando incorporar o conhecimento científico e as novas tecnologias desenvolvidas para o cuidado da criança.

Palavras Chaves: Alimentação Enteral. Assistência de Enfermagem. Métodos.

Referências:

CERIBELLI, M. I. P. F; MALTA, M. A. Inserção da sonda nasogástrica: Análise dos pontos de referência. **Rev Bras Nutr Clin**, 21(1), 54-59, 2006.

HANNAH, E; JOHN, R.M. Everything the nurse practitioner should know about pediatric feeding tubes. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners** 567–577, 2013.

IRVING, S.Y; LYMAN, B; NORTHINGTON, L; BARTLETT J.A; KEMPER, C. Nasogastric Tube Placement and Verification in Children: Review of the Current Literature Critical. **Care Nurse and Nutrition**. Vol 34, No. 3, June, 2014.

MALTA, M.A. et al. Medidas antropométricas na introdução da sonda nasogástrica para nutrição enteral empregando a esofagogastroduodenoscopia. **ABCD Arq Bras Cir Dig;**(2):107-111, 2013.

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**, 17(4): 758-64. Florianópolis, 2008.

NSW. Infants and children insertion and confirmation of placement of nasogastric and orogastric tubes. **Ministry of Health**, 2016.

NHS, Natonal Patient Safety Agency. **Patient Safety Alert NPSA/2011/PSA002: Reducing the harm caused by misplaced nasogastric feeding tubes in adults, children and infants.** 2011.

ISSN 2525-8273

SILVA, CCRD; BENNETT, C; SACONATO, H; ATALLAH, ÁN. **Metoclopramide for post-pyloric placement of naso-enteral feeding tubes (Review).** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015.

WATSON, J; MCGUIRE, W. **Nasal versus oral route for placing feeding tubes in preterm or low birth weight infants (Review).** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013.

ISSN 2525-8273

Resumo 61

Título: Um giro pela história- da família medieval à família moderna

Autores:
Savanah Reguse - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: savanah_reguse@hotmail.com
Rebeca Coimbra - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: rebecascoimbra@hotmail.com.
Ana Maria Farias da Silva – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do NUPEQUISFAM/UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: ana.farias@ufsc.br.

Resumo: há décadas atrás a infância não era vista como na atualidade, a infância que vimos hoje é resultado de uma evolução que iniciou no século XV e se estendeu por anos. Com o passar do tempo ocorreram diversas mudanças na sociedade, na pedagogia e principalmente no modo de educar, na posição da criança dentro da família e na relação entre pais e filhos. As crianças inicialmente eram vistas como adultos em miniatura, os quais tinham o dever de estar em constante aprendizado através da prática, elas não eram o centro das atenções. Muito diferente do que se observa hoje em dia, onde as crianças são o seio familiar, a atenção principal dos pais, o foco da família. Com esse desenvolvimento familiar os adultos também mudaram, começaram a ter maior visão de família, de carinho com os filhos, da importância dos pequenos para o futuro, da fragilidade deles e da atenção que eles necessitam até seu completo desenvolvimento, aprenderam também a educar através dos sentimentos e da atenção. Assim, tem-se como objetivo discutir e refletir sobre as condições de vida, de saúde e de cuidado das crianças e famílias da idade medieval à moderna. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem referente à apresentação de um seminário sobre o "Contexto Histórico e Social da Atenção à Criança", o qual foi desenvolvido na sexta fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, durante a disciplina de "Processo de Viver Humano IV – Saúde da Mulher, do Neonato, da Criança e do Adolescente", que tinha como objetivo relatar o desenvolvimento da infância a partir da leitura e reflexão dos textos disponibilizados em sala de aula e compreender como se dava o cuidado à saúde, conhecer os hábitos e costumes das famílias da idade medieval à família moderna foi o foco do nosso trabalho. No século XV a criança com três ou quatro anos de idade era acompanhada pelos pais e tinha seus momentos de recreação, isoladamente ou brincando e jogando com outras crianças. Não havia um laço afetivo pela criança, os pais eram ensinados a não criar sentimentos fraternos. Quando a criança atingia os sete anos de idade, era retirada do seio familiar e passava a conviver definitivamente com os adultos. As crianças eram enviadas a outras famílias para que fossem criados por terceiros, lá eram chamados de aprendizes, os meninos acompanhavam os homens em todas as atividades e as meninas seguiam as mulheres, realizavam o trabalho doméstico e aprendiam com a prática a ser adulta e a ter boas maneiras. As meninas permaneciam com essas famílias até seus 13, 14 anos, pois logo se casavam. Já os meninos permaneciam até os 18 anos de idade. Poucas famílias recusavam receber as crianças de outras famílias, pois também enviavam seus filhos a outros lares. As famílias consideravam esse tempo um período de aprendizado, de boas maneiras e amadurecimento (AHMAD, 2009, ARIES, 1981). Haviam pouquíssimas escolas e as

que existiam eram destinadas a crianças de famílias mais nobres. Naquela época as escolas não tinham um fim educacional, o que existia eram as salas de estudo livres que atendiam até 200 alunos por classe, não havia um trabalho pedagógico diferenciado de acordo com cada faixa etária. A família era considerada como uma realidade moral e social, mais do que sentimental (AHMAD, 2009; ARIES, 1981). A partir do século XV a sociedade começa a cobrar o cuidado com a criança e a necessidade de se desenvolver afetividade fraterna pelos filhos. Aos poucos as crianças adquirem o direto de estarem mais próximas de seus pais e a relação pai-filho começa a se modificar. Quando ir à escola tornou-se um ato mais aberto, as famílias mudaram o modo de conviver, pelo fato de a educação passar a ser fornecida cada vez mais pelas escolas. Essa expansão da escolaridade se deu pela necessidade que os pais sentiam de ficar mais perto de seus filhos, vigiá-los e não os entregar para serem cuidados e educados por famílias desconhecidas (AHMAD, 2009; ARIES, 1981). Essa substituição da aprendizagem pela escola mostra uma iniciativa de aproximação familiar, e estreitamento dos laços de amor e sentimento de família, mas ainda era difícil, pois as crianças frequentavam escolas distantes e muitas vezes precisavam morar fora e vinham para casa apenas no período de férias. Nessa época o foco das escolas ainda estava na educação para a moral e bons costumes (AHMAD, 2009; ARIES, 1981). No início do século XVII houve uma expansão da rede escolar, elas estavam chegando cada vez mais perto das crianças, mas ainda não afetavam toda a população. As meninas em sua maioria eram ensinadas em casa, as escolas eram direcionadas aos meninos. Algumas ainda eram enviadas a conventos ou pequenas escolas para moças, as quais eram educadas principalmente para atividades domésticas, educação para o lar e para bons costumes (AHMAD, 2009; ARIES, 1981). A escolarização masculina era mais focada para as camadas mais ricas da sociedade, as viagens a outros países ainda tinham resquícios da antiga tradição, eles iam para casas de desconhecidos aprenderem novos costumes, novas línguas e aprender esportes de cavalaria (AHMAD, 2009; ARIES, 1981). No decorrer dos anos, foi-se modificando a abordagem das escolas, houve um avanço, ampliação e especialização das escolas, substituindo a educação prática por uma instrução mais especializada e teórica. As escolas ampliaram em número, conceito e autoridade moral. Outro costume muito comum era o de beneficiar o filho primogênito, que normalmente receberia todo o investimento possível para levar o nome da família à diante. Com o passar dos anos foi-se estabelecendo uma igualdade entre os membros familiares e investindo-se pouco, porém igualmente nos filhos (AHMAD, 2009; ARIES, 1981). Foi implantado na sociedade no século XVII o primeiro manual de civilidade, que não era somente direcionado as crianças, mas principalmente a elas. Aprendia-se através dele a ler e a escrever com o contato diário que se tinha com esses manuais, os quais eram impressos em páginas de diversas línguas para que as crianças também aprendessem novas línguas. Esses manuais eram a provação de que a escola ainda não tinha monopolizado todas as funções de transmissão do conhecimento (AHMAD, 2009; ARIES, 1981). Hoje se observa diferença da idade medieval à atualidade. Atualmente a saúde e a educação são uma das principais preocupações dos pais, que procuram proporcionar uma educação que permita desenvolver as potencialidades considerando as características do desenvolvimento infantil. Preocupações com a higiene fizeram com que as crianças tivessem maior chance de sobreviver, melhorias sobre cuidados com alimentação, imunização e tantos outros, foram avanços importantes. A criança passa a ter um papel central na família e sociedade, tornando o laço afetivo pais-filhos mais intenso. Através deste pequeno recorte histórico percebe-se que a criança e a infância foram sendo construídas e pensadas pelos homens de acordo com as necessidades sociais de cada momento

ISSN 2525-8273

histórico, ou seja, a infância é uma construção cultural da sociedade que está sujeita a alterações conforme ocorre a necessidade de transformações sociais. A criança e a infância se inserem e participam ativamente na construção de sua própria história e passam a ser enxergadas como categorias históricas e culturais ligadas ao contexto histórico-social.

Palavras Chaves: Infância. Família. Criança.

Referências:

AHMAD. L. A. S. **Um breve Histórico da Infância e da Instituição de Educação Infantil** P@rtes (São Paulo). V.00 p. eletrônica. Junho de 2009. Disponível em <www.partes.com.br/educacao/historicoinfancia.asp>. Acesso em 13. Agosto de 2016.

ARIES, P. Da Família Medieval à Família Moderna. In: ARIES, P. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro: Ltc- Livros Técnicos e Científicos Editora S.a, 1981. Cap. 2. p. 2-49.

ISSN 2525-8273

Resumo 62

Título: Humanização e educação em saúde com cuidadores, crianças e adolescentes no Hospital Universitário infantil

Autores:
Caroline Silva - Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí/SC, E-mail: Caroline.silva3006@gmail.com.
Chaiane dos Santos - Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí/SC, E-mail: chaiane_s@hotmail.com.
Fabíola Hermes Chesani - Doutora em Educação Científica e Tecnológica. Docente no curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí/SC, E-mail: fabiola.chesani@univali.br.
Márcia Aparecida Miranda de Oliveira – Mestre. Docente do Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: moliveira@univali.br.
Maria Eduarda Luz - Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: mariaeduardaluzz@gmail.com.
Murilo Lyra Pinto - Acadêmico do Curso de Nutrição da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: mu.lyra@gmail.com.

Resumo: as mais diversas formas de conhecimento são expressas nas ínfimas maneiras de ver o mundo e de construir novos caminhos, desta forma a proposta de educação e humanização busca despertar novos olhares aos participantes do projeto de extensão: Educação em saúde com os cuidadores, crianças e adolescentes no Hospital Universitário Pequeno Anjo (HUPA) e usuários do Ambulatório de Saúde Familiar e Comunitária. Olhares estes, direcionados para a promoção de saúde através da abordagem do conceito ampliado de saúde, visando à emancipação e reflexão dos envolvidos em relação a vida, compreendendo que as ações desenvolvidas na educação em saúde têm seus efeitos sobre a realidade a ser transformada com os indivíduos e não sobre eles (FREIRE, 2014). Através dessas abordagens, o Projeto propõe a realização de atividades de educação em saúde, alinhada a Diretriz II item 4 do relatório da XV Conferência Nacional de Saúde que visa o protagonismo social através da educação popular em saúde estimulando a conquista de territórios saudáveis (BRASIL, 2012). Além do acolhimento de forma humanizada através da proposta da roda de conversa o projeto de extensão visa dialogar sobre saúde promovendo a humanização em um Hospital Infantil com cuidadores, crianças e adolescentes internados e alunos. Trata-se de um relato de experiência, sendo que o projeto de extensão utiliza como método realizado a roda de conversa inspirada na Concepção Freireana de Educação. Os docentes e discentes que participam do projeto de extensão são da área da Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. Antes de iniciar as rodas de conversas os participantes do projeto realizam semanalmente oficinas de capacitação. Após as oficinas os alunos iniciam as atividades no Hospital. No Hospital é realizado um processo de sensibilização para o encontro, este é feito através de convites individuais distribuídos pelos acadêmicos do projeto para os cuidadores e pacientes que possuem liberação profissional para tal. As rodas de conversas acontecem na brinquedoteca do Hospital Universitário Pequeno Anjo, três vezes por semana com duração de 60 minutos. Os temas são trazidos à roda pelos (as) participantes e são mediados por alunos (as) dos cursos, sendo que, durante a roda são feitos convites à reflexão sobre as condições de vida e sua influência sobre a saúde, processo de saúde-doença e diversos temas. Neste espaço são utilizados recursos lúdicos e

ISSN 2525-8273

pedagógicos para maior compreensão além de dinâmicas de grupo para maior interação entre participantes, afim de promover a emancipação sobre o processo de saúde nos diversos espaços de vivência em que os participantes se encontram. Estes encontros tem a proposta de gerar a reflexão e diálogo. Os temas emergem do grupo, a partir de conhecimentos dos participantes, que incentivados trocam suas vivencias, conhecimentos e desenvolvem linhas de vínculo para a compreensão das situações vividas a fim de estimular a construção de respostas para o contexto que se encontram (ABADE, 2008). Semanalmente são realizadas reuniões entre docentes e discentes, integrantes do projeto, para planejamento, reavaliação das ações além da realização de oficinas de capacitação, para favorecer a assimilação de conhecimentos, habilidades, atitudes, comunicação, tomada de decisão, mediação e reflexão frente aos diversos cenários sociais que serão encontrados. Além disso, temas estruturais como Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social, Ver SUS, processo saúde-doença, doenças mais recorrentes nos indivíduos internados. As rodas de conversa com os cuidadores (as) tem se mostrado uma ferramenta eficaz, pois permite aos participantes a troca de vivencias, o apoio mútuo frente ao processo de hospitalização e a compreensão de processos de reabilitação e reflexão sobre os contextos sociais que vivem. Através dos relatos dos participantes pode-se avaliar a efetividade do Projeto pela participação das crianças adolescentes e seus cuidadores, na troca de experiências, no relato de esclarecimento de dúvidas, de sentir-se acolhida na troca de vivencias, no compartilhamento de saberes e experiências entre os participantes da roda de conversa. Outro indicador que evidencia os positivos resultados do projeto são os relatos dos acadêmicos e professores participantes, nos encontros semanais ao compartilharem as experiências vividas, mantendo o sigilo dos dados, contudo compartilhando pontos fortes e a serem melhorados, trazem os discursos dos participantes e os temas discorridos na roda. De uma forma orgânica as demandas procedentes dos encontros, estimulam os acadêmicos a buscarem maiores informações sobre os temas emergentes nas rodas, que tem se proposto a compreender as questões de vida com uma reflexão abrangente para a contribuição dos cenários de suas comunidades para que tenham interferência positiva na promoção de saúde, reconhecendo a diversidade e heterogeneidade da população atendida (BRASIL, 2007). Alguns dos temas abordados com os cuidadores no Hospital foram: saúde da mulher, controle social, processo de educação, doenças de inverno, feminismo, aspectos clínicos de doenças, alimentação saudável, a importância do brincar na infância, o processo de hospitalização, apendicite, doenças renais, fraturas na infância, relações de cuidado, entre os mais diversos assuntos. Os temas das capacitações dos acadêmicos participantes do projeto são levantados mediante demanda ou contextos encontrados e ministrados pelos próprios acadêmicos, promovendo a autonomia dos participantes. No ano de 2015 foram realizadas 75 rodas de conversa no Hospital Infantil que abrangeram 602 indivíduos, 29 reuniões de formação de acadêmicos e professores participantes. No ano de 2016 até o presente momento, foram realizados 11 reuniões de planejamento e formação, 20 encontros no hospital com abrangência de 160 participantes. A partir deste ponto, os envolvidos no processo são convidados à emancipação e mudança em seus contextos sociais. A troca de saberes na educação popular permite a reflexão sobre a saúde, seus contextos e sua determinação social. Contribuindo para um ambiente mais humanizado, acolhedor e emancipador da população atendida no Hospital Infantil.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Relações Comunidade-Instituição. Acolhimento.

ISSN 2525-8273

Referências:

ABADE, F. L.; AFONSO, M. L. M. **Para reinventar as rodas**. Belo Horizonte: Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (Recivam), 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS**: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 58ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

ISSN 2525-8273

Resumo 63:

Título: Processo de enfermagem no cuidado ao prematuro em uso de gavagem: um relato de experiência

Autores:
Marceli Hanauer – Acadêmica de Enfermagem do 8º período do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- Campus Chapecó/SC. E-mail: tilihanauer@hotmail.com.
Rita de Oliveira - Acadêmica de Enfermagem do 8º período do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- Campus Chapecó/SC. E-mail: ritacassiafo@hotmail.com.
Marlene Paz - Acadêmica de Enfermagem do 8º período do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- Campus Chapecó/SC. E-mail: paz_marlene@hotmail.com.
Dulcimar de Oliveira - Acadêmica de Enfermagem do 8º período do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- Campus Chapecó/SC. E-mail: dulcy_greg@yhaoo.com.br.
Crhis Netto de Brum – Enfermeira. Professora assistente do curso de graduação em enfermagem da UFFS/SC. Doutoranda em Enfermagem. E-mail: crhis.brum@uffs.edu.br.

Resumo: no contexto da família, a notícia de que um filho nasceu e permanecerá hospitalizado, desenvolve inúmeros sentimentos, dentre eles a angústia, medo, tristeza, estresse e insegurança, os quais se acentuam quando o recém-nascido necessita receber alimentação por meio de uma sonda gástrica/enteral por gavagem para adquirir peso. Os pais além de estarem passando por um momento difícil terão que se adequar ao funcionamento da instituição, devido a isto por vezes apresentam dificuldade em seguir as normas de funcionamento, respeitar a rotina da unidade, por vezes restrição de visitas de outros familiares, os horários de visitas (SCHMIDT, 2012). A fragilidade dos recém-nascidos prematuros requer uma atenção redobrada da equipe de enfermagem. Além disso, destaca-se a importância de aplicar o processo de enfermagem nos cuidados prestados à este ser frágil, a fim de possibilitar uma assistência adequada, auxiliando no desenvolvimento e crescimento, que garanta cuidados contínuos e de complexidade crescente em relação proporcional ao nível de risco do neonato, uma vez que a prematuridade é a principal causa de morbimortalidade. Dessa forma, para cada momento do cuidar, a contar do nascimento até a alta hospitalar, devem ser definidas e planejadas as atividades assistenciais utilizando o processo de enfermagem como norteador para contemplar todos os envolvidos neste contexto, mantendo um atendimento eficiente e ao mesmo tempo individual para cada família, priorizando assim também o cuidado e afeto para com seus pais, a fim de superar esse período crítico enquanto hospitalizados (BRITO, 2015). O prematuro demanda cuidados diferenciados e acompanhamento específico para suas necessidades, havendo uma preocupação especial com os diagnósticos de enfermagem dessa parte populacional durante a hospitalização, seja em unidade de terapia intensiva neonatal, com alta complexidade de cuidado e específico aos neonatos de alto risco com instabilidade clínica e/ou gravemente acometidos, ou em unidade de cuidado intermediária neonatal, a qual atende a esta demanda de neonatos de médio risco com estabilidade clínica, mas que necessitam de observação e de algumas tecnologias de cuidado de menor complexidade, dentre estes podemos citar cateterismos, punções, gavagem (DEL'ANGELO et al., 2010). Assim, este estudo objetivou relatar os

ISSN 2525-8273

cuidados ao recém-nascido prematuro hospitalizados em uso de gavagem utilizando como principal ferramenta o processo de enfermagem. Estudo tipo relato de experiência a partir do desenvolvimento de atividades teórico-práticas de recém-nascidos prematuros com alimentação por gavagem, internados em um hospital de uma cidade da região Oeste de Santa Catarina, o qual disponibiliza 31 leitos pediátricos e 18 leitos na ala cirúrgica. Essa atividade refere-se ao Componente curricular Processo no Cuidado de Viver Humano II do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/CS), o qual aborda o cuidado na saúde do recém-nascido; da criança, do adolescente e da mulher. As atividades foram realizadas em junho de 2016 com duração de nove dias no mês de junho do corrente ano com carga horária diária de cinco horas/aula. A unidade pediátrica é dividida em duas alas: uma que contempla os recém-nascidos e a outra criança maiores. As atividades são divididas em relação aos seus dias, a fim de contemplar a unidade como um todo. Alguns dos dias, os educandos atentam para o cuidado dos recém-nascidos, neste caso, prematuro. Realizaram-se cuidados com os recém-nascidos prematuros os quais necessitaram de vias alternativas para alimentação durante sua hospitalização, com a finalidade de ganhar peso. Acompanharam-se todos os cuidados prestados pela equipe de enfermagem nesta situação, assim evidenciou-se o quão responsável deve ser o profissional no manuseio e gavagem do leite materno e/ou fórmula láctea, para assim atingir os objetivos traçados pela enfermagem no plano de cuidados que irá prestar, não esquecendo do fortalecimento de vínculo do binômio mãe/filho. Diante disso, realizaram-se os cuidados de prematuros em gavagem subsidiado pelo o processo de enfermagem, do qual contemplou o planejamento dos cuidados que seriam prestados. Primeiramente, investigou-se a história clínica da família em especial da mãe para verificando história prévia evidenciando fatores de risco para um parto prematuro, logo realizado exame físico do bebê observando e verificando qualquer anormalidade, foram elencados diagnósticos de enfermagem com base na NANDA-I, como risco de infecção, risco para redução da integridade da pele, risco para déficit ou excesso de líquidos, risco de aspiração, nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais, a partir do diagnóstico foi realizado a prescrição de enfermagem para obter os objetivos traçados no planejamento. E, após a aplicação do cuidado realizou-se uma reavaliação, atentando para os resultados esperados e, caso estes resultados esperados não alcançados realizou-se um novo planejamento para atingir o objetivo. Assim, entendendo que o enfermeiro é o reflexo de sua equipe e exerce um papel importante de humanizar a assistência, o primeiro passo do processo de enfermagem é a obtenção de informações sobre o contexto social da família, sensibilizando e motivando tanto a equipe quanto a família a desenvolver o cuidado, esclarecendo as dúvidas, passando segurança, a fim de proporcionar habilidades de promover os cuidados adequados ao recém-nascido. Para tanto o diálogo entre os profissionais e a família deve ser de forma holística e de fácil compreensão (MERIGHI et al., 2011). Fatores de risco relacionados ao uso de procedimentos invasivos, como a sonda gástrica e a ventilação mecânica invasiva, além da severidade da doença de base podem aumentar tempo de hospitalização que é outro fator negativo. A avaliação contínua de todos os procedimentos invasivos, bem como a avaliação do estado clínico, são responsabilidades do enfermeiro da unidade e por isso a realização de um planejamento para o cuidado auxilia na minimização dos riscos destes recém-nascidos (DEL'ANGELO et al., 2010). O processo de enfermagem é um método que possibilita o enfermeiro desenvolver e aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, evidenciar sua prática profissional e proporcionar uma assistência sistematizada. Ele é uma ferramenta essencial do enfermeiro para a prestação de

ISSN 2525-8273

cuidados, pois as ações devem ser deliberadas, sistematizadas, ordenadas, individualizadas e eficazes, para assim minimizar possíveis erros na assistência prestada. Em relação aos cuidados, encontrou-se lacunas de informações sobre esse assunto na literatura científica, pois os conteúdos encontrados em artigos não descreviam como os cuidados deveriam ser realizados, enfatizando apenas a importância dos mesmos. Neste contexto foi evidenciado a importância da aplicação do processo de enfermagem no cuidado, para assim termos um cuidado padronizado, individualizado e, sobretudo humanizado, beneficiando todos os envolvidos de forma integral. Para tal, recomenda-se a utilização de estratégias que permitam a visualização dos processos cognitivos, como o raciocínio diagnóstico, desenvolvidos pelo enfermeiro e uso de modelos de raciocínios de suposições, usando essas possibilidades para diminuir as dificuldades enfrentadas em cada situação, especialmente, para os recém-nascidos prematuros, já que qualquer mudança poderá alterar seu estado de saúde, bem como o uso do diagnóstico na prática de enfermagem reflete em uma melhor assistência aos recém-nascidos e sua família.

Palavras-chave: Humanização. Planejamento. Padronização.

REFERÊNCIAS

BRITO, I. L. M.. **Assistência de Enfermagem ao Recém- Nascido pré- termo na Unidade Terapia Intensiva - Neonatal.** 2015. 66 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade do Mindelo Escola Superior de SaÚde, Mindelo, 2014. Disponível em: <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/4816/1/Isa%20Brito%202015.%20Assist%C3%AAncia%20de%20Enfermagem%20ao%20Rec%C3%A9m-Nascido%20pr%C3%A9-termo.pdf>. Acesso em: 08 agosto de 2016.

DEL'ANGELO, N. et al. **Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários.** Revista Brasileira de Enfermagem: 2010 set-out; 63(5): 755-61, Ribeirão Preto, v. 5, n. 63, p.755-761, out. 2010. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/2894>. Acesso em: 09 agos.2016.

MERIGHI, M. A. B et al. **Cuidar do recém-nascido na presença de seus pais:** vivência de enfermeiras em unidade de cuidado intensivo neonatal. Rev. Latino Americano de Enfermagem. Juiz de ForaMG, vol. 19, n. 6, p. 1- 7, nov- dez, 2011.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_17.pdf>. Acesso em 08 agos.2016.

SCHMIDT, K. T et al. **A primeira visita ao filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: p**ercepção dos pais. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, vol. 16, n.01, jan- mar, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=127721430010>. Acesso em: 08 agosto. 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 64:

Título: Sala de escuta no centro de saúde: espaço de interlocução com a escola e creche para o cuidado psicossocial de crianças e famílias

Autores:
Ana Carla Guimarães Veríssimo - Acadêmica da 8ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: anacarla.guimaraes@hotmail.com.
Ana Paula de Souza - Acadêmica da 8ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: ana.paula.desouza@hotmail.com.
Raiza Santos Treich - Acadêmica da 8ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: raizasantostreich@gmail.com.
Gisele Cristina Manfrini Fernandes - Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS), Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: gisele.manfrini@ufsc.br.
Karina Mendes - Enfermeira na Prefeitura Municipal de Florianópolis, Florianópolis/SC. E-mail: mendeska80@gmail.com.

Resumo: em 2007 foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), onde as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral (BRASIL, 2014). Com a finalidade de instituir esses objetivos, um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis/SC atua de forma intersetorial para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes atendidas pela escola e creche pública do bairro. Através das ações de avaliação da saúde de crianças no PSE surgem demandas psicossociais e a necessidade de interlocução entre escola e CS. Um grupo estratégico para discussão de casos funciona há três anos. Trata-se da sala de escuta que reúne mensalmente enfermeiras, agente comunitária de saúde, psicopedagoga da escola e coordenação da creche para análise e encaminhamentos do público alvo com queixas ou problemas relacionados ao desempenho escolar, conflitos familiares, saúde mental e/ou outras situações de saúde. Assim, o estudo objetivou o levantamento do perfil de acompanhamento de crianças no grupo de escuta quanto à idade e tempo de acompanhamento e a identificação de pontos da rede que participam do acompanhamento e cuidado à saúde destas crianças e famílias. Trata-se de um relato de experiência, onde houve o levantamento do número de crianças, faixa etária, tempo de acompanhamento e situação de saúde baseado no livro de registro do PSE, cadastros de prontuário eletrônico, e levantamento de pontos da rede do município de Florianópolis, nos quais as crianças e famílias são encaminhadas para acompanhamento. Para entender as possibilidades e a dinâmica dos encaminhamentos também foram realizadas participações em reunião do "Grupo de Escuta"; visita ao serviço de Reabilitação Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (RIA) oferecido pelo Estado através do Centro Catarinense de Reabilitação (CCR); participação de ação do Projeto Olhar Brasil por meio da implementação da triagem de acuidade visual; durante o período de vivências práticas e idas pontuais ao CS no período de 23/03/2016 a 21/06/2016. A manutenção das ações no PSE gerou a necessidade da unidade básica de saúde (UBS) atuar de forma intersetorial através da articulação com a escola, creche pública e outros serviços da Rede. Este espaço oportuniza que as

ISSN 2525-8273

situações de saúde e do contexto educacional e familiar sejam discutidas e acolhidas. Após análise de dados e visita em pontos da rede foi possível realizar um levantamento de locais para onde as crianças podem ser encaminhadas para avaliação especializada ou multiprofissional, para diagnóstico ou tratamento de transtornos. Tais situações são inicialmente abordadas no contexto escolar e, posteriormente acolhidas na UBS, a equipe de saúde da família e o núcleo de apoio (NASF) realizam os primeiros atendimentos. Consulta médica, consulta pediátrica, consulta de enfermagem, avaliação ou terapia psicológica, nutricional, atendimento de família e avaliação socioeconômica são algumas formas de acompanhar as situações de saúde levantadas na sala de escuta. A equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) realiza uma avaliação para diagnosticar o que está envolvido no caso, qual o dano causado à criança/adolescente e/ou família, e o que poderá estar desencadeando tal problema por trás de um contexto específico. Por trás de diagnósticos atuais tornam-se necessários traçar um histórico do paciente, da família, e de como isso se porta no ambiente escolar. Uma avaliação de antecedentes neonatais, histórico de comorbidades e/ou transtornos, medicação e vacinas são dados que precisam ser levantados para o acompanhamento, além de estatísticas como nutrição, desenvolvimento físico-motor, visão, audição, cognitivo, linguagem e aspectos psicológicos. O comportamento pode sinalizar possíveis diagnósticos e por esse motivo se observa presença de agressividade, hiperatividade, agitação, retraimento e /ou isolamento. O modo como as crianças se relacionam com as pessoas a sua volta devem ser descritas para futuros mapeamentos de relações. Em relação à família, o profissional precisa identificar como os membros visualizam o problema, a qualidade da relação e do cuidado e a relação de organização para desempenharem suas funções. O trabalho com a instituição educacional se faz por meio de como os profissionais compreendem a criança e quais os recursos disponíveis para melhor atendê-lo. Essas avaliações se fazem a fim de traçar um comprometimento importante da rotina de vida da criança/família/escola. Com a situação de saúde estabelecida pela equipe os encaminhamentos ocorrem de acordo com sua ordem, podendo ser de vulnerabilidade à violência ou social, deficiência intelectual (associada ou não a outra deficiência) ou transtornos globais do desenvolvimento, e problemas orgânicos ou de saúde mental com demanda de situação emergencial. De acordo com o mapeamento de redes e levantamento de dados, os locais de encaminhamento que a Secretaria Municipal de Saúde pode estar associando ao serviço é o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar, APAE, CAPSi, RIA, Núcleo Desenvolver – HU, Hospital Infantil Joana de Gusmão, SAMU, Policlínica e UBSs. Durante a análise de dados foi observado que a idade mais frequente de adolescentes é 13 anos com uma taxa de 10% de aparecimento na sala de escuta, em segundo lugar está crianças de oito anos com 8%, e em terceiro lugar crianças de nove anos com uma taxa de 7% de aparecimento nas reuniões. O maior índice de aparecimento na sala de escuta é de 40 vezes, com somente uma criança; 21 crianças tiveram seus nomes encaminhados para as reuniões duas vezes, e 11 crianças foram citadas três vezes. Não foi identificada nenhuma relação entre idade, frequência de aparecimento e diagnósticos. Ao instituir o PSE, o CS tem um papel fundamental para identificação de diagnósticos de saúde e situações de desenvolvimento físico-motor e/ou psicológica através da articulação com a escola e creche pública, dando espaço para que as situações de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes e jovens tenham voz através de reuniões estratégicas na "Sala de escuta" que podem vir a servir de exemplo para outros CS do município. Com a situação de saúde identificada e discutida através do matriciamento pela

ISSN 2525-8273

ESF, os encaminhamentos ocorrem de acordo com sua ordem de especificidade, ou seja, de forma singular a partir da avaliação da equipe. A atuação do enfermeiro na educação em saúde no âmbito escolar é desenvolvida como educador em saúde, com objetivo de preparar o indivíduo, desenvolver suas habilidades de autocuidado e assim, portanto sendo um facilitador nas tomadas de decisões (COSTA, 2013). Uma das atribuições profissionais do Enfermeiro inserido no PSE é realizar a atenção à saúde de indivíduos e suas famílias integralmente, estipuladas pelo Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estão inseridas nos diversos espaços comunitários, como a escola. A partir disso o profissional exerce a sua autonomia através do seu papel de ponto de referência entre a Escola/Creche e CS, permitindo-se conhecer os pontos de rede para onde as crianças e jovens podem ser encaminhadas, entendendo que esses pontos podem ser articulados independendo de nível hierárquico, podendo ser Estadual ou Municipal ou estar fora do Sistema Único de Saúde, proporcionando um trabalho em conjunto com o Sistema Único de Assistência Social e ou Organizações Não Governamentais existentes no território. A enfermagem deve se fazer mais presente na construção de Diagnósticos e Intervenções com os outros profissionais.

Palavras Chaves: Saúde na Escola. Atenção Básica. Enfermagem.

Referências:

BRASIL. **Programa Saúde na Escola** - Passo a Passo. Programa Saúde na Escola. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília/DF: Ministério da Saúde. 2014. Acesso em: 21 de junho. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_passo_adesaoPSE2014.pdf

COSTA, G. M. et. al. A importância do enfermeiro junto ao PSE nas ações de educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi – TO. **Revista Científica do ITPAC**. Araguaína. v.6, n2, Pub.6. Centro Universitário UNIRG. Gurupi – TO. 2013. Acesso em: 28 de junho. Disponível em: www.itpac.br/arquivos/Revista/62/6.pdf

ISSN 2525-8273

Resumo 65

Título: O cuidado familiar às crianças escolares atendidas em um centro de Atenção Psicossocial Infantil

Autores:
Merlange Baptiste – Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. E-mail: merlux.j@gmail.com.
Gisele Cristina Manrini Fernandes - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente no Departamento de Enfermagem DA Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisas em Enfermagem e Promoção da Saúde – LAPEPS. E-mail: gisele.manfrini@ufsc.br.
Lílian Maria Pagliuca - Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC.

Resumo: a família, em sua vez por ser identificada em diferentes épocas, como uma unidade que cuida de seus membros é considerada como um núcleo importante para promover a saúde dos seus membros. Na questão da promoção da Saúde da família a criança merece um cuidado especial. Nos últimos anos, houve um crescente interesse nos estudos na saúde mental global também justificada pela alta demanda infantil ao serviço de saúde mental na rede pública, inclusive no Brasil. No Brasil, dados do Ministério da Saúde demonstram que 10 a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais e 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo (BRASIL, 2014). Os transtornos mentais na infância e adolescência incluem transtornos globais do desenvolvimento, os quais comprometem a linguagem, as habilidades espaço-visuais e a coordenação motora. Os transtornos de comportamento e emocionais (externalizantes e internalizantes) e o uso abusivo de substâncias psicoativas. Os fatores de riscos para transtornos mentais podem ser agrupada da seguinte forma: fatores biológicos relacionados a anormalidades do sistema nervoso central; fatores genéticos relacionados à história familiar de depressão, esquizofrenia; fatores psicossociais e ambientais, relacionados a disfunções na vida familiar, discórdia conjugal, eventos de vida estressantes. Os fatores mais fortemente associados com a saúde mental da criança são o ambiente social e/ou psicológico, influenciando mais do que as características intrínsecas do indivíduo. Quando tais fatores estão presentes aumentam as vulnerabilidades, potencializam a probabilidade da criança ao desenvolvimento negativo de transtornos mentais. É numerosa a quantidade de crianças na idade escolar que vem sendo encaminhadas da escola para atendimento psicológico em serviços de saúde públicos de referência. As queixas dos professores em relação à falta de concentração dos alunos, desinteresse, violência, indisciplina e problemas de aprendizagem. Outros problemas observados são as queixas dos pais em relação ao comportamento dessas crianças, colocando a culpa nelas, enquanto a criança está vivenciando eventos de vida estressantes no meio do ambiente familiar que são considerados como fatores mais fortemente associados com a saúde mental da criança. O cuidado familiar visa o bem-estar dos membros da família, um processo construído pelas famílias ao longo da sua trajetória, através da convivência, nas reflexões e interpretações que surgem no processo de interação entre os entes. Objetivo: Conhecer as ações de cuidado das famílias de crianças escolares atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial infantil para a promoção da saúde em suas rotinas diárias. Identificar as potencialidades e as fragilidades das famílias para o cuidado dos filhos escolares atendidos no Centro de Atenção Psicossocial

ISSN 2525-8273

infantil, através da oficina de apoio a cuidadores. Esta é uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa realizada no período de março a julho de 2016. Participaram oito (8) pais e cuidadores de uma oficina de apoio a cuidadores de um centro de atenção psicossocial infantil. A coleta de dados foi realizada: no primeiro tempo através de observações durante as oficinas de apoio a famílias e cuidadores de criança na idade escolar atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infantil; no segundo tempo através de entrevista semiestruturadas sendo 4 pais e 1 cuidador deram entrevistas. A análise dos dados foi realizado segundo o método de analise de conteúdo de Bardin. Foi usado o método de análise de conteúdo de Bardin para análise de conteúdo à luz do referencial teórico das Rotinas Familiares. Foi utilizada a árvore genealógica para representar as famílias seus antepassados e seus relacionamentos interfamiliares. Estudo aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal Santa Catarina (parecer de aprovação número: 1.538.931). Observou-se que as atividades terapêuticas e o compartilhado em grupo desenvolvidas com os familiares propiciam alívio, sentimento de aceitação, além de possibilitar novas estratégias para lidar com os problemas encontrados pelas famílias. Abrem portas para novas descobertas acerca de ações de cuidado adaptáveis a rotinas familiares que promovem a saúde da família e levam os cuidadores e familiares a pensarem em novas estratégias de cuidado no seu cotidiano. Observou-se que as rotinas dessas famílias não são rotinas pré-elaboradas pelas mesmas, é de fato condicional aos seus trabalhos, escola das crianças e outras necessidades da família, são poucas as atividades pré-elaboradas para promover a saúde. Segundo os relatos das famílias as atividades de lazer frequentemente são desenvolvidas como um meio para acalmar as crianças nos momentos difíceis e/ou de crises e no caso dos pais para se livrar da angustia diante das dificuldades encontradas para cuidar dessas crianças. As rotinas diárias ajudam a reconhecer as necessidades de cuidado à saúde, específicos às crianças, assim como, a manutenção ou a modificação de rotinas de cuidado. As estratégias de cuidado que são desenvolvidas no quotidiano dos familiares são organizadoras da vida familiar e promovem estabilidade e segurança no desenvolvimento psicossocial da criança.

Palavras-chave: Saúde Mental. Cuidado familiar. Crianças.

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p. disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf. Acesso em 18 dez. 2015.

ISSN 2525-8273

Resumo 66:

Título: O lúdico no cuidado à criança hospitalizada: uma revisão integrativa da literatura

Autores:
Alessandra Rieth - Acadêmica de Enfermagem da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó UFFS/SC. E-mail: alessandrarieth@hotmail.com.
Maria Elisabete Calado Ramalho dos Santos - Acadêmica de Enfermagem da 10ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó UFFS/SC. E-mail: mariaelisa_ramalho@hotmail.com.
Crhis Netto de Brum - Enfermeira. Professora Mestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó - UFFS/SC. E-mail: crhis.brum@uffs.edu.br.
Samuel Spiegelberg Zuge - Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Colaborador do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catariana, Campus Chapecó - UDESC/SC. E-mail: samuel.zuge@unosec.edu.br.

Resumo: a hospitalização infantil é um processo delicado e, muitas vezes traumático para as crianças. Além disso, o processo de hospitalização acarreta intervenções traumáticas e procedimentos, por vezes, invasivos e dolorosos, junto a isso as relações que são estabelecidas no ambiente hospitalar influenciam diretamente no tratamento e na qualidade de vida da criança e de seus familiares, principalmente, quando se vivencia uma condição crônica de saúde, pois é um dos fatores que aumentam o contato da criança com o hospital (LOPES, et al. 2015). Diante disso, o cuidado de enfermagem precisa abranger não só as necessidades das crianças, mas também dos familiares, utilizando-se de técnicas que possam criar e estabelecer vínculo, com o intuito de melhorar o quadro de hospitalização. Para isso, o enfermeiro pode apropriar-se de técnicas lúdicas para reconhecer e atender as necessidades fisiológicas e psicológicas das crianças (JANSEN et al.,2010). Justifica-se tal estudo, pois poderá auxiliar os profissionais da saúde, a utilizarem o lúdico como um recurso de cuidado a fim de minimizar o estresse causado pela hospitalização. Objetivo: Identificar na literatura científica como o lúdico tem sido abordado no cuidado à criança hospitalizada. Foi realizada uma pesquisa integrativa seguindo como base o método de pesquisa de Galvão (2008). A revisão integrativa constitui-se nos seguintes passos: identificação do tema da pesquisa; seleção da questão de pesquisa, 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 e interpretação e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado. Para isso, a questão de pesquisa foi: Como o lúdico é utilizado, segundo a literatura científica, no cuidado à criança hospitalizada? Os critérios de inclusão foram: artigos online e gratuitos que abordassem o tema: utilização de brinquedos e atividades lúdicas para o cuidado; em português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão contemplaram: manuais ministeriais, livros, teses, revisões, relatos de casos; dissertações e programas. As bases de dados utilizadas foram: a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), SCOPUS e Public/Publisher MEDLINE (PUBMED); em ambos os descritores foram: ("saude da crianca") or "CRIANCA" [Palavras] and (("jogos e brinquedos") or "ludoterapia") or "LUDICO" [Palavras]

ISSN 2525-8273

and "crianca hospitalizada". Após a leitura dos títulos e resumos e refinados por meio dos critérios de exclusão e inclusão permaneceram 59 estudos. Para análise na íntegra, permaneceram 20 artigos. Os textos completos foram capturados a partir de suas bases de dados e quando não encontrados, realizou-se uma busca no portal de periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES). Quanto ao ano de publicação: os 1998; 1999; 2001; 2003; 2005; 2008; 2009 e 2012 obtiveram uma produção cada um. O ano de 2007; 2011 e 2014 foram quatro artigos. Referente ao país: O Brasil foi o que mais apresentou publicação, com nove estudos; Os Estados Unidos da América com oito; Inglaterra; Irlanda e China, cada um com um, respectivamente. Quanto à procedência dos estudos analisados, ou seja, o local onde a pesquisa foi desenvolvida: Salamanca; Suécia; Hong Kong; Israel e Sigapura obtiveram um estudo cada um. A China apresentou cinco; Rio de Janeiro; São Paulo; Ribeirão Preto obtiveram um quantitativo de oito estudos. Sem procedência apontada, foram dois. Quanto aos temas, pôde-se observar que seis artigos apontam o uso do lúdico no período Pré e/ou Pós-operatório e que há uma diminuição de ansiedade e alguns a diminuição da percepção da dor (HAIAT; BAR-MOR; SHOCHAT, 2003; LI; LOPEZ; LEE, 2007a; LI; LOPEZ; LEE, 2007b; LI; LOPEZ, 2008; PALADINO; CARVALHO; ALMEIDA, 2014; ULLÁN et al., 2014). Em dois artigos apontam que se utilizar de ferramentas do brincar aliado ao BT (Brinquedo terapêutico) com a criança, diminui, também, a ansiedade dos pais e cuidadores (HE et al., 2013; LI et al, 2007). Já em três artigos apontam o uso da ludicidade por meio de brincadeiras, pinturas, entre outros, como forma de amenizar o estresse hospitalar (FURTADO; LIMA, 1999; MITRE; GOMES, 2007; WIKSTRÖM, 2005). Em dois artigos mostram o uso de atividades computadorizadas como forma alívio a sentimentos negativos em crianças com câncer (LI; CHUNG; HO, 2011; LI et al., 2011). Dois artigos avaliaram e apontaram o uso e o benefício do BT no atendimento a criança hospitalizada em procedimentos de enfermagem, como no momento de fazer o curativo e na punção venosa (KICHE; ALMEIDA, 2009; MARTINS et al., 2001). Quatro artigos demonstraram as dificuldades, dos acadêmicos sobre o lúdico, mostram que ainda é preciso realizar capacitação para a sua implementação no cuidado (DEPIANTE et al, 2014; FRANCISCHINELLI; ALMEIDA; FERNANDES, 2012; MAIA; RIBEIRO; BORBA, 2011; RIBEIRO, 1998). Nesse contexto, o profissional enfermeiro, tem a possibilidade de realizar uma abordagem que facilite o estabelecimento da confiança para com a criança e seus familiares, e, o lúdico poderá auxiliar no fortalecimento do vínculo e da comunicação. Compreende-se que por meio do lúdico, o enfermeiro, poderá contar com uma ferramenta a mais em seu cuidado, pois, a criança poderá ficar mais aberta para o seu cuidado ao demonstrar suas necessidades, suas fragilidades e sentimentos (NICOLA et al., 2014). Diante disso, encontra-se, também, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) número 295 de 2004, a qual dispõe que é uma das atribuições do enfermeiro o uso do Brinquedo Terapêutico na assistência à criança hospitalizada, pois o ajuda a compreender as necessidades da criança, a prepará-la para os procedimentos e a aliviar a tensão antes, durante e após as intervenções (MAIA; RIBEIRO; BORBA, 2011). Com este estudo, pode-se apreender que o uso do lúdico no ambiente hospitalar auxilia no cuidado a saúde da criança. Dessa maneira, o enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar, tem a prerrogativa de incluir, dentre suas atribuições no cuidado à criança hospitalizada, um cuidado que permeie ações que envolvam a criança e a sua família por meio da ludicidade. Além disso, destaca-se a relevância de abordar o cuidado lúdico desde a graduação, pois assim, essa construção pode ser evidenciada ao longo da formação acadêmica bem como manter momentos de sensibilização entre os profissionais enfermeiros que cuidam das crianças.

Palavras Chaves: Saúde da criança. Ludoterapia. Enfermagem.

Referências:

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista; uma abordagem fenomenológica.** Rio de Janeiro: Agir, 1987.

DEPIANTI, J. R. B. et al. Nursing perceptions of the benefits of ludicity on care practices for children with cancer: a descriptive study. **Online braz j nurs**, v. 13, n. 2, 2014. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-42852014000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 abr. 2016.

FURTADO, M. C. C.; LIMA, R. A. G. Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp,** v. 33, n. 4, p.364-369, 1999. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/471.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2016.

FRANCISCHINELLI, A. G. B.; ALMEIDA, F. A.; FERNANDES, D. M. S. O. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.,** v. 25, n. 1, p.18-23, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100004&lng=en.>. Acesso em: 29 set. 2015.

HAIAT, H.; BAR-MOR, G.; SHOCHAT, M. The world of the child: A world of play even in the hospital. **Journal Of Pediatric Nursing,** v. 18, n. 3, p.209-214, 2003. Disponível em: <http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(03)00027-7/abstract>. Acesso em: 29 set. 2015.

HE, H. G. et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of a therapeutic play intervention on outcomes of children undergoing inpatient elective surgery: study protocol. **J Adv Nurs,** v. 70, n. 2, p.431-442, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23991679>. Acesso em: 29 set. 2015.

JANSEN, M. F.; SANTOS, R. M.; FAVERO, L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 2, p.247-253, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/07.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

LI, W. H. C. et al. Effectiveness and feasibility of using the computerized interactive virtual space in reducing depressive symptoms of Hong Kong Chinese children hospitalized with cancer. **Journal For Specialists In Pediatric Nursing**, v. 16, n. 3, p.190-198, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/51247597_Effectiveness_and_feasibility_of_using_the_computerized_interactive_virtual_space_in_reducing_depressive_symptoms_of_Hong_Kong_Chinese_children_hospitalized_with_cancer>. Acesso em: 29 set. 2015.

LI, H. C. W.; LOPEZ, V. Effectiveness and Appropriateness of Therapeutic Play Intervention in Preparing Children for Surgery: A Randomized Controlled Trial Study. **Journal For Specialists In Pediatric Nursing**, v. 13, n. 2, p.63-73, 2008.

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18366374>. Acesso em: 09 mar. 2016.

LI, H. C. W. Evaluating the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of using the children's emotional manifestation scale. **J Clin Nurs**, v. 16, n. 10, p.1919-1926, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/6228383_Evaluating_the_effectiveness_of_preoperative_interventions_the_appropriateness_of_using_the_Children's_Emotional_Manifestation_Scale>. Acesso em: 29 set. 2015.

LI, H. C. W.; LOPEZ, V.; LEE, T. L. I. Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. **Res. Nurs. Health,** v. 30, n. 3, p.320-332, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/6317275_Effect_of_preoperative_therapeutic_play_on_outcomes_of_school-Age_children_undergoing_day_surgery>. Acesso em: 29 set. 2015.

LI, H. C. W.; LOPEZ, V.; LEE, T. L. I. Psychoeducational preparation of children for surgery: The importance of parental involvement. **Patient Education And Counseling,** v. 65, n. 1, p.34-41, 2007. Disponível em: <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399106001297>. Acesso em: 29 set. 2015.

LOPES, A. C.; FREITAS, H. M. B.; BRUM, C. N. de; RIBEIRO, C. A.; FERREIRA, C. L. L. **O brinquedo como instrumento de cuidado de enfermagem à criança hospitalizada: revisão integrativa**. Trabalho Final de Graduação: contribuições para o cuidado de enfermagem. 1ª. ed. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2015, v., p. 215-230.

KICHE, M. T.; ALMEIDA, F. de A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta Paul. Enferm.,** v. 22, n. 2, p.125-130, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a02v22n2.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2015.

MAIA, E. B. S.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H. de. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp,** v. 45, n. 4, p.839-846, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400007>. Acesso em: 02 out. 2015.

MARTINS, M. R. et al. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p.76-85, 2001. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1555>. Acesso em: 09 out. 2015.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. **Ciênc. Saúde Coletiva,** v. 12, n. 5, p.1277-1284, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500025&lng=pt.>. Acesso em: 29 jun. 2015.

NICOLA, G. et al. Ludic care for hospitalized children: perspective of family caregivers and nursing staff. **R.pesq.: cuid.fundam.Online,** v. 6, n. 2, p.703-715, 1. 2014.

PALADINO, C. M.; CARVALHO, R.; ALMEIDA, F. de A. Therapeutic play in preparing for surgery: behavior of preschool children during the perioperative period. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 48, n. 3, p.423-429, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300423>. Acesso em: 02 nov. 2015.

RIBEIRO, C. A. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp,** v. 32, n. 1, p.73-79, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341998000100011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 nov. 2015.

ULLÁN, A. M. et al. The Effect of a Program to Promote Play to Reduce Children's Post-Surgical Pain: With Plush Toys, It Hurts Less. **Pain Management Nursing**, v. 15, n. 1, p. 273-282, 2014. Disponível em: <linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904212001725>. Acesso em: 29 set. 2015.

ULLÁN, A. M. et al. The Effect of a Program to Promote Play to Reduce Children's Post-Surgical Pain: With Plush Toys, It Hurts Less. **Pain Management Nursing**, v. 15, n. 1, p. 273-282, 2014. Disponível em: <linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904212001725>. Acesso em: 29 set. 2015.

WIKSTRÖM, B. Communicating via expressive arts: the natural medium of self-expression for hospitalized children. **Pediatric Nursing,** v. 6, n. 5, p.480-405, 2005. Disponível em: <search.proquest.com/openview/18428ee24030d95b6c0fdbe43156235e/1?pq-origsite=gscholar>. Acesso em: 29 set. 2015.

ISSN 2525-8273

Resumo 67:

Título: Vivência do cuidador familiar acerca da revelação do diagnóstico da criança com doença oncológica

Autores:
Alessandra Rieth – Acadêmica de Enfermagem da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó - UFFS/SC. E-mail: alessandrarieth@hotmail.com.
Luana Patrícia Valandro – Enfermeira. Residente do Programa de Especialização em Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer, Universidade de Passo Fundo - UPF/RS. E-mail: valandro_luana@hotmail.com
Crhis Netto de Brum - Enfermeira. Professora Mestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó -UFFS/SC. E-mail: crhis.brum@uffs.edu.br.
Tassiana Potrich - Enfermeira. Professora Mestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó - UFFS/SC. E-mail: tassiana.potrich@uffs.edu.br
Samuel Spiegelberg Zuge - Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Colaborador do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catariana, Campus Chapecó - UDESC/SC. E-mail: samuel.zuge@unosec.edu.br.

Resumo: a doença oncológica infantil representa 3% de todos os tumores na maioria das populações. Trata-se de um grupo de doenças, caracterizadas pelo aparecimento de células modificadas, com tendência de multiplicação rápida, desordenada e agressiva (REIS, 2014). As taxas de doença oncológica infantil, apesar de menos frequente, tem apresentado aumento de 1% ao ano. Segundo estimativas levantadas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) esperava-se um aumento de 11.840 novos casos em crianças e adolescentes até 19 anos de idade no ano de 2014. As regiões sudeste e nordeste mantêm uma previsão de 5.600 e 2.790 casos respectivamente, seguidos da região sul com 1.350, da região centro-oeste com 1.280 e da região norte com 820 novos casos (INCA, 2011). No âmbito internacional, os tumores infantis mais comuns são a leucemia, os linfomas e tumores do Sistema Nervoso Central. No Brasil, segundo registro de base populacional, tem-se o predomínio de leucemia, podendo chegar a 45% de todos os tumores pediátricos. Logo em seguida, os linfomas apresentam taxa de acometimento de 25% dos casos. E em terceiro lugar, os tumores do Sistema Nervoso Central englobam de 8 a 15% dos acometimentos (INCA, 2011). Em vista de tais índices, compreende-se que a doença oncológica pode representar um momento difícil para os familiares que possuam crianças com esta problemática de saúde, sendo a revelação do diagnóstico um marco. O cuidar em saúde desses familiares é algo relevante, em especial do cuidador familiar que está em constante contato com a criança. Embora prevaleça o destaque das questões biomédicas, se constata a presença de desafios na esfera psicossocial e existencial, tais como o medo, a insegurança diante dos desafios; a adesão ao tratamento e a revelação do diagnóstico (BRUM, 2013). Assim, a pergunta de pesquisa foi: como é/foi para o cuidador familiar vivenciar a revelação do diagnóstico da criança com doença oncológica? Objetivo: Compreender a vivência do cuidador familiar acerca da revelação do diagnóstico da criança com doença oncológica. Esta é uma investigação qualitativa, com abordagem fenomenológica. A pesquisa foi desenvolvida no Município de Chapecó/SC entre os meses de setembro e outubro

ISSN 2525-8273

de 2015, com seis cuidadoras familiares, que tinham vivenciado a revelação do diagnóstico de uma doença oncológica da criança e que residiam no referente município. A etapa de campo foi dividida em aproximação e ambientação com o cenário e produção dos dados que ocorreu por meio da entrevista fenomenológica. As entrevistas foram nas residências das cuidadoras familiares, individuais, audiogravadas e norteadas pela questão: Como foi para você a revelação do diagnóstico de doença oncológica da criança? O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó sob o número 1.179.909 e CAAE 46412515.5.0000.5564. Para análise dos dados foi utilizado o método de Martin Heidegger nos dois momentos metódicos: compreensão vaga e mediana e a hermenêutica compreensiva (HEIDEGGER, 2009). A partir das entrevistas da cuidadora familiar de criança que (con)vive com uma doença oncológica foi possível construir a historiografia. A historiografia sustenta-se na dimensão ôntica dos sujeitos, ou seja, naquilo que os fatos nos mostram, por meio do relato dos próprios sujeitos. Assim, constituiu-se de mães houve apenas uma avó, mas que considerava-se mãe por ter cuidado da criança desde seus primeiros dias de vida. A idade variou entre 22 e 42 anos. Em sua maioria, todas concluíram seus estudos, sendo duas com ensino médio completo e quatro com ensino fundamental completo. Apenas uma cuidadora trabalhava. Já em relação à religião, apenas uma não possuía. As demais cuidadoras eram católicas, adventistas, evangélicas e apostólicas. As crianças foram identificadas com nomes de pássaros, já que em três domicílios visitados, estes, eram os animais de estimação. Foi possível perceber um forte apego das crianças a estes animais, justificando esta forma de caracterização, que foi escolhida pelas pesquisadoras. Os nomes foram: Calopsita, Canário, Pintassilgo, Sabiá, Pombo e Gralha. A historiografia das crianças constituiu-se de cinco meninos e uma menina. A idade variou entre 3 a 13 anos de idade. Em relação à idade da criança quando o diagnóstico foi descoberto houve uma variação entre 1 ano e 10 meses a 11 anos de idade. Duas crianças não frequentavam a escola ainda, devido à idade ou a doença oncológica. No primeiro momento foram desvelados os significados e construídas três unidades de significação, sendo elas: US1: Descobriu que era câncer/tumor a partir de sinais e sintomas que a criança apresentava e de exames. Quando comentavam com outras pessoas o que estava havendo, elas diziam que era normal, apenas uma manhã de criança. A partir da revelação, que dizem ser a pior notícia que tiveram, não dava para esperar e começaram a procurar por médicos especialistas e exames para que a criança ficasse bem. Foi encaminhado com urgência para o serviço de referência, US2: Não acreditava que fosse câncer/tumor, depois que caiu a ficha. Ficou chocada, desesperada, foi pavoroso saber, teve raiva. As cuidadoras familiares expuseram o medo do que podia acontecer e que o médico estava errado quanto ao diagnóstico. O medo naquele momento era maior que a fé. Pensava que fosse perder o filho e US3: Largou tudo para cuidar do filho por se sentir mãe. Ficou ao lado dele desde o início até o final. Sentiu tudo que o filho passou, aprenderam a ter força juntos e a ajudar outras pessoas. Após a compreensão dos significados foi desenvolvida o segundo momento metódico, a Hermenêutica compreensiva. Nela foi possível perceber que o ser-cuidadora-familiar mostra-se no modo de ser da falação, da ambiguidade e da curiosidade. Como uma característica inevitável de estabelecer relação com os outros, o ser-cuidadora-familiar cai em decadência, transitando entre a falação, ambiguidade e curiosidade. Além disso, o ser cuidadora-familiar desvela sentidos referentes ao temor. Desta forma, sente-se apavorada ao ouvir falar em doença oncológica, horrorizada ao iniciar o tratamento e aterrorizada ao imaginar que poderia perder o filho. O ser-cuidadora-familiar mostra-se também no

ISSN 2525-8273

movimento da inautencidade para a autencidade, de modo que torna-se mais autentica ao relacionar-se com os outros, e as que comentavam com outros sobre o que estava acontecendo, os outros diziam que era normal. As mudanças com o descobrimento da doença trazem consigo diversas duvidas e receios, resultando em insegurança e medo por parte do ser-cuidadora-familiar. A partir da compreensão dos significados e dos sentidos apresentados pela cuidadora familiar foi possível perceber a relevância da criação de espaços de interlocução coletiva, específicos para os cuidadores familiares nos serviços de saúde, além de locais apropriados para estabelecer o processo da revelação do diagnóstico e esclarecimento do processo que será enfrentado.

Palavras Chaves: Saúde da criança. Revelação da verdade. Neoplasia.

Referências:
BRUM, C. N. de. **Ser-adolescente-que-vivenciou-arevelação-do-diagnóstico-desoropositividade-ao-HIV/AIDS**: contribuições para o cuidado em enfermagem e saúde. 2013. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante Shuback. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 598p, 2009.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente**. 2ª. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

REIS, T. L. da R. dos et al. Relações estabelecidas pelos profissionais da enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada. **Aquichan**, v. 14, n. 4, p.496-508, 2014.

ISSN 2525-8273

Resumo 68:

Título: Relato de experiência sobre o cuidado às crianças hospitalizadas que apresentaram problemas respiratórios

Autores:
Bruna Ticyane Muller Narzetti - Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: brunamuller_narzetti@hotmail.com.
Michelly Carla Santin - Acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: michysantin@hotmail.com.
Crhis Netto de Brum - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: crhis.brum@uffs.edu.br.

Resumo: as razões mais frequentes de adoecimento de crianças menores de cinco anos e de demanda aos serviços de saúde são as afecções do aparelho respiratório, em destaque as infecções respiratórias agudas (IRA's) (CAETANO et al., 2002). Conforme Botelho et al. (2003) as IRAs são problemas respiratórios que acometem crianças principalmente nos primeiros cinco anos de vida pela suscetibilidade e imaturidade do trato respiratório nessa faixa etária, sendo causas de grande impacto sobre as taxas de hospitalização infantil. Dentre os vários fatores desencadeantes das IRAS, os autores destacam os fatores ambientais, como a poluição do ar respirado e as variáveis climáticas, como determinantes para o aumento dos casos e da gravidade da IRA em menores de cinco anos de idade. Mudanças climáticas bruscas pioram a qualidade do ar respirado, sobretudo quando a massa de ar frio dificulta a corrente de ventos e faz precipitar o material particulado da atmosfera nas grandes cidades. Com isso, há aumento significativo para os casos de pneumonia, asma e bronquiolite. As infecções respiratórias infantis incluem em sua manifestação tosse, febre, dispnéia, dor de garganta, dor de ouvido, anorexia, coriza nasal, tiragem sub e intercostal, e cianose. Por apresentarem várias formas clínicas, dificultam a criação de estratégias para o controle dessas infecções (SALOMÃO JUNIOR et al., 2011). Justifica-se este estudo, uma vez que cabe ao profissional enfermeiro organizar um planejamento de cuidados para a criança e sua família que vivenciam uma hospitalização por alguma infecção respiratória. O objetivo desse trabalho é relatar a experiência de acadêmicas do curso de graduação em enfermagem no cuidado às crianças hospitalizadas que apresentaram problemas respiratórios. Este relato é oriundo de atividades teórico práticas do componente curricular O Cuidado no Processo de Viver Humano II da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/SC). O presente componente objetiva promover o conhecimento das ações e estratégia do enfermeiro no contexto das políticas de saúde da criança, adolescente, mulher e família, desenvolvendo e sistematizando a assistência de enfermagem por meio das atividades teórico-práticas embasada no conhecimento científico e vivências nos processos do viver humano desenvolvido pelas acadêmicas da 7ª fase de enfermagem. Foi realizado numa unidade pediátrica de um Hospital da Criança localizado no interior do oeste de Santa Catarina num período de 08 dias em junho de 2016. O Hospital da Criança, como é conhecido no referido município, é referência na região no atendimento pediátrico, dispõe de 31 leitos para pediatria clínica, 16 leitos na pediatria cirúrgica, duas salas de cirurgia e uma sala para pequenos procedimentos. O atendimento no pronto socorro infantil passa pelo

ISSN 2525-8273

protocolo de Manchester onde é realizada uma triagem inicial e classificado as prioridades para o atendimento. No presente período de atividade teórico-prática, 90% das internações estavam relacionadas às infecções respiratórias. Diante disso, como uma maneira de organizar o cuidado foi realizado o Processo de Enfermagem (PE), seguindo as etapas: de coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação dos resultados (COFEN, 2009). Assim, utilizou-se um formulário para o levantamento das informações contendo: histórico de enfermagem; coleta de dados subjetivos - os quais foram mencionados pelos familiares e crianças; coleta de dados objetivos - os quais foram evidenciados pelo exame físico; anamnese e exames laboratoriais. A partir da análise destas três etapas, foram elencados os problemas para então ser desenvolvido o levantamento dos diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia NANDA-I. Para a realização da prescrição dos cuidados foi utilizado a prática baseada em evidência (PBE) a fim de justificar pelo menos, dois cuidados a partir da literatura científica produzida por enfermeiros; após foi estabelecido os resultados esperados, as considerações sobre o crescimento e desenvolvimento da criança com a infecção respiratória; a evolução e avaliação do quadro da criança e família (BRUM; ZUGE, 2015). Após esta sistematização do cuidado realizaram-se orientação aos familiares e medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos respiratórios, principalmente sobre a imunização, o aleitamento materno em crianças menores, alimentação adequada para a faixa etária, higiene ambiental, familiar e pessoal para prevenção de disseminação de infecções - em especial, a higienização das mãos. Percebe-se a maior incidência de infecções respiratórias em crianças com idade até cinco anos, muitos casos de infecções recorrentes. Maior parte das crianças foram levadas até o hospital quando a situação clínica já estava avançada, as crianças haviam sido previamente medicadas em casa pela mãe e os sintomas persistiram, o que resultou na internação para o tratamento adequado. Sabe-se que o maior risco de mortalidade em infecções respiratórias estão associados a idades menores, especialmente para infecções virais, como a bronquiolite. Condições como imaturidade imunológica predispõe a evolução do quadro para formas graves. São também fatores prováveis responsáveis pela maior incidência e gravidade de condições respiratórias entre as crianças mais jovens. Em relação à amamentação, observou-se aumento das hospitalizações à medida que o tempo de amamentação diminuía. Crianças com doenças respiratórias mais graves podem ter descontinuado o aleitamento materno pela gravidade do quadro respiratório. Outro fator a ser avaliado é a interação do aleitamento materno com outras variáveis nutricionais, como o baixo peso ao nascer e a desnutrição (MACEDO, et. al, 2007). Neste estudo percebeu-se a importância da realização do processo de enfermagem aliado a uma prática baseada em evidência no qual possibilitou um planejamento efetivo dos cuidados para a criança com infecção respiratória. Resultou em uma atuação de enfermagem cientificamente comprovada a partir da leitura de artigos científicos os quais se pode utilizar para a resolução dos problemas identificados e desta maneira, auxiliar na melhoraria da qualidade da assistência pediátrica. Ainda, observou-se ser fundamental que o profissional enfermeiro conheça as manifestações clínicas das infecções respiratórias, bem como as formas de intervir, prevenir as complicações, melhorar o conforto respiratório e promover o bem estar da criança até recuperação do quadro clínico, visando a alta hospitalar. Além disso, constataram-se lacunas na produção do conhecimento sobre o tema abordado pelos próprios enfermeiros.

Palavras Chaves: Saúde da Criança. Infecções Respiratórias. Processos de Enfermagem.

ISSN 2525-8273

Referências:

BOTELHO, C. et al. Fatores ambientais e hospitalizações em crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p.1771-1780, nov./dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a21v19n6.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2016.

BRUM, C. N. de; ZUGE, S. S. Revisão sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Metodologias de pesquisa para enfermagem e saúde**: da teoria à prática. 1ª. ed. Porto Alegre: Moriá, 2015, v. , p. 1-20.

CAETANO, J. do R. de M. et al. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p.285-291, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10489.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 02 jul. 2016.

MACEDO, S. E. C. et al. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade . **Rev Saúde Pública** 2007;41(3):351-8

SALOMÃO JUNIOR, J. B. et al. Human respiratory syncytial virus in children hospitalized for acute lower respiratory infection. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, p. 219-224. jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n3/a07v87n03.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 69:

Título Terapia assistida por animais para crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa

Autores:
Bruna Ticyane Muller Narzetti - Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: brunamuller_narzetti@hotmail.com.
Angélica Zanettini - Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: gelyzanettini@hotmail.com.
Viviane Ribeiro Perreira – Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPel, campus Pelotas/RS. E-mail: viviane.perreiraribeiro@gmail.com.
Crhis Netto de Brum - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó/SC. E-mail: crhis.brum@uffs.edu.br.
Samuel Spiegelberg Zuge - Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade do Oeste de Santa Catarina-UNOESC, campus São Miguel do Oeste/SC.

Resumo: durante a internação da criança, a equipe de saúde tem um papel fundamental no processo de hospitalização, sendo capaz de desenvolver alternativas para torná-la menos traumática. Dentre estas, destacamos a Terapia Assistida por Animais (TAA) que é um recurso utilizado por diversos profissionais da saúde, onde o animal é parte fundamental na realização do trabalho e do tratamento. No Brasil, esse recurso terapêutico está apenas iniciando, porém já se destaca entre as diversas formas de terapias existentes (ZAGO; FINGER; KINTSCHNER, 2011). Para Vaccari e Almeida (2007), a TAA pode ser benéfica para qualquer ser humano, mas é especialmente indicada para crianças. Essa afirmação pode ser explicada pelo fato de o animal tornar-se uma fonte de inspiração para ela, na busca por seus objetivos e idealização de realizações, bem como pelo laço afetivo e de responsabilidade que surge entre ambos. Justifica-se tal estudo, por entender que ao vislumbrar novas estratégias, por meio de práticas de cuidado diferenciadas, venham a contribuir para a compreensão da criança sobre o seu processo saúde-doença. Oportunamente, salienta-se que os benefícios alcançados podem estar vinculados ao aumento da autoestima; redução da ansiedade e solidão; melhorar a interação com a equipe de saúde e a motivação para o envolvimento em atividades em grupo; diminuição da dor e da ansiedade, entre outros (STUMM, 2012). Assim, objetivou-se identificar na literatura científica como a TAA tem sido utilizada para crianças que vivenciam o processo de hospitalização. Esta é uma Revisão integrativa da literatura a partir das seguintes etapas: definição da pergunta de pesquisa, objetivo e descritores. Após isso foram definidos os critérios de inclusão e exclusão do estudo, seleção das bases de dados, construção do instrumento de coleta de dados, seleção dos estudos e análise dos mesmos, e por fim apresentação dos resultados (BRUM, et al, 2015). A pergunta de pesquisa foi: Como a Terapia Assistida por Animais tem sido utilizada para crianças que vivenciam o processo de hospitalização? Os descritores selecionados para compor a estratégia de busca, foram: saúde da criança e terapia assistida por animais. A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) na base de dados eletrônica, nos seus respectivos formulários avançados: Literatura Latino-Americana e do Caribe

ISSN 2525-8273

em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). O levantamento dos estudos ocorreu no mês de maio de 2016. Para a seleção dos estudos, os critérios de inclusão foram: artigos que possuíssem resumos online; que estivessem nos idiomas português, inglês ou espanhol; que respondessem a pergunta de pesquisa; e que estivessem na íntegra online e gratuitos. Já os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, capítulos de teses, capítulos de dissertações, monografias, livros, capítulos de livros, manuais ministeriais, anais de eventos, reflexão e trabalhos que não abordassem o tema. Não houve recorte temporal para a realização da coleta dos estudos. Foram analisados 8 estudos. A coleta dos dados se deu por meio de uma ficha de análise documental. Para analisar os estudos, foram realizadas aproximações por temas a fim de apontar as temáticas relevantes e, finalmente, desenvolver uma aproximação entre os referenciais. Conforme Pereira, Pereira e Ferreira (2007), a utilização de animais vem sendo adotada em tratamentos de diversos níveis de cuidados, com pessoas de várias idades e estados de saúde, tanto como modo de prevenir doenças, quanto para ajudar no processo de cura. No caso estudado pelos autores em um hospital pediátrico voltado a crianças e adolescentes com problemas cardíacos, a visitação dos cães durava entre 10 e 20 minutos, como resultado não se observou grandes alterações nas frequências cardíacas e respiratórias após as visitas, porém elas se mostravam com alterações positivas durante a visita. Isso justifica que a presença desses animais trouxe efeitos relaxante e estimulante nas crianças e adolescentes. Segundo Vaccari e Almeida (2007), todas as crianças passaram a interagir mais com os profissionais de saúde após a visitação dos animais, mostrando maior interesse e tornando-se mais ativas, conversando com os adultos e se mostrando mais colaborativas nos procedimentos e houve redução significativa na timidez, participando mais das atividades lúdicas na unidade. No estudo realizado por Vaccari e Almeida (2007) é relatado que em duas ocasiões as crianças mostraram-se mais receptivas aos exercícios respiratórios realizados com a fisioterapeuta, a partir do momento em que ela utilizou os animais para criar uma situação lúdica, tornando a sessão divertida para a criança. No primeiro caso a criança estava sem vontade de realizar os exercícios, porém ao pedir para que assoprasse os pelos do cachorro ela passou a assoprar cada vez mais forte, sorrindo e gargalhando. Já a segunda criança era muito ativa e não agitada para realizar os exercícios, quando a fisioterapeuta sugeriu que assoprasse os pelos do animal, ela manteve-se concentrada na atividade permanecendo envolvida mais tempo com ela. Ainda neste estudo obteve-se um resultado com relação ao alívio da dor e desconforto através da experiência com os animais, onde duas crianças queixando-se de dor apresentaram redução de queixas após o contato com os cães. Kobayashi et al. (2009), trás que o cão é o principal animal a ser usado em terapias pelo fato de apresentar uma afeição natural pelas pessoas, criando vínculos, além de ser facilmente adestrado. Estes animais criam respostas positivas ao toque e possuem grande aceitação pelas pessoas, demonstrando que animais que permitem ser tocados resulta em uma terapia mais efetiva. Entretanto, os mais comuns inconvenientes da TAA estão relacionados a mordidas, alergias e zoonoses. Todavia, cabe ressaltar que a maior preocupação, que são as infecções hospitalares, são mais comumente transmitidas pelos visitantes humanos do que por animais usados na terapia quando devidamente limpos e imunizados. Fica evidente a contribuição da TAA no processo de hospitalização da criança. A criança não deixa de ser criança quando se torna paciente, e o enfermeiro tem um papel fundamental nesse processo, pois ela precisa suprir as suas necessidades com tarefas diárias, adequando com as atividades que desenvolvia antes da internação para que a permanência no hospital não gere um trauma significativo. A TAA ainda é um

ISSN 2525-8273

método novo, mas auxilia e pode amenizar a tensão e ansiedade da criança no ambiente hospitalar, seja pelo fato de que os animais atuam como estratégia de distração, muitas vezes fazendo-a esquecer da dor, ou o simples ato de descontração, da companhia. Por fim, destaca-se que mesmo sendo uma intervenção que utiliza animais, apresenta-se como uma importante estratégia na assistência à criança hospitalizada melhorando as relações interpessoais e facilitando a comunicação paciente e equipe.

Palavras Chaves: Criança Hospitalizada. Enfermagem. Terapia Assistida por Animais.

Referências:

BRUM, C. N.; et al. Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M; COSTENARO, R G S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde:** da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015. 511 p.

KOBAYASHI, C. T. et al. Desenvolvimento e implantação de Terapia Assistida por Animais em hospital universitário.**Revista Brasileira de Enfermagem - Reben,** Brasília, v. 4, n. 62, p.632-636, jul./ago. 2009.

PEREIRA, M. J. F.; PEREIRA, L.; FERREIRA, M. L. Os benefícios da terapia assistida por animais: uma revisão bibliográfica. **Saúde Coletiva,** São Paulo, v. 4, n. 14, p.62-66, abr./maio 2007.

STUMM, K. E. Terapia assistida por animais como facilitadora no cuidado a mulheres idosas institucionalizadas. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 1, p. 205-12, 2012.

VACCARI, A. M. H.; ALMEIDA, F. de A. A importância da visita de animais de estimação na recuperação de crianças hospitalizadas. **Einstein,** São Paulo, v. 2, n. 5, p.111-116, 2007. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/419-Einstein5-2_Online_AO419_pg111-116.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2016.

ZAGO, L. G.; FINGER, A. V.; KINTSCHNER, F. M. A influência da terapia assistida por animais na funcionalidade de uma criança com diplegia espástica: um estudo de caso. **Conscientiae Saúde,** São Paulo, v. 10, n. 3, p.563-571, ago. 2011. Disponível em: <http://patastherapeutas.org/wp-content/uploads/2015/07/TAA-e-diplegia-esp†stica.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2016.

ISSN 2525-8273

Resumo 70:

Título: Utilização de metodologias ativas de ensino em ressuscitação cardiopulmonar em pediatria

Autores:
Elaine Neves Saraiva - Enfermeira Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ RS.
Elizete Souza - Enfermeira Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ RS.
Elisiane do Nascimento da Rocha - Enfermeira Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.
Gabriela Wingert Nunes - Enfermeira Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ RS. E-mail gabrielanunes@hcpa.edu.br.
Helena Becker Issi - Enfermeira. Chefia do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

Resumo: é evidente a existência de uma lacuna entre a teoria e a prática assistencial, bem como entre ensino e aprendizagem. A formação profissional vem sendo estudada desafiando pesquisadores e educadores na identificação de estratégias que possam contribuir para uma transformação no processo educativo de profissionais enfermeiros. A utilização de metodologias ativas de ensino pode constituir-se estratégia eficaz para o alcance de melhores resultados no processo de aprendizagem significativa (MEIRA; KURCGANT, 2016). A evolução da PCR em lactentes e crianças é desfavorável, com grandes índices de sequelas e de óbito. Por isso é tão importante a ênfase na prevenção da PCR. Os profissionais de saúde, por sua vez, exercem um papel fundamental na prevenção da PCR, desde que saibam identificar e prover atendimento imediato aos pacientes hospitalizados e com risco de falência respiratória. Por último, as instituições que investem em treinamento permanente da equipe de saúde se destacam na qualidade do atendimento assistência (SOUTO, DE LIMA, BREIGEIRON, 2008). O reconhecimento tardio de fatores determinantes da parada cardiorrespiratória e a inabilidade para o uso das técnicas de reanimação trazem, muitas vezes, consequências irreparáveis para o paciente. As sequelas, frutos de reanimações inadequadas ou de abordagem clínica tardia, resultam em alto custo financeiro para as instituições públicas e outros setores da comunidade, assim como para as famílias envolvidas. Muitas situações de emergência poderiam ser revertidas se pessoas habilitadas estivessem disponíveis para realizar os procedimentos básicos de ressuscitação cardiorrespiratória (SOUTO, DE LIMA, BREIGEIRON, 2008). Nessa perspectiva, docentes e enfermeiras assistenciais mantêm um Grupo de Estudos em Reanimação Pediátrica (GERPED) com meta de capacitar acadêmicos de enfermagem e profissionais em formação em serviço, na prática de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), segundo as normas atualizadas da AHA (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015). Este processo de ensino aprendizagem segue o modelo de integração docente-assistencial entre a Escola de Enfermagem da UFRGS e o Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA e transcorre mediante estratégias de simulações práticas em laboratório de ensino. Sendo assim, este relato de experiência tem como objetivo descrever o trabalho do grupo institucional do HCPA e de Enfermeiras do GERPED sobre capacitação no atendimento ao paciente pediátrico em PCR. O processo educativo no atendimento ao paciente em PCR em pediatria ocorre semestralmente, sendo ministrado por enfermeiras do GERPED, tendo como público-alvo acadêmicos de enfermagem do 6º semestre. O processo educativo ocorre em dois momentos, no primeiro, *um bloco teórico* com revisão de literatura e dos fundamentos sobre PCR; e no segundo

ISSN 2525-8273

momento, *um bloco prático* organizado em quatro estações divididas em: *1ª estação (via aérea/ respiração)*- aborda reconhecimento dos sinais de disfunção respiratória, posicionamento para abertura de vias aéreas e conhecimento, prática e manuseio de materiais de oxigenioterapia; *2ª estação (circulação)*- os participantes conhecem e praticam as compressões cardíacas nas diferentes faixas etárias; *3ª estação (medicações)* - esta estação contempla o contato com os dispositivos endovenosos e os medicamentos usuais em reanimação em crianças, especificidades de preparo e administração, também enfatiza-se os registros pertinentes aos procedimentos realizados; *4ª estação* (c*asos clínicos)*- utilizando robôs para simulação de traçados e de sintomas para o atendimento em PCR, os participantes são divididos em grupos onde recebem um caso clínico para realizarem a simulação de atendimento de pacientes em PCR. Realiza-se também um pré-teste antes das estações e um pós-teste ao final, estratégias que possibilitam quantificar e avaliar o nível de conhecimento e o aproveitamento obtido. O processo educativo em SBV e SAV contempla aproximadamente 42 participantes por semestre em média, tendo como objetivo padronizar as condutas e o atendimento da PCR em pediatria no ambiente hospitalar, além de proporcionar aos acadêmicos de enfermagem um maior contato com o ambiente e as rotinas hospitalares. Os resultados obtidos tem sido excelentes, com melhora na formação acadêmica, desmistificação sobre atendimento de urgência, além de trazer a realidade da pediatria para mais próximo dos futuros profissionais da enfermagem. Considerando-se a afirmação universal de que a criança não é um adulto em miniatura, este modelo de processo educativo subsidia de forma favorável a capacitação ao atendimento do paciente pediátrico em PCR. Verificou-se um bom desempenho e adesão dos participantes durante as simulações práticas de atendimento ao paciente em PCR. Acredita-se também que, a aproximação da academia e das práticas assistenciais constitui uma interface positiva entre instituições formadoras, favorecendo a qualificação do processo de formação do enfermeiro.

Palavras Chaves: Educação em Enfermagem. Parada cardíaca. Ressuscitação cardiopulmonar.

Referências:

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **PALS - Pediatric Advanced Life Support** - Provider Manual; 2015.

MEIRA, M.D.D.; KURCGANT, P. Nursing education: training evaluation by graduates, employers and teachers. **Rev Bras Enferm**. 2016; v.69, n.1, p. 10-5.

SOUTO, M.B.; LIMA, E.C.; BREIGEIRON, M.K. **Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica**. Artmed, 2008: 85-95.

ISSN 2525-8273

Resumo 71:

Título: Análise do risco familiar entre crianças com necessidades especiais de saúde

Autores:
Giovana Natali Cavicchioli – Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, Ribeirão Preto/SP. E-mail: giovana.123_na@hotmail.com.
Aline Cristiane Cavicchioli Okido – Enfermeira. Professora. Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, São Carlos/SP. E-mail: alineokido@ufscar.br.
Regina Aparecida Garcia Lima - Professora titular da Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto/SP. E-mail: limare@eerp.usp.br.

Resumo: Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) representam diversos grupos de crianças que apresentam demandas de cuidados específicos contínuos e de longa duração dos setores da saúde, educação e social que vão além das exigidas por outras crianças (MCPHERSON et al.,1998). As CRIANES requerem um regime terapêutico e de reabilitação complexo e contínuo, que implica na necessidade de incorporar novas saberes e práticas incomuns ao cotidiano existencial das mães ou cuidadores, refletindo em sobrecarga materna, isolamento social e sentimentos de exaustão, medo e ansiedade (OKIDO, 2013). Todavia, o cotidiano dessas famílias é marcado por esforços e dificuldades que ultrapassam a fragilidade clínica da criança e dizem respeito a vulnerabilidade social, como baixa renda e baixo nível de escolaridade. Diante desses desafios, faz-se necessário, conhecer a estrutura e a funcionalidade das famílias, de modo a propor intervenções condizentes com as necessidades identificadas. Dessa forma, o objetivo desse estudo é analisar o risco familiar das famílias de CRIANES em um município do interior do Estado de São Paulo. Este é um estudo de natureza descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. Participaram 68 cuidadores e/ou familiares de CRIANES. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a junho de 2015. Para identificar as CRIANES utilizou-se primeiramente um instrumento de triagem - *Children With Special Health Care Needs Screener- CSHCN Screene*r (ARRUÉ, 2012), acompanhado da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012). A Escala de Risco Familiar é composta por 13 sentinelas de risco: 11 de caráter individual ou biológico como pessoas acamadas, com deficiência física, deficiência mental e desnutrição grave, as quais correspondem a três pontos para cada ocorrência; drogadição e desemprego, correspondendo a dois pontos para cada ocorrência; analfabetismo, criança menor de 6 meses, idoso maior de 70 anos, pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e com Diabetes Mellitus (DM), correspondendo a 1 ponto para cada ocorrência. As sentinelas não individuais ou sociais são as baixas condições de saneamento, que correspondem a três pontos e a relação morador/cômodo, que pontua três se for maior que um, dois se igual a um e zero se menor que um. Esses itens somarão uma pontuação total, posteriormente classificada em graus de risco: escore de 0 a 4 (sem risco), escore 5 ou 6 classificado como R1 (risco menor), escore 7 ou 8 como R2 (risco médio) e escore maior que 9 como R3 (risco máximo) (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012). Os critérios de inclusão foram: ser cuidador e/ou familiar de uma CRIANES com idade entre 0 e 12 anos, ser maior de 18 anos e residir no município da pesquisa. Estabeleceu-se como critérios de exclusão

ISSN 2525-8273

familiar e/ou cuidador que desconhecia as condições clínicas da criança. Os dados foram codificados e lançados em banco formatado no editor de planilhas Excel, mediante dupla digitação. Após a validação, o banco de dados foi exportado para o Software SPSS, no qual foram realizadas as análises estatísticas descritivas e analíticas. Na fase descritiva da análise estatística, as crianças participantes foram caracterizadas segundo as variáveis do estudo. Para as variáveis categóricas foram utilizadas as medidas de frequência absoluta e relativa, enquanto para a descrição das variáveis numéricas, as medidas de tendência central, variabilidade e posição. Após análise descritiva, foi realizada a comparação dos escores médios entre as categorias das variáveis independentes por meio do teste de Mann-Whitney para as variáveis dicotômicas e do teste de Kruskal-Wallis para aquelas com mais de duas categorias. Foi também calculado o coeficiente de correlação de Spearman para as variáveis numéricas. Adotou-se, para os testes, um nível de significância de 5%. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em cumprimento à Resolução 466/2012 e foi aprovado sob o número de protocolo 829.522, em 14/10/2014. Da amostra composta por 68 CRIANES, 38 (56%) são do sexo masculino e 30 (44%) feminino; idade entre cinco meses e 12 anos, média de 5,8 anos. Quanto à cor referida, 40 (59%) foram consideradas brancas, 24 (35%) pardas e 4 (6%) negras. No que se refere à realização do pré-natal, 65 (96%) mães compareceram a mais de seis consultas; duas (3%) não fizeram nenhum acompanhamento e uma participante não sabia informar (1%). O escore médio de risco familiar entre a população estudada foi 3,99 (±3,99). A maioria das famílias das CRIANES 39 (60,9%) não apresentava risco (R0). Das famílias classificadas como de risco, 10 (15,6%) apresentavam escores entre 5 e 6 e foram classificadas como de risco menor, 7(10,9%) tiveram escores entre 7 e 8, sendo consideradas de risco médio e 8 (12,5%) atingiram escores acima de 9, portanto, de risco máximo. A drogadição, o desemprego e a hipertensão arterial ganharam destaque entre as sentinelas de risco. O escore médio de risco familiar não apresentou diferenças com significância estatística para as variáveis idade gestacional, problema ao nascer e distrito de saúde onde residia. Em relação a classificação social da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa- ABEP, o escore médio de risco familiar foi maior entre aquelas famílias com baixas pontuações (p=0,014). O número de irmãos apresentou correlação positiva com o escore médio de risco familiar (0,021, p<0,05). Os resultados apresentados constituem em subsídio para o planejamento do cuidado domiciliar às CRIANES. Conclui-se que a escala de avaliação de risco familiar é um instrumento fundamental para caracterizar e qualificar as famílias de CRIANES e para ajudar na sistematização dos atendimentos aos mais vulneráveis, garantindo a equidade e resolutividade das ações.

Palavras Chaves: Enfermagem pediátrica. Cuidadores familiares. Criança.

Referências:

ARRUÉ, A. M. **Tradução e adaptação cultural do *childrenwithspecialhealthcareneedsscreener*.** 2012. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

MCPHERSON, M. G. et al. A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics**, Springfield, v. 102, n. 1, p. 137-41, 1998.

OKIDO, A. C. C. **A experiência materna no cuidado do filho dependente de tecnologia**. 2013. 169 p.Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2013.

ISSN 2525-8273

SAVASSI, L.C. M.; LAGE, J.L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **J. Manag Prim Health Car**e, v. 3, n. 2, p. 179-85, 2012.

ISSN 2525-8273

Resumo 72

Título: Educação em saúde com os cuidadores, crianças e adolescentes de um ambulatório de saúde familiar e comunitária

Autores:
Claiza Barretta La Bella - Mestre em Ciências Farmacêuticas. Professora do Curso de Nutrição da Univali, Itajaí/SC. E-mail: claizabarretta@yahoo.com.br.
Luana Bertamoni Wachholz - Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Professora do Curso de Nutrição da UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: luana.bertamoni@hotmail.com.
Beatriz Otte - Acadêmica do curso de Nutrição da UNIVALI, Itajaí – SC.
Francielly Alexandre Fabris - Acadêmica do curso de Nutrição da UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: franfabris2010@hotmail.com.
Bruna Cavalheiro Engel - Acadêmica do curso de Psicologia da UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: brunaengel@edu.univali.br.
Chaiane dos Santos - Acadêmica do curso de Psicologia da UNIVALI, Itajaí/SC. E-mail: chaiane_s@hotmail.com

Resumo: o modelo tradicional de saúde é pautado no princípio de prevenção de doenças. Partindo do pressuposto de que a "falta de saúde" do sujeito advém, única e exclusivamente de si mesmo, indicando uma falha moral, de maneira a culpabilizá-lo pelo próprio infortuno. Entretanto, a educação popular em saúde emerge com o intuito de trazer o sujeito para o centro, valorizando o seu saber. Rompe a barreira de um diálogo vertical, onde o profissional de saúde é o doutor do conhecimento, incentivando a autonomia do sujeito no cuidado da sua própria saúde (AYRES, 2001; CARVALHO, 2004). Nesse viés, a sala de espera possui o intuito de garantir um cuidado humanizado, efetivando a aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde. É por meio da sala de espera que os profissionais da área da saúde possuem a oportunidade de estar desenvolvendo atividades que extrapolam o cuidado, como a educação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na promoção da saúde, bem como proporcionando maior acolhimento aos usuários. Pode-se dizer que a sala de espera ameniza o desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera por algum atendimento, espera essa que pode gerar ansiedade, angústia, revolta, tensão, e comentários negativos entorno do atendimento dos serviços públicos de saúde (TEIXEIRA; VELOSO, 2006). A humanização e a educação em saúde apresentam-se como um dos melhores meios para realizar a promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL,2010). Sendo assim, diante da importância do cuidado humanizado já na sala de espera, o objetivo desse trabalho foi relatar as experiências do processo de educação em saúde desenvolvidas com os cuidadores, crianças e adolescentes de um Ambulatório de Saúde Familiar e Comunitária. Esse relato de experiência refere-se às intervenções realizadas na sala de espera de um ambulatório de endocrinologia pediátrica, localizado no Ambulatório de Saúde Familiar e Comunitária, em Itajaí, Santa Catarina, sendo parte de um projeto de extensão desenvolvido na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), intitulado "Educação em saúde com os cuidadores, crianças e adolescentes no Hospital Universitário Pequeno Anjo (HUPA) e usuários do Ambulatório de Saúde Familiar e Comunitária (USFC). Essas intervenções ocorreram no primeiro semestre do ano de 2016, por uma equipe composta por um total de 12 acadêmicos, sendo: 2 da Fisioterapia, 5 da Nutrição e 5 da Psicologia, bem como, uma professora para cada área respectiva. Os encontros foram semanais por meio de uma roda de conversa caracterizada por

ISSN 2525-8273

diálogos horizontais entre os acadêmicos e pacientes. Devido à rotina de atendimento do local, o período para abordagem foi curto, sendo assim, utilizou-se um tema desencadeador, proposto pelos acadêmicos de todos os cursos de graduação envolvidos, juntamente com as professoras responsáveis, com o auxílio de materiais interativos, elaborados para facilitar a abordagem e identificar as demandas daqueles sujeitos, de modo a sensibilizá-los a uma reflexão de suas vivências e o contexto social no qual estão inseridos. A avaliação dos encontros, ocorreu por meio de pesquisas de satisfação preenchidas pelos participantes, além de sugestões e dúvidas de temas para próximos encontros, que foram discutidos com os demais participantes do projeto de extensão. Durante esse período de intervenção, 48 pacientes foram beneficiados e os encontros mostraram-se efetivos ao considerar a participação dos pacientes e seus cuidadores, que por meio das conversas, puderam pensar suas práticas em relação à saúde, bem como o seu modo de vida e como ele reflete no processo de saúde-doença. No decorrer dos encontros, temas como alimentação saudável, a importância de alimentos orgânicos e análise de rótulos de alimentos foram discutidos. Houve dias em que a participação se mostrava efetiva pelos cuidadores e pacientes, em que eles respondiam com certeza, ou até com dúvidas e então, surgiam vários questionamentos sobre o dia a dia, e até mesmo sobre o que assistiram na televisão ou ouviram de algum outro profissional de saúde. Destaca-se que, a maioria era pouco esclarecida sobre os assuntos e ficavam espantados com o que viam, principalmente quando o tema abordado foi sobre a quantidade de óleos e açúcares contida em alguns alimentos industrializados. Porém, sempre havia uma fração mais esclarecida, onde dúvidas mais específicas eram solucionadas, mas, sempre fazendo com que a conversa atingisse a todos ali presentes, contando com a participação do grupo em geral. Os acadêmicos, por possuírem o papel de mediadores da conversa, tentavam a todo o momento fazer com que a intervenção não se parecesse com uma aula ou palestra, mas sim, com um diálogo sobre assuntos cotidianos sobre saúde. O processo de educação em saúde inserido em um projeto de extensão gera benefícios para todos envolvidos, pois a participação dos estudantes caracteriza-se por um momento de apropriação, empoderamento e autonomia do saber e a práxis quando futuros profissionais; e, por outro lado, oferece também benefícios aos pacientes atendidos, os quais são recebidos com um atendimento humanizado e direcionado para sanar suas dúvidas e dificuldades em relação à saúde, considerando e valorizando sempre seu conhecimento prévio para a construção de novos saberes.

Palavras Chaves: Educação em saúde. Criança. Adolescente.

Referências:

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** , v.6, n.1, p.63-72, 2001. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília, 2010.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1088-1095, jul-ago, 2004

ISSN 2525-8273

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde**. Texto & Contexto Enfermagem**, abril-junho. Vol 15, n 2. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil, p. 320-325, 2006.

ISSN 2525-8273

Resumo 73:

Título: Cuidados de enfermagem à criança com infecção respiratória portadora de síndrome de Richieri-Costa: relato de experiência

Autores:
Yohana Pereira Vieira - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões/RS. E-mail: Yohana_vieira@hotmail.com.
Letícia Petry - Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões/RS. E-mail: letiicia.petry@hotmail.com.
Neila Santini de Souza – Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: neilasantini25@gmail.com.

Resumo: a síndrome de Richieri-Costa é uma doença autossômica recessiva, sendo observada frequentemente em parentes consanguíneos (WALTER-NICOLETE ET AL, 1999[i]). O caráter recessivo desta doença é devido a incidência em filhos de pais normais consanguíneos, recorrência em irmãos e ausência de alterações cromossômicas detectáveis (RICHIERI-COSTA & PEREIRA, 1992[ii]). Richieri-Costa e Pereira (1992) descreveram essa síndrome como uma forma de disostose acrofacial. Segundo a literatura, esta síndrome é caracterizada por as seguintes anomalias: microstomia, ausência dos incisivos centrais inferiores, fusão anormal da mandíbula, fenda palatina, mãos pré e pós-axiais, hipoplasia de polegar, anomalias das orelhas, tíbias anormais, hálux hipoplásico, anomalias de extremidade como pé torto, dificuldade de aprendizado e sequência de Robin (FAVARO ET AL, 2011[iii]). A sequência de Robin (SR) é caracterizada por micrognatia, glossoptose e fissura de palato. Em alguns casos não há presença de fissura palatina (ELLIOTT ET AL, 1995[iv]). Tabith & Bento Gonçalves[v] relataram no ano de 1996, características de deformações da laringe, como laringe curta, edema de pregas ariepiglóticas, ausência ou deficiência de epiglote, aparecimento de membrana na região posterior da laringe, especificamente na supraglote (região acima da glote). Estas alterações descritas, segundo relatos de casos dessa síndrome, são responsáveis pela alteração na qualidade da voz, tornando-a soprosa e dificultando a fonação. OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é apresentar a sistematização da assistência de enfermagem realizada a uma criança com diagnóstico de Síndrome de Richieri-Costa e infecção respiratória. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/campus Palmeira das Missões/RS. O cenário do estudo ocorreu em um hospital filantrópico de médio porte, localizado no noroeste do Rio Grande do Sul. O presente relato obteve a permissão do responsável legal, através do emprego do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para a implantação da sistematização de enfermagem foi utilizada a taxonomia II NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) de 2012-2014. Tratava-se de um *paciente pediátrico do sexo masculino, 02 anos, caucasiano, nascido de parto cesárea, apgar 7 do 1º-5º minuto, peso 3,70kg e 48 centímetros ao nascer, admitido no hospital durante nove dias* devido a uma infecção respiratória. O diagnóstico da síndrome foi realizado somente após ao nascimento. Ao exame físico observou-se microstomia, hipoplasia de polegar, anomalias das orelhas e ausência dos incisivos centrais inferiores. *Com base na anamnese e exame físico, obtiveram-se os diagnósticos de enfermagem que orientaram os cuidados de enfermagem específicos para o quadro em questão.* Dos treze domínios apresentados na taxonomia II NANDA, no presente plano de cuidados estiveram presentes sete

ISSN 2525-8273

domínios: Nutrição (domínio 2), Eliminação e troca (domínio 3), atividade/repouso (domínio 4), percepção/cognição (domínio 5), enfrentamento/tolerância ao estresse (domínio 9), segurança/proteção (domínio 11) e crescimento/desenvolvimento (domínio 13). No segundo domínio foram identificados os seguintes diagnósticos: "Deglutição prejudicada relacionada a anomalias de via aérea superiores" e "Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada a capacidade prejudicada de ingerir alimentos". No terceiro domínio "Troca de gases prejudicadas relacionada ao desequilibro na relação ventilação-perfusão". No quarto domínio "Mobilidade física prejudicada relacionada ao prejuízo neuromusculares". No quinto domínio "Comunicação verbal prejudicada relacionada a traqueostomia". No nono domínio "Medo relacionado a procedimentos hospitalares". No décimo primeiro domínio "Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos" "Risco de aspiração relacionado a presença de traqueostomia" e "Hipertermia relacionada a infecção respiratória". No décimo terceiro domínio "Atraso no crescimento e no desenvolvimento relacionado a distúrbios genéticos". Diante dos diagnósticos identificados, foram implementadas as seguintes intervenções: Para o diagnóstico de enfermagem "Deglutição prejudicada relacionada a anomalias de via aérea superiores" as intervenções foram, orientar a criança para mastigar bem os alimentos, manter o ambiente tranquilo; observar se a criança tem regurgitação, observar a deglutição e o esvaziamento da boca. As intervenções para "Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada a capacidade prejudicada de ingerir alimentos" foram, monitorar ingestão nutricional e encaminhar paciente para consulta com a nutricionista. No diagnóstico "Troca de gases prejudicada relacionada ao desequilíbrio na relação ventilação-perfusão" implementou-se fornecer oxigênio complementar conforme necessário, manter vigilância, avaliar constantemente o paciente, monitorar a administração e eficácia da oxigenioterapia, verificar sinais vitais de duas em duas horas. No diagnóstico "Mobilidade física prejudicada relacionada ao prejuízo neuromusculares" foram implementados, determinar a capacidade do nível de mobilidade do paciente, orientar familiar e paciente sobre a importância da mobilidade, identificar métodos de prevenção de lesões, prevenindo-a. No seguinte diagnóstico "Comunicação verbal prejudicada relacionada a traqueostomia", ouvir atentamente a criança e/ou acompanhante, estimular a comunicação e proporcionar métodos alternativos de comunicação foram as intervenções prescritas. No diagnóstico "Medo relacionado a procedimentos hospitalares" as intervenções foram, explicar ao paciente sobre os procedimentos, envolver atividades lúdicas no momento do procedimento para tranquilizar o paciente, se possível manter algum familiar próximo ao paciente. Para o diagnóstico "Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos", foi prescrito, trocar umidificadora cada 7 dias, monitorar a temperatura, atentar para presença de sinais flogísticos e observar estado de consciência. No diagnóstico "Risco de aspiração relacionado a presença de traqueostomia" as intervenções prescritas foram, realizar aspiração se necessário, manter cabeceira elevada, interromper fluxo de dietas durante procedimentos, manter vias aéreas pérvias, realizar ausculta antes e após o procedimento certificando a eficácia da técnica da traqueostomia, realizar curativo na traqueostomia, sem cortar as compressas de gaze para evitar risco de penetração de fiapos na cânula. No diagnóstico "Hipertermia relacionada a infecção respiratória" foram orientados para criança ou acompanhante os sinais precoces de hipertermia, importância de adequada ingestão de líquidos, reposição de líquidos após atividades com grandes gastos de energia. No último diagnóstico "Atraso no crescimento e no desenvolvimento relacionado a distúrbios genéticos" foi implementado a seguinte intervenção, avaliar o nível de crescimento e desenvolvimento da criança. Diante deste relato de

ISSN 2525-8273

experiência, conclui-se primeiramente a importância da sistematização de enfermagem ao paciente, pois este tipo de assistência visa o planejamento organizado de cuidados de enfermagem individualizados para o caso, como procedimentos internacionalmente conhecidos, implementação da terapêutica e cuidados com qualidade, além de disponibilizar muitos benefícios ao paciente/família e também prevenir outros agravos. Em relação ao âmbito científico, nota-se a importância de trabalhos relacionados a este assunto, pois trata-se de uma síndrome rara que atinge crianças, com poucos dados na literatura, desta forma, trabalhos realizados descrevendo a assistência de enfermagem e a sistematização dos cuidados, tornam-se aliados ao enfermeiro em suas atividades, divulgando as intervenções realizadas neste caso específico, fornecendo à equipe de saúde o conhecimento das demandas de cuidado à criança acompanhada.

Palavras Chaves: Cuidados de Enfermagem. Microstomia. Saúde da Criança.

Referências:

ELLIOTT, M.A.; STUDEN-PAVLOVICH, D.A.; RANALLI, D.N. Prevalence of selected pediatric conditions in children with Pierre Robin sequence. **Pediatr Dent.** 1995; 17:106-11.

FAVARO, F.P.; ZECHI-CEIDE, R.M.; ALVAREZ, C.W.; MAXIMINO, L.P.; ANTUNES, L.F.B.B.; RICHIERI-COSTA, A.; GUION-ALMEIDA, M.L. Richieri-Costa-Pereira: um tipo dysostosis acrofacial única: uma visão geral dos casos brasileiros. Sou. **J. Med. Genet.** 155A: 322-331, 2011.

RICHIERI-COSTA, A.; PEREIRA, S.C.S. Short stature, Robin sequence, cleft mandibule, pré/posaxial hand anomalies, and clubfoot: a new autossomal recessive syndrome. **Am J Méd Genet.**1992; 42:681-7.

TABITH, A. JR.; BENTO-GOLÇALVES, C.G.A. Laryngeal malformations in the Richieri-Costa and Pereira forma of acrofacial dysostosis. **Am J Med Genet.**1996; 66: 399-402.

WALTER-NICOLET, E.; COËSLER, A.; JORIOT, S.; KACET, N.; MOERMAN, A.; MANOUVRIER-HANU, S. The Richieri Costa and Pereira form of acrofacial dysostosis: first case in a non-Brazilian infant. **Am J Med Genet**.1999; 87 (5):430-3.

---

[i] WALTER-NICOLET E, COËSLER A, JORIOT S KACET N, MOERMAN A, MANOUVRIER-HANU S. **The Richieri Costa and Pereira form of acrofacial dysostosis: first case in a non-Brazilian infant.** Am J Med Genet.1999;87 (5):430-3.

[ii] RICHIERI-COSTA A, PEREIRA SCS. **Short stature, Robin sequence, cleft mandibule, pré/posaxial hand anomalies, and clubfoot: a new autossomal recessive syndrome.** Am J Méd Genet.1992;42:681-7.

[iii] FAVARO FP, ZECHI-CEIDE RM, ALVAREZ CW, MAXIMINO LP, ANTUNES LFBB, RICHIERI-COSTA A, GUION-ALMEIDA ML. **Richieri-Costa-Pereira: um tipo dysostosis acrofacial única: uma visão geral dos casos brasileiros.** Sou. J. Med. Genet. 155A: 322-331, 2011.

ISSN 2525-8273

[iv] ELLIOTT MA, STUDEN-PAVLOVICH DA, RANALLI DN. **Prevalence of selected pediatric conditions in children with Pierre Robin sequence.** Pediatr Dent. 1995;17:106-11.

[v] TABITH A JR, BENTO-GOLÇALVES CGA. **Laryngeal malformations in the Richieri-Costa and Pereira forma of acrofacial dysostosis.** Am J Med Genet.1996;66:399-402