



Anais do XIX ECENPE – Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis/SC – 02 a 04 de outubro de 2019
ISSN 2525-8273



XIX ENCONTRO CATARINENSE DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

**Tema Central: Perspectivas Contemporâneas: impactos na
prática pediátrica**

**02 a 04 de outubro de 2019
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis/SC**



Anais do XIX ECENPE – Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis/SC – 02 a 04 de outubro de 2019
ISSN 2525-8273

ANAIS

Organizadores:

ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA
ROSÂNGELA INÊS WAYHS

Florianópolis - Santa Catarina – Brasil
02 a 04 de outubro de 2019



[http://www. http://gepesca.paginas.ufsc.br/](http://www.gepesca.paginas.ufsc.br/)

© **Copyright 2019 – Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Enfermagem – GEPESCA – Hospital Infantil Joana de Gusmão**

Ficha Catalográfica

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

E56 Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
 (18.:2019:Florianópolis, SC.)
 Anais do XIX Encontro Catarinense de
Enfermagem Pediátrica, I Jornada do GEPESCA/
Organizadores: Ana Izabel Jatobá de Souza,
Rosângela Inês Wayhs. – Florianópolis: GEPESCA/UFSC,
2019. ISSN: 2525-8273.
 163 p.

Evento realizado na Universidade Federal de
Santa Catarina no período de 2 a 4 de outubro de 2019.

1. Enfermagem Pediátrica – Santa Catarina –
Congressos. I. Souza, Ana Izabel Jatobá de. II.
Anders, Rosângela Inês Whayhs. III.

CDU: 616-083-053.2

Diagramação: Ana Izabel Jatobá de Souza.

Disponível em: [http://: www.gepesca.ufsc.br](http://www.gepesca.ufsc.br)



Anais do XIX ECENPE – Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis/SC – 02 a 04 de outubro de 2019
ISSN 2525-8273

Realização:



Apoio:



Patrocínio:





COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: Enf. Msc. Leandro Oliveira de Matos
Vice-Presidente: Enfa. Esp. Adriana da Silva Bernardes
Tesoureira: Enfa. Esp. Alcione Dair Coutinho de Sousa
Secretária: Enfa. Esp. Nádia Texeira

COMISSÃO EXECUTIVA

Coordenador: **Enf. Msc. Leandro Oliveira de Matos**

Enfa. Msc. Rosângela Inês Wayhs
Enfa. Msc. Renata Celidônio Machado dos Santos
Enfa. Profa. Dra. Jane Cristina Anders
Enfa. Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Enfa. Profa. Dra. Juliana Coelho Pina
Enfa. Profa. Dra. Valéria de Cássia Sparapani
Enfa. Msc. Claudia Koch Geremias
Enfa. Esp. Rafaela Vandresen Nascimento
Téc. Enf. Márcia Rodrigues Rodrigues

COMISSÃO CIENTÍFICA

Coordenadora: **Enfa. Msc. Renata Celidônio Machado dos Santos**

Enfa. Msc. Rosângela Inês Wayhs
Enfa. Msc. Maribel Cristina Weschenfelder
Enfa. Dra. Juliana Homem da Luz
Enfa. Profa. Dra. Jane Cristina Anders
Enfa. Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Enfa. Profa. Dra. Juliana Coelho Pina
Enfa. Profa. Dra. Valéria de Cássia Sparapani

COMISSÃO DE FINANÇAS

Coordenadora: **Enfa. Msc. Marta Regina Bauer Barbosa**

Enfa. Esp. Alcione Dair Coutinho de Sousa

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Coordenadora: **Enfa. Msc. Cláudia Koch**

Enfa. Profa. Dra. Valéria de Cássia Sparapani
Enfa. Esp. Ana Paula de Araújo

COMISSÃO DE SECRETARIA

Coordenadora: **Enfa. Esp. Rafaela Vandresen**

Enfa. Esp. Nádia Texeira

COMISSÃO LOCAL, RECEPÇÃO, TRANSPORTE E HOSPEDAGEM

Coordenador: **Enf. Charles Alberto Teixeira Filho**

Enfa. Esp. Adriana da Silva Bernardes
Enfa. Esp. Maristela Maria Cardozo Biazon
Enfa. Dra. Giuliana Montagna Micheloto
Enfa. Esp. Cheila Mara Freu

MONITORES: Ac. de Enfermagem Nathália dos Santos Lima



Anais do XIX ECENPE – Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis/SC – 02 a 04 de outubro de 2019
ISSN 2525-8273

Ac. de Enfermagem Maria Eduarda Alves Ferreira
Ac. de Enfermagem Luana Marques da Silva
Ac. de Enfermagem Adriele Souza Kuster
Ac. de Enfermagem Nolly Joner Neto

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA	11
CONFERÊNCIAS, PALESTRAS, MESAS REDONDAS, RODA DE CONVERSA	17
Palestra: Redes de apoio no itinerário terapêutico de crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde - desvelando o diagnóstico e estruturando a continuidade do cuidado	17
Mesa Redonda: Os diferentes cenários do cuidado com crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde	22
Palestra: Prática avançada em Enfermagem Pediátrica – interfaces entre o ensino, a pesquisa e a assistência à criança, adolescente e família	24
Mesa Redonda: Práticas integrativas complementares	27
- Atividades assistidas com animais	
- Acupuntura Digital - Trigramas chineses na prevenção e tratamento de crianças	29
Roda de Conversa: Dialogando sobre segurança do paciente pediátrico: <i>Cases</i> de sucesso	31
- Instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas.	
- Segurança do paciente: redução a reexposição a radiação ionizante relacionado ao Raio-X	35
Conferência: Cuidados com a pele do RN - desafios para a prática assistencial	39
SESSÃO PÔSTER	43
Avanços na saúde infantil: resgate histórico no estado de Santa Catarina – Brasil	44
Criança com doença crônica colonizada por bactéria multirresistente: implicações no itinerário terapêutico	48
Itinerário terapêutico e enfrentamento das famílias de crianças e adolescentes com transtorno na saúde mental	51
Contexto familiar dos adolescentes de ensino médio do Instituto Federal de Santa Catarina	55
O uso da simulação para a educação permanente em saúde da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde: contribuições para o cuidado da criança dependente de tecnologia	59
A importância do conhecimento do perfil epidemiológico para a melhoria na assistência em enfermagem: relato de experiência	64
O cuidado de enfermagem através da educação em saúde em um hospital pediátrico: um relato de experiência	68

O processo de revelação do diagnóstico de crianças com Síndrome de Down: revisão integrativa de literatura	71
Intervenção para melhora da cobertura vacinal de crianças em idade escolar de um distrito sanitário em Curitiba: um relato de experiência	75
Construção de um boneco para o preparo da criança com diabetes mellitus para a autoaplicação da insulina	78
Perfil epidemiológico dos nascidos vivos segundo o tipo de parto na região da grande Florianópolis no período de 2009 a 2018	81
Implementação da carteirinha do paciente seguro em uma unidade de internação cirúrgica: um relato de experiência	85
Evento adverso relacionado a erro de via – sonda gástrica: uma revisão de literatura	88
Capacitação em primeiros socorros para comunidades acadêmicas da rede estadual de educação da grande Florianópolis	92
Avaliação de dor em criança com queimadura: relato de experiência	95
A contribuição da intervenção assistida por animais no ambiente de hospitalização pediátrica: revisão de literatura	98
Capacitação em acolhimento com classificação de risco em pediatria: relato de experiência	102
Orientações de familiares em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar	104
Utilização de cromoterapia na redução da dor e desconforto em sala de recuperação pós-anestésica pediátrica	109
Terapia pela cor na área da saúde: revisão integrativa	111
O lúdico como facilitador na consulta de puericultura	115
Violência neonatal intra-hospitalar: relato de experiência	119
A elaboração de um livro de história infantil para a coleta de sangue na pediatria	121
Brinquedo terapêutico instrucional: elaboração de uma boneca para preparo da criança para vacinação	125
Aspectos clínicos e terapêuticos de crianças que sofreram queimaduras em acompanhamento ambulatorial	128
Cuidar da criança e do adolescente com transtorno mental no hospital: um desafio diário	133
Análise da cobertura vacinal da grande Florianópolis no período de 2014 a 2018: desafios e perspectivas	137
Musicoterapia aplicada a assistência de enfermagem em pacientes pediátricos	141
Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com queimaduras agudas atendidos em consulta de enfermagem ambulatorial	144
Consulta de puericultura realizada por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	148
Prevenção de infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes: criação de um jogo de tabuleiro	152
Implantação e implementação do processo de enfermagem em unidade pediátrica: uma construção coletiva	155



Realização de testes de acuidade visual: melhorando a qualidade de vida das crianças	158
Liga acadêmica de Pediatria e Hebiatria em Enfermagem e suas contribuições de um futuro profissional	161

APRESENTAÇÃO

Prezado (a) Participante,

Sejam bem vind@s!

É com grande satisfação que realizamos mais um Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica (ECENPE). Este evento que tem garantido espaço para a atualização e desenvolvimento dos profissionais da área da Enfermagem Pediátrica.

Sabemos que na atualidade em 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 melhoria da qualidade do cuidado prestado às crianças e adolescentes.

Com o objetivo de promover discussão e reflexão acerca das perspectivas contemporâneas em Pediatria e os impactos na prática da Enfermagem, apresentamos a síntese dos momentos vividos durante as conferências, mesas redondas e apresentação de trabalhos, certos de termos compartilhado saberes em busca de uma Enfermagem Pediátrica cada vez mais fortalecida e coerente com os princípios que norteiam a prática do cuidado à criança, adolescente e família, contribuindo positivamente para a formação, capacitação e atualização de profissionais.

O ECENPE 2019 nos leva a refletir sobre o 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.

Estamos certos de que retornaremos para nossas instituições, reabastecidos e dispostos a compartilhar aquilo que aprendemos com os que ficaram. E acima de tudo, estamos certos de podermos exercitar, no dia a dia, a prática de um cuidado profissional em suas múltiplas dimensões, contribuindo para a capacitação e a sensibilização de colegas e gestores fortalecendo as ações que conduzem a prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade ao paciente pediátrico e de sua família.

Esperamos então, que, as senhoras e os senhores, aproveitem o conteúdo e se inspirem, desejando um até breve. Até o próximo Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica.

Muitíssimo Obrigado!

Cordialmente,

Comissão Organizadora



PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Tema Central: Perspectivas Contemporâneas: impactos na prática pediátrica

Quarta-feira - 02/10/2019

CURSOS PRÉ EVENTO

02/10/2019 - QUARTA-FEIRA

8h - 17h: Capacitação e habilitação do enfermeiro para punção intra-óssea

Ministrante: Enfa. Esp. Euseli de Assis Batista -Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC.

14h - 17h: Brinquedo terapêutico no cenário do cuidado em Enfermagem Pediátrica

Ministrantes: Enfa. Profa. Dra. Juliana Homem da Luz - Departamento de Enfermagem/UFSC e Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis/SC e Enfa. Profa. Msc. Lidianne Ferreira Schultz – Associação Educacional Luterana Bom Jesus/Enfermagem. Joinville/SC.

18h - 19h: Inscrições e credenciamento.

Local: Hall de entrada do auditório do CCS/UFSC.

19h - 20h: Sessão solene de abertura - Auditório do CCS/UFSC.

20h - 20h45min: Conferência de Abertura

Perspectivas contemporâneas em Pediatria - impactos na prática de enfermagem

Enfa. Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso - Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde - UNIOESTE. Cascavel/PR.

20h45min: Coquetel



Quinta-feira - 03/10/2019

8h - 08h40min: Palestra

Redes de apoio no itinerário terapêutico de crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde - desvelando o diagnóstico e estruturando a continuidade do cuidado

Enfa. Esp. Miriã Avelino Prado - Serviço de Atenção Domiciliar - Secretaria Municipal. Ribeirão Preto/SP.

Coordenadora: Enfa. Profa. Dra. Juliana Coelho Pina - Departamento de Enfermagem - UFSC - Florianópolis/SC.

8h40min - 9h50min: Mesa Redonda

Os diferentes cenários do cuidado com crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde

Enfa. Esp. Mariana Ceolin Tessele - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC.

Assist. Soc. Msc. Sabrina Lopes Torres - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC.

Enfa. Esp. Fabrícia Martins Silva - Diretoria de Atenção Primária. São José/SC.

Sr. Rafael Coimbra - Grupo Fazer Mais. Florianópolis/SC.

Coordenadora: Enfa. Esp. Miriã Avelino Prado - Serviço de Atenção Domiciliar - Secretaria Municipal. Ribeirão Preto/SP.

9h50min: Coffee Break

10h15min - 11h: Conferência

Ética e responsabilidade profissional em mídias sociais

Enf. Daniel Matias Ghizoni - Conselho Regional de Enfermagem - Blumenau/SC.

Coordenadora: Enfa. Dra. Helga Regina Bresciani - Conselho Regional de Enfermagem - Florianópolis/SC.

11h - 11h45: Palestra

Prática avançada em Enfermagem Pediátrica - interfaces entre o ensino, a pesquisa e a assistência à criança, adolescente e família

Enfa. Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso - Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde - UNIOESTE. Cascavel/PR.

Coordenador: Enf. Charles Alberto Teixeira Filho - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC.

11h45min: Intervalo para Almoço

13h30min - 14h45min: Mesa Redonda



Práticas integrativas complementares

- **Atividades assistidas com animais** - Enfa. Cláudia Filipa de Freitas Aguiar - ONG Patas do Bem. Florianópolis/SC.
- **Acupuntura Digital - Trigramas chineses na prevenção e tratamento de crianças** - Enfa. Msc. Simone Mai - Medicina Chinesa. Florianópolis/SC.
- **Benefícios do Reiki em RN** - Enfa. Esp. Rosinete Adélia da Conceição - Projeto Equilíbrio. Florianópolis/SC.

Coordenadora: Enfa. Profa. Dra. Juliana Homem da Luz - Departamento de Enfermagem/UFSC, Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis/SC.

14h45min - 16h: Roda de Conversa

Dialogando sobre segurança do paciente pediátrico: Cases de sucess

Enfa. Msc. Marta Regina Bauer Barbosa - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis-SC.

Enfa. Dra. Micheline Fátima da Silva - Hospital Universitário Professor Polidoro Ernani de São Thiago. Florianópolis/SC.

Enfa. Esp. Ediane Menegazzo - Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria. Joinville/SC.

Enfa. Msc. Sabrina de Souza - Hospital de Clínicas. Curitiba/PR.

Coordenadora: - Enfa. Profa. Dra. Jane Cristina Anders - Departamento de Enfermagem - UFSC. Florianópolis/SC.

16h: Coffee Break

16h30min - 17h15min: Conferência

Novas tecnologias na assistência à criança e adolescente com diabetes mellitus tipo I

Enfa. Profa. Dra. Valéria de Cássia Sparapani - Departamento de Enfermagem - UFSC. Florianópolis/SC

Coordenadora: Enfa. Dra Ivana Maria Fossari - Hospital Universitário Professor Polidoro Ernani de São Thiago. Florianópolis/SC.

Sexta-feira - 04/10/2019

8h - 08h50min: Palestra

Doenças imunopreveníveis

Enfa. Esp. Alda Maria Rodolfo da Silva e Enfa. Esp. Gisele Barreto - Diretoria de Vigilância Epidemiológica - Divisão de Imunopreveníveis - SES. Florianópolis/SC.

Coordenadora: Enfa. Profa. Dra. Monique Haenscke Senna Schlickmann - Departamento de Enfermagem -UFSC. Florianópolis/SC.

08h50min - 09h50min: Palestra

Os desafios e as novas perspectivas da imunização na infância



Enfa. Esp. Arieli Schiessl Fialho: Diretoria de Vigilância Epidemiológica - Divisão de Imunização -SES. Florianópolis/SC.

Coordenadora: Enfa. Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza - Departamento de Enfermagem - UFSC. Florianópolis/SC.

9h50min: Coffee Break

10h10min - 11h10min: Conferência

Descomplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Enf. Dr. Marcelo Chanes - Empresa Marcelo Chanes. São Paulo/SP.

Coordenadora: Enfa. Msc. Renata Celidônio Machado dos Santos - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC.

11h10min - 12h30min: Mesa Redonda

Tecnologias avançadas utilizadas no cuidado pediátrico

- **Máscara laríngea** - Enf. Msc. André Ricardo Moreira - Aeroespacial Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis/SC.

- **Máscara de alto fluxo** - Enfa. Esp. Larita Helena Albieri de Almeida - Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. Porto Alegre/RS.

- **Punção intra-óssea** - Enfa. Esp. Euseli de Assis Batista - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC

- **Cateter Central de Inserção Periférica** - Enfa. Msc. Sabrina de Souza - Hospital de Clínicas. Curitiba/PR.

Coordenador: Enf. Msc. Leandro Oliveira de Matos -Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC.

12h30min: Intervalo para Almoço

14h - 14h45min: Mesa Redonda

Tecnologias para monitoramento online/remoto em Pediatria

- **Monitoramento online de pacientes em ventilação mecânica** - Fisiot. Esp. Eduardo Stefano Benedet e Fisiot. Esp. Aline Spillere - FisioDom Saúde. Florianópolis/SC.

- **Cicladora Home Choice Claria para diálise peritoneal** - Enfa. Esp. Regina Brainta - Empresa Baxter Hospitalar. Curitiba/PR.

Coordenadora: Enfa. Msc. Maribel Cristina Weschenfelder - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC.

14h45min - 15h30min: Conferência

Cuidados com a pele do RN - desafios para a prática assistencial

- Enfa. Dra. Simone Vidal Santos - Hospital Universitário Professor Polidoro Ernani de São Thiago. Florianópolis/SC.



Coordenadora: Enfa. Dra. Giuliana Montagna Micheloto - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC.

15h30min: Coffee Break

15h50min - 16h30min: Palestra

Abordagem nutricional no autismo

- Nutr. Esp. Maria Rosa Etcheverry C. Rodrigues – Clínica Therapeuticum. Florianópolis/SC.
- **Coordenadora:** Enfa. Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke - Departamento de Enfermagem - UFSC. Florianópolis/SC.

16h30min - 17h: Palestra

Parentalidade positiva

- Dra. Cláudia Maria Lorenzo - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC.
- **Coordenadora:** Enfa. Dra. Micheline Fátima da Silva - Hospital Universitário Professor Polidoro Ernani de São Thiago. Florianópolis/SC.

17h - 17h30min: Conferência

A interface da Genética e Enfermagem nas doenças raras

- Dra. Gisele Rozone de Luca - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC.
- Coordenadora:** Enfa. Profa. Dra. Jane Cristina Anders - Departamento de Enfermagem - UFSC. Florianópolis/SC.

17h30min: Homenagens e Encerramento



Anais do XIX ECENPE – Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis/SC – 02 a 04 de outubro de 2019
ISSN 2525-8273

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



Anais do XIX ECENPE – Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis/SC – 02 a 04 de outubro de 2019
ISSN 2525-8273

CONFERÊNCIAS, PALESTRAS
MESAS REDONDAS, RODA DE CONVERSA

Palestra: Redes de apoio no itinerário terapêutico de crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde - desvelando o diagnóstico e estruturando a continuidade do cuidado.

Palestrante: Enfa. Esp. Miriã Avelino Prado - Serviço de Atenção Domiciliar - Secretaria Municipal. Ribeirão Preto/SP.

RESUMO: as Redes de Atenção à Saúde são os arranjos dos serviços e ações, de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado por meio da integração com sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão¹. O termo itinerário terapêutico tem sido compreendido como a sucessão de acontecimentos e decisões desencadeados pelas pessoas que constroem uma determinada trajetória na preservação ou recuperação da saúde. Nem sempre os caminhos percorridos pelas pessoas em busca de cuidados coincidem com a organização e os fluxos pré-determinados na rede de atenção. Compreender esses caminhos possibilita aos trabalhadores, gestores e usuários, subsidiar escolhas que garantam o acesso oportuno e o cuidado contínuo, propiciando assim vínculo, autonomia e resolutividade². As crianças e adolescentes atendidas pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), muitas vezes dependem de tecnologias com especificidades as quais exigem a garantia de acesso a outros serviços e setores e da continuidade do seguimento com a Atenção Básica. A formalização de fluxos nos serviços permite a reflexão das necessidades a partir da prática e o planejamento da atenção, devendo ser constantemente reavaliado. **OBJETIVO:** apresentar o fluxo do Serviço de Atenção Domiciliar de um município do Estado de São Paulo no atendimento às crianças e adolescentes dependentes de tecnologia. **MÉTODO:** trata-se de um estudo qualitativo do tipo relato de experiência. O cenário referido constitui de um município do interior de São Paulo que possui cinco Distritos de Saúde e que totaliza população estimada de 703.293 pessoas para 2019. Cada um dos Distritos possui um serviço de urgência e emergência, Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia de Saúde da Família, sendo a cobertura, da ESF, no município de 22%. Conta com ambulatorios de especialidades: Núcleo de Atenção ao Deficiente; Centro de Reabilitação, Centro Integrado de Reabilitação e Núcleo de Gestão Assistencial. Possui treze hospitais, dentre estes, públicos e particulares. Conta com universidades com cursos na área de saúde e com estagiários que circulam nos serviços. Possui ainda almoxarifado, apoio diagnóstico, sistema de regulação, rede de transporte e vigilância em saúde. O SAD é composto por quatro Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e uma Equipe Multiprofissional de Apoio composta por dentista, assistente social e fonoaudiólogo. Atuando de segunda-feira à sexta-feira e aos finais de semana e feriados para continuidade da assistência relacionada. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** neste momento 10% dos usuários do SAD são crianças ou adolescentes, somando total de 76 pessoas. Para serem atendidas pelo SAD as crianças e adolescentes são encaminhadas pelo hospital ou pelas unidades

de saúde por meio do Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar (disponível na página da Secretária da Saúde no link do Serviço de Atenção Domiciliar no site da prefeitura) via e-mail e por vezes, discute-se o caso por meio de contato telefônico. Este formulário deve ser preenchido com dados pessoais do paciente, do solicitante e informações clínicas relevantes. Quando o paciente é dependente de tecnologia (suporte ventilatório, oxigênio, etc.) e está hospitalizado, antes da alta é realizada uma visita beira leito com intuito da identificação de referência e início da construção de vínculo entre a equipe e o paciente, o (s) cuidador (es) e a equipe de referência terciária; e de tentar responder algumas questões, por exemplo: O paciente tem cuidador? Quais são os cuidados, insumos e equipamentos que o mesmo necessita? Qual é o plano de cuidados? Se em uso de dispositivos (cânula de traqueostomia, gastrostomia, sondas etc.) quem fará a troca da cânula de traqueostomia? Tem contra-indicação de trocas no domicílio? Quem foi capacitado para os cuidados no domicílio? Capacitado quanto a quais cuidados? Quem poderá manusear os equipamentos? É realizado também uma visita domiciliar antes da alta do paciente com objetivo de observar, analisar e orientar os cuidadores acerca de questões específicas do domicílio como higiene, organização, energia elétrica (oficial ou clandestina, disposição de tomadas), dinâmica familiar (de forma a sugerir o compartilhamento do papel de cuidador), renda familiar (para o encaminhamento para programas sociais), disposição dos móveis (mesa de apoio, espaço), etc. Ainda antes da alta hospitalar (de preferência) o plano de cuidados é formalizado no documento Relatório de Competências firmando a responsabilidade entre a equipe de referência terciária, a coordenação do SAD, o médico da equipe de referência, à unidade de saúde do território de abrangência, e do secretário da saúde. Também são encaminhados via malote e por e-mail uma comunicação da prioridade de assistência/serviço para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e para a companhia de distribuição de energia elétrica. A alta hospitalar é programada para acontecer de segunda a quarta-feira, garantindo assistência da equipe na transição para o domicílio. No domicílio, além do atendimento multiprofissional, pode ser solicitado acompanhamento da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). Conforme cada caso, é expedido receituário com os insumos a serem fornecidos pela unidade de saúde de referência do território. **CONCLUSÃO:** A definição de fluxos para o atendimento às crianças e adolescentes faz-se necessário no intuito de garantir a assistência, a continuidade do cuidado, a interlocução e responsabilização entre os diversos pontos da atenção. Dentre os caminhos percorridos pelos cuidadores e pacientes, os aqui descritos são os fluxos pré-determinados pela gestão do serviço, sabemos, no entanto, que os cuidadores percorrem e constroem vários outros caminhos, os quais também carecem ser observados e analisados a fim de se ampliar as possibilidades de acesso e de autonomia dos usuários.

Descritores: Serviços de Saúde; Assistência Domiciliar; Integralidade em Saúde.

REFERÊNCIAS:

Brasil. **Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2016.

Brasil. **Programa melhor em casa** – Rede Humaniza SUS, De 13 de Setembro de 2015. Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015.
-----, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília, 2012. v.1.

-----, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. **Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa** – Brasília, 2016.

Brasil. **Portaria Nº 2.527, de 27 de outubro de 2011.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

Duarte, YAO; Diogo, MJE. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005.

Duarte, Y; Lebrão, ML; Lima, FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 17, n. 5/6, p.370-8, 2005.

Freire, P. **Conscientização.** São Paulo, Moraes, 1980.

Merhy, EE. **Saúde:** cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora: HUCITEC, 2002.

Miguel, JRA.; MOTTI, M.C.J. **Mobilidade, um sério problema para o idoso.** 2007. Disponível em: www.medicinageriatrica.com.br/tag/síndrome-da-imobilidade. Acesso em: 01 de maio de 2015.

Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Relatório mundial/Tradução com a colaboração da OPAS/OMS. Brasília: OMS, 2002. 105 p.

Ribeirão Preto. **Manuais de Atenção Domiciliar.**
<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/sad/il6indice.php>

Smeltzer, SC; Bare, BG. **Brunner & Suddarth:** tratado de enfermagem médico - cirúrgica. v. 2. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.



Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório mundial/Tradução com a colaboração da OPAS/OMS. Brasília: OMS, 2002. 105 p.

Mesa Redonda: Os diferentes cenários do cuidado com crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde

Palestrante: Enfa. Esp. Mariana Ceolin Tessele - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis/SC.

RESUMO: a participação no ECENPE visa compartilhar a experiência vivida em uma unidade de cuidados para crianças com condições crônicas de saúde, o papel do enfermeiro como sujeito capaz de disseminar o conhecimento e realizar o cuidado integral à criança e família. O uso de vacinas, o advento da antibioticoterapia, as cesarianas, o avanço da medicina neonatal e cirurgia pediátrica trouxe grandes mudanças para o cenário pediátrico, trazendo consigo um novo perfil de crianças com condições crônicas de saúde. Neste contexto o termo condições crônicas complexas (CCC) ainda pouco definido, constitui-se em limitações que podem ser físicas ou mentais, que necessitam de suporte, seja ele por terapias medicamentosas, nutricional, tecnologias, fisioterapia, fonoaudiologia, dentre outros instrumentos da medicina atual. A participação abordará o desvelar do diagnóstico, enfatizando as expectativas da equipe de saúde e familiares quanto a evolução da criança e da doença. Os desafios vividos diariamente durante a hospitalização, intercorrências, internações prolongadas, desgaste do cuidador e mudança da dinâmica familiar. O enfoque será a participação da equipe de enfermagem nesse cenário preparando a família para alta hospitalar. A orientação sobre os cuidados com traqueostomia, gastrostomias, e demais dispositivos utilizados pela criança, além das possíveis complicações no âmbito domiciliar e como reagir frente a elas. Ilustrar as dificuldades burocráticas enfrentadas para a aquisição de equipamentos e materiais necessários para os cuidados diários a criança, bem como o encaminhamento multiprofissional no atendimento ambulatorial. O papel do enfermeiro na organização do cuidado e a importância da articulação entre os sistemas de saúde são assuntos que necessitam ser discutidos para melhor atender esta população.

REFERÊNCIAS:

Valadares, MTM; Mota, JAC; Oliveira, MB. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. **Revista Bioética** [online]. 2013, 21(3), 486-493 [fecha de Consulta 5 de Septiembre de 2019]. ISSN: 1983-8042. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533263013>.

Moreira, MCN al. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 33, n. 11 [Acessado 5 setembro 2019], e00189516. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00189516>>. Epub 21 Nov 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189516>.



Martins, PL; Azevedo, CS; Afonso, SBC. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. **Saúde e Sociedade** [online]. 2018, v. 27, n. 4 [Acessado 5 setembro 2019], pp. 1218-1229. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170402>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170402>.

Título: Prática avançada em Enfermagem Pediátrica - interfaces entre o ensino, a pesquisa e a assistência à criança, adolescente e família

Palestrante: Enfa. Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso - Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde - UNIOESTE. Cascavel/PR.

RESUMO: o conceito de práticas avançadas de Enfermagem foi definido pelo Conselho Internacional de Enfermagem, em 2008: “Enfermeiras especializadas que adquiriram o início do conhecimento especializado, a habilidade de tomar decisões complexas e as habilidades clínicas necessárias para realizar a profissão. Essas características resultam do contexto e do país em que o enfermeiro é acreditado para a prática. Para ingressar na profissão, recomenda-se uma qualificação universitária de nível intermediário”. As duas denominações para essa função mais encontradas na literatura são a *nurse practitioner* (NP), ou *advanced nurse practitioner* (ANP) que atua na atenção primária à saúde e a *nurse specialist* (NS), ou *clinical nurse specialist* (CNS), que atua no nível ambulatorial especializado ou hospitalar. **OBJETIVOS:** descrever o desenvolvimento global das funções da enfermeira de prática avançada e da enfermeira clínica especialista; Revisar os resultados de estudos sobre as contribuições da enfermagem prática avançada; descrever exemplos de programas para preparar enfermeiras para a função de prática avançada; Explorar interfaces entre, ensino, pesquisa e assistência à criança, adolescente e família. **Funções da Enfermeira de prática Avançada:** nos países onde é adotada desde os anos 60 do século passado, inicialmente, tinha a finalidade de oferecer atenção primária de saúde (APS) para populações rurais ou em áreas remotas nas quais quase não havia médicos, em que o enfermeiro substitua o médico, assumindo parte de suas funções. Atualmente, os enfermeiros de prática avançada atuam tanto como substitutos dos médicos da APS quanto como complementares ao trabalho médico. Estudos que avaliam os resultados desse trabalho nos processos de atendimento e na utilização dos serviços pelos pacientes, tem concluído que, em comparação com os médicos, os enfermeiros de prática avançada fornecem qualidade igual ou possivelmente melhor dos cuidados e resultados de saúde. Com os enfermeiros, é provável que os níveis de satisfação do paciente sejam maiores, as consultas duram mais e as visitas de retorno são realizadas com um pouco mais de frequência do que com os médicos (Laurant et., 2019). O Advanced Nurse Practitioner realiza o cuidado clínico (ser o primeiro contato para indivíduos com problemas de menor gravidade; realizar o seguimento de rotina de pessoas com condições crônicas; prescrever medicamentos e solicitar exames); ensinar e supervisionar outros profissionais; assumir a gerência de casos baseada em protocolos clínicos/de cuidado; assumir a gerência da equipe. O Clinical Nurse Specialist atua na prática clínica, liderança e consultoria, educação e treinamento, desenvolvimento do serviço, pesquisa e avaliação. Ambos são responsáveis por: realizar exame físico;

decidir e implementar o tratamento, incluindo a prescrição de medicamentos, ou referir pacientes para o especialista apropriado; usar seus conhecimentos e julgamento clínico para estabelecer a hipótese diagnóstica e se for o caso, fazer o diagnóstico final; planejar e providenciar habilidades e cuidado competente que satisfaça as necessidades de saúde e sociais do paciente, envolvendo outros membros da equipe de saúde quando necessário e indicado; providenciar a continuidade do cuidado, incluindo visitas de seguimento; analisar e avaliar com os pacientes, a efetividade do tratamento e cuidado providenciado e fazer as mudanças necessárias; trabalhar de forma independente e como parte da equipe de saúde; proporcionar liderança; ter a certeza de que o cuidado e o tratamento de cada paciente está baseado na melhor prática. **Contribuições da prática avançada:** para os pacientes: Aspectos Favoráveis - Melhora no acesso aos serviços de saúde (redução de barreiras organizacionais); Aumento na qualidade da relação profissional-paciente; Melhor comunicação entre o paciente e o enfermeiro; Tempo de duração da consulta maior; Melhor adesão ao tratamento; Melhor seguimento/acompanhamento do paciente. Aspectos Desfavoráveis - Redução da liberdade do paciente em escolher o profissional que o atenderá, pois o primeiro contato passa a ser responsabilidade do enfermeiro; Insegurança do paciente em seguir a prescrição do enfermeiro. Para os Enfermeiros: Aspectos Favoráveis - Melhor reconhecimento profissional do enfermeiro por parte dos pacientes e dos demais profissionais; Aumento do poder técnico; Aumento do corpo de conhecimento profissional; Maior satisfação no trabalho, em função do aumento da resolutividade da sua prática. Aspectos Desfavoráveis - Sobrecarga de trabalho, pois o enfermeiro continua a exercer suas atividades rotineiras tradicionais somadas às práticas clínicas adicionais; Aumento de trabalho não corresponde a aumento salarial equivalente; Conflitos de trabalho com médicos que resistem em reconhecer a prática clínica do enfermeiro no local de trabalho; Conflitos de trabalho com outros profissionais de enfermagem sem qualificação para a atuação ampliada; Relutância dos enfermeiros para delegação de funções para os healthcare assistants; Enfermeiros mal preparados para assumir as funções ampliadas. **Exemplos de programas de formação:** em programa de formação do nurse practitioner dos EUA, a formação compreende 50 créditos distribuídos em dois anos, contemplando disciplinas como: Manuseio e Análise de Dados Clínicos; Escrita para Publicação; Prática Baseada em Evidências: projeto e utilização; Filosofia, Teoria e Conceito: fundamentos da enfermagem prática avançada; Estratégias da prática baseada em evidências; Saúde da população na enfermagem prática avançada; Informática para enfermagem prática avançada; Liderança interdisciplinar desenvolvimento da função para excelência prática; Políticas de saúde: implicações no cuidado. Em programa na Inglaterra, o curso decorre com a oferta de disciplinas num tronco comum, incluindo: introdução a pesquisa e análise de dados, fundamentos da prática avançada, dissertação; e a formação específica, como na área Neonatal: exame



físico avançado em neonatos, pensamento crítico e hipótese diagnósticas em neonatologia, prescrição médica independente e suplementar, fisiopatologia neonatal avançada; sendo três dias por semana de prática clínica. **Interfaces entre ensino, pesquisa e assistência:** para que essa prática ocorra com segurança, é necessário obter conhecimento específico de prática avançada pediátrica e habilidades clínicas; aliada a formação que confere a competência da atuação e dá garantias legais ao profissional para a execução da função; a utilização e participação em pesquisas é fundamental para guiar a prática que deve ser embasada nas melhores e mais atuais evidências científicas; além disso, desenvolvimento de identidade profissional conferida pela maior autonomia que a função predispõe; somada a liderança clínica e profissional, com o desenvolvimento do cuidado holístico, enfocando a criança e sua família.

Mesa Redonda: Práticas integrativas complementares

Título: Atividades assistidas com animais

Palestrante: Enfa. Cláudia Filipa de Freitas Aguiar - ONG Patas do Bem. Florianópolis/SC.

RESUMO: os animais sempre fizeram parte do inconsciente coletivo, passando ao homem a ideia de companheirismo e fidelidade e tal proximidade permitiu ao homem e animal estabelecer estreitas relações. Desde as pinturas rupestres os animais demonstram a importância de seu papel, pois, eram vistos de forma representativa para o homem, seja como referência de poder físico ou espiritual. Deve-se notar a importância da presença dos animais como fundamental, para situar o homem e suas aspirações em diferentes culturas, distribuídas ao redor do mundo, em diferentes épocas. Esta relação tem um peso histórico na socialização e mudança do comportamento da sociedade, permitindo iniciar este processo no momento em que trouxe estes animais para suas fazendas, e então quintais, para finalmente, trazê-los para dentro de casa. O uso dos animais para fins terapêuticos já era visível no século XVIII, quando surgiam teorias sobre a influência positiva dos animais de estimação em relação a doenças mentais. Ao longo da história mostram-se o uso de animais para o alívio da atmosfera em locais de tratamento de transtornos mentais, tratamento de epiléticos e na aplicação na reabilitação de soldados em Nova York, um projeto patrocinado pela Cruz Vermelha, que usava cães, cavalos e animais de fazenda para a diversão nos intensos programas terapêuticos. No Brasil este tipo de abordagem foi iniciado através da Dra. Nise da Silveira, médica psiquiatra, que se utilizou da presença dos animais durante o tratamento de pacientes de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, na década de 50. Esta foi seguida por Boris Levinson, que aplicou esta estratégia com crianças na década de 60. Na história da enfermagem, Florence Nightingale já defendia os benefícios do uso de animais para a recuperação e cuidado dos pacientes, alegando que um pequeno animal poderia ser uma boa companhia para aqueles que estão doentes. Nas décadas de 70 e 80 as pesquisas em torno da utilização de animais se intensificaram, e ao longo das últimas décadas este assunto vem sendo cada vez mais presente e discutido em meio científico, com intuito de inserir os animais e seu potencial terapêutico nos mais diversos campos da saúde. As chamadas Atividades Assistida por Animais (AAA) são caracterizadas pela visita de animais a um determinado local com intenção de promover recreação e distração por meio do convívio entre animais e pessoas. Seu objetivo é promover o desenvolvimento de um relacionamento que proporciona além do entretenimento a oportunidades de motivação com intenção de melhorar a qualidade de vida. A TAA pode ser uma estratégia para melhoria da qualidade da saúde mental e física de crianças em situação de internação, vulnerabilidade social ou durante o tratamento de doenças crônicas ou agudas. É uma estratégia inovadora, ainda pouco pesquisada, e que



demonstra o potencial de proporcionar a socialização, catarse e o lúdico para estas crianças. O não julgamento associado ao carinho e amor incondicional que estes animais podem demonstrar são o fator catalítico para fortalecer os laços entre paciente e animal terapeuta, tornando assim muitas vezes um momento de incertezas e dor em algo superável, aonde a criança se sente acolhida e segura.

Título: Acupuntura Digital - Trigramas chineses na prevenção e tratamento de crianças

Palestrante: Enfa. Especialista em acupuntura e fitoterapia chinesa. Formação em Medicina Chinesa pela Shandong University of TCM, China. Mestre Reiki. Florianópolis/SC. Endereço eletrônico: acupunturistasimone@gmail.com.

RESUMO: a Medicina Chinesa se fundamenta em algumas leis para o equilíbrio vital da Natureza. A primeira delas destaca que a energia é o princípio integrador e regulador de todo ente físico-químico. A energia é uma substância energética que flui do ambiente para o corpo. Essa energia possui função nutritiva e de organização celular, que transpõe os aportes nutricionais e ar. O corpo humano capta essa energia através de “portais” de entrada localizados na pele, os pontos de acupuntura. Essa energia penetra para o interior dos órgãos e vísceras, acarretando ao organismo a energia que sustenta a vida. Para Einstein o ser humano é um organismo multidimensional com complexos campos energéticos reguladores. Sendo assim a Medicina Chinesa, objetiva a cura com a manipulação dos campos energéticos e injetando energia no corpo. A segunda lei direciona sobre a polaridade energética: Todo ente vital responde à duas forças opostas e complementares, yin/yang. O yang representa o masculino, o ativo, o produtivo, associado ao sol, luz, dia, atividade. O yin representa o feminino, o passivo, destrutivo, associado à lua, escuridão, noite, quietude. Essa dualidade energética se amplia por todos os âmbitos da vida e oscilações cósmicas. Para a filosofia chinesa, uma vida saudável (físico, emocional e espiritual) acontece quando o perfeito equilíbrio entre estas energias acontece. terceira lei orienta sobre interdependência em que o Universo e suas manifestações, estão regidos pela “regra” da interdependência, denominada Lei dos Cinco Elementos, que associa a energia aos cinco elementos: fogo, terra, metal, água e madeira. Temos duas interações entre estes elementos: 1- Ciclo de geração, os elementos geram energia para o elemento seguinte (o fogo gera a terra; da terra provém o metal; do metal se origina a água; a água frutifica a madeira; a madeira alimenta o fogo); 2- Ciclo de controle, os elementos controlam ou equilibram uns aos outros (a água apaga o fogo; o fogo derrete o metal; o metal corta a madeira; madeira ataca a terra; a terra controla a água. A medicina chinesa associa cada órgão e víscera do corpo a um dos cinco elementos. O elemento madeira liga-se ao fígado e a vesícula biliar; o elemento fogo ao coração e o intestino delgado; o elemento terra ao baço/pâncreas e ao estômago; o elemento metal aos pulmões e o intestino grosso; e o elemento água aos rins e a bexiga. Dentro da teoria da acupuntura, uma desarmonia vital (corpo, mente ou espírito) pode ocorrer por excesso ou deficiência do fluxo energético. O objetivo da acupuntura é integrar o homem à natureza, pois, se ele se integra a ela, jamais adoecerá, para isso precisa existir um fluxo perfeito de energia, sangue e líquidos orgânicos. Assim, os

órgãos trabalharão em plena harmonia. A Acupuntura Digital - Trigramas Chineses se fundamenta na teoria da Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura e nos símbolos do I ching. Hexagrama é o nome dado, nas versões ocidentais, a cada um dos 64 símbolos que constituem o I Ching. Os oito Trigramas Chineses são os componentes básicos dos hexagramas. Os Trigramas Chineses (pinyin: guia) so símbolos que correspondem aos elementos da natureza (céu, lago, fogo, trovão, vento, água, montanha, terra). Gerando combinações em três linhas, que são compostas pela sequência de linhas contínuas (—) e linhas quebradas (— —). Cada combinação de linhas possuem varias representações: 1- O símbolo do “céu” é composto por três linhas contínuas, corresponde ao elemento metal, possui os movimentos de avançar, corrigir e poder; 2 - O símbolo do “lago” é composto por uma linha quebrada e duas contínuas, corresponde ao elemento metal, possui os movimentos de colher, contente e harmonia; 3- O símbolo do “fogo” é composto por um linha contínua, uma quebrada e uma contínua, corresponde ao elemento fogo, possui os movimentos do brilhar, expandir e adicionar; 4 - O símbolo do “trovão” é composto por duas linhas quebradas e uma continua, corresponde ao elemento madeira, possui os movimentos de agitar, mover e comandar; 5 - O símbolo do “vento” é composto por duas linhas contínuas e uma quebrada, corresponde ao elemento madeira, possui os movimentos de dispersar, liberar e infiltrar; 6- O símbolo da “água” é composto por uma linha quebrada, uma linha continua e uma quebrada, corresponde ao elemento água, possui os movimentos de descer, infiltrar e conduzir; 7- O símbolo da “montanha” é composto por uma linha contínua e duas quebradas, corresponde ao elemento terra, possui os movimentos de acumular, estabilizar e concluir; 8 - O símbolo da “terra” é composto por três linhas quebradas, corresponde ao elemento terra, possui os movimentos de acalmar, aceitar e fluir. Os Trigramas Chineses são desenhados nos pontos de acupuntura, de acordo com a necessidade do corpo. Os símbolos podem ser desenhados diretamente no corpo ou em adesivos e colados na pele. A técnica da Acupuntura Digital- Trigramas Chineses não apresenta contraindicações de idade ou estado fisiológico. As indicações seguem o padrão da acupuntura: alterações metabólicas, sensoriais, psicossomáticas e motoras.

REFERÊNCIAS

- Gerber, R. **Medicina vibracional: uma medicina para o futuro**. São Paulo, SP: Cultrix, 2007.
- Peres, ACN. **Acupuntura I: fundamentos da bioenergética**. Madrid, ES: Cemetc, 2002.
- Peres, AN. **Acupuntura II: semiologia e diagnóstico em medicina tradicional chinesa**. Madri, ES: Cemetc, 2007.
- Ribeiro, A; Marques, EF; Kwang, W. **Acupuntura trigramática - Acupuntura digital - trigramas chineses**. São Paulo, SP: Ed. Própria, 2019.
- Wilhelm, R. **I Ching: o livro das mutações**. São Paulo, SP: Pensamento, 2006.

Roda de Conversa: Dialogando sobre segurança do paciente pediátrico: Cases de sucesso

Título: Instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas

Palestrante: Enfa. Dra. Micheline Fátima da Silva - Hospital Universitário Professor Polidoro Ernani de São Thiago. Florianópolis/SC.

RESUMO: a segurança do paciente pediátrico constitui uma das grandes adversidades para o cuidado em saúde do século XXI, haja vista a existência de assistências falhas geradoras de eventos adversos, o que exige mudanças na prática assistencial, principalmente no que se refere ao processo de comunicação. Compreender a relação entre segurança e o processo de comunicação é um desafio. O processo de comunicação acontece durante toda a assistência ao paciente pediátrico e implica na relação entre os profissionais de saúde, influenciando a tomada de decisões relacionadas com a assistência e/ou com aspectos administrativos. A comunicação efetiva ocorre uma vez que o processo é constituído por trocas, compreensão e, conseqüentemente, entendimento obtido pelos participantes, desta forma, pode-se dizer que a comunicação acontece. Assim, esta pode ser definida como um processo de troca de informações complexo, interativo e bidirecional. Na área hospitalar os processos de comunicação são complexos e dinâmicos. Cabe ressaltar, que a complexidade se refere às múltiplas fontes de informação, ao número de profissionais de diferentes equipes de saúde e às demandas de atividades. Durante a última década, estudos demonstram que deficiências na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de erros, eventos adversos e, portanto, diminuição da qualidade da assistência. O reconhecimento da ocorrência de incidentes e eventos adversos no cuidado em saúde mobilizou a Organização Mundial da Saúde na elaboração de estratégias que possam servir de recurso para a prevenção dessas situações. Nessa perspectiva, foram encontrados na literatura diferentes mnemônicas para a padronização da comunicação eficaz, entre elas a SBAR; ISBAR; SBAR-R ISOBAR, I-PASS Nursing Handoff, Quality of Information Transfer (QUIT) “I-5”. Dentre as diferentes mnemônicas existentes utilizadas para estruturar o processo de comunicação entre os profissionais de saúde, destacou-se a *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR), que foi inicialmente desenvolvida pela Marinha dos Estados Unidos da América (EUA) para padronizar as comunicações importantes e urgentes nos submarinos nucleares, além disto, foi adaptada pela indústria da aviação para fornecer informações concisas e oportunas sobre o status de voo. Na área de saúde este instrumento vem sendo implementado desde 2004 para dar cumprimento às diretrizes de segurança da The Joint Commission. A literatura mostra que estudos de avaliação da técnica SBAR foram realizados nos EUA e outros países como a Austrália, Bélgica, Canadá, China, Alemanha, Reino Unido, Irã

Suécia, Holanda e África do Sul. Ressalta-se que o SBAR é uma estratégia baseada em evidências para melhorar não só a comunicação interprofissional, mas todo o processo de comunicação. Tendo em vista que não é uma técnica independente, deve ser combinada com habilidades de avaliação física minuciosa e um apurado julgamento clínico, bem como, habilidades de pensamento crítico para atingir efetivamente os objetivos que se esperam. É útil para ser usada em qualquer situação, especialmente nas mais críticas, que exigem atenção e ação imediata de um profissional da saúde. Permite focar e definir expectativas para o que será comunicado. A segurança da criança e do adolescente depende de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e tal condição também é fundamental para a passagem de caso e/ou plantão, ambas são atividades complexas em função da instabilidade clínica do paciente pediátrico, o que requer atenção e controle por parte da equipe de saúde. A passagem de caso/plantão (*handoff/handover*) é definida como a transferência da responsabilidade dos cuidados entre profissionais de saúde e na transmissão de informação sobre alguns ou todos os aspectos relacionados com assistência de um ou mais pacientes para outra pessoa ou grupo profissional, de forma temporária ou permanente. Nesta perspectiva a The Joint Commission orienta que os hospitais devem utilizar uma abordagem padronizada e sistematizada para a comunicação na passagem de caso/plantão do paciente de forma a minimizar a possibilidade de ocorrências de eventos adversos. Diante do contexto ora exposto, e considerando a importância do tema, os esforços globais em inserir medidas de prevenção por meio de instrumentos e a importância em investir em estudos que contribuam para comunicação efetiva entre profissionais de saúde em 2017 no Brasil, foi construído e validado o **“Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas”**. Isto o torna uma ferramenta confiável para que seja possível padronizar a comunicação entre os profissionais de saúde na passagem de caso/plantão frente ao paciente pediátrico e a outro profissional. O instrumento construído consiste na descrição das condutas ordenadas sistematicamente para a passagem de caso/plantão e possibilita aos profissionais de saúde a sua execução passo a passo. Acredita-se que é extremamente viável, representando um importante alicerce para efetivação do processo de comunicação, uma vez que minimiza a variabilidade das informações entre estes profissionais de saúde, podendo ser adaptado à realidade de cada instituição de saúde, principalmente quando necessário uma comunicação interpessoal clara e eficaz, porém é necessário que haja um prévio treinamento dos profissionais antes de seu uso. Vale ressaltar que até o ano de 2017 não foi encontrado na literatura nacional e internacional instrumentos validados para a passagem de caso/plantão em unidades pediátricas, o que confere importância, utilidade e ineditismo ao instrumento construído. Recomenda-se para finalização do processo que seja feita a validação clínica em diferentes unidades pediátricas. Considera-se, ainda, a importância de incluir conteúdos relacionados à comunicação e a

segurança do paciente nos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, assim como a implementação de instrumentos de comunicação em serviços de saúde em todo o território nacional.

REFERÊNCIAS:

Institute for Healthcare Improvement. **Conjunto de Ferramentas SBAR**. 2011.

JCI. Joint Commission. **Sentinel event data root causes by event type 2004-2012**. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012.

Kotsakis, A. et al. The development and implementation of an inter-professional simulation based pediatric acute care curriculum for ward health care providers. **Journal of Interprof Care**, v.29, n.4, p.392-4, 2015.

Moura, GMSS; Magalhães, AMM. Atuação do enfermeiro a partir de resultados dos indicadores. In: **Programa de Atualização em Enfermagem – PROENF: Gestão**. Vale EG. (org), Lima JR (org), Felli VE. A. (org). Porto Alegre, Artmed, ciclo 1, v. 2, p.65-96; 2011.

Riesenberg, LA; Leitzsch, J; Little, BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. **American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality**, v.24, n.3, p.196–204, 2009.

Riley, C.M. et al. Assuring Sustainable Gains in Interdisciplinary Performance Improvement: Creating a Shared Mental Model During Operating Room to Cardiac ICU Handoff. **Pediatr Crit Care Med**. v.18, n.9, p.863-868, sep 2017.

Robins, HM; Feng dai, MS. Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. **AANA Journal**, v.83, n.4, p.264-8, aug 2015.

Schilling, MCL. **A comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente**: interfaces e possibilidades no cenário do hospital. 2017. 217p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social. PUCRS.

Silva, MF. et al. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto contexto - enferm**. v.25, n.3, 2016. Epub Oct 03, 2016.



Sousa, FCP. et al. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.3, e1180016, 2017.

Vanderbilt, AA. et el. Increasing patient safety with neonates via handoff communication during delivery: a call for interprofessional health care team training across GME and CME. **Adv Med Educ Pract**. v.7, n.8, p.365-7, jun 2017.

Título: Segurança do paciente: redução a reexposição a radiação ionizante relacionado ao Raio-X

Palestrantes: Ediane Menegazzo - Enfermeira Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente, Gestora de Riscos no Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, Joinville-SC. ediane.m@hjaf.org.br. **Geniana Caroline Bizzani** - Enfermeira Especialista em Centro Cirúrgico e Gestão em Saúde, Supervisora de Enfermagem do Centro de Diagnóstico de Imagem no Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, Joinville-SC. geniana.b@hjaf.org.br. **Rafael Oku Fernandes** - Médico Radiologista, Diretor técnico do Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, Joinville-SC. rafael.o@hjaf.org.br. **Thiago Rodrigo Traesel** - Médico Radiologista, Coordenador Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, Joinville-SC. thiagotraesel@gmail.com. **Valmir João de Souza Filho** - Médico Residente em Radiologia no Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria Joinville-SC. valmirjsfilho@gmail.com.

RESUMO: a prática diagnóstica de tratamento e acompanhamento de pacientes pediátricos que envolvem uso de radiação ionizante tornou-se uma realidade e seus benefícios são inquestionáveis. Porém a crescente utilização destes métodos tem gerado uma preocupação com relação ao risco relacionado aos exames que emitem radiação ionizante, principalmente nas radiografias e tomografias computadorizadas. A radiação ionizante presente nestes exames, apresenta efeito cumulativo no organismo que pode levar a alguns riscos a saúde do paciente, sendo o de maior relevância, alterações celulares que aumentam a chance de desenvolvimento de câncer. O uso da radiação ionizante no público pediátrico amplia esta preocupação, pois estudos recentes demonstram que o risco nesta faixa etária e de duas a três vezes maiores quando comparado ao público adulto. Esse aumento se deve ao fato de que no paciente pediátrico os órgãos e tecidos ainda encontram-se em desenvolvimento, sendo assim mais sensíveis aos efeitos da radiação e também ao fato de que o efeito oncogênico pode apresentar um longo período de latência, portanto crianças tem maior expectativa de vida quando comparadas aos adultos, e terão maior chance de manifestar o câncer induzido pelo efeito da radiação ao longo de suas vidas. Atento as discussões mundiais do risco associado ao uso da radiação ionizante na pediatria e as ações que visam a segurança do paciente, o objetivo deste trabalho foi conhecer o número e os motivos de reexposições a exames de Raio-x no período de Julho/2018 a Julho/2019 em um hospital pediátrico e implantar medidas de barreira a fim de evitar reexposições desnecessárias. **MÉTODO:** foram coletados dados referentes ao número de pacientes submetidos a Raio-X e das notificações de reexposições a radiação no período de julho 2018 a Julho de 2019 em um hospital pediátrico da rede SUS. Os dados foram obtidos através de relatórios emitidos pelo sistema de prontuário eletrônico TASY. Posteriormente as notificações foram analisadas e categorizadas por motivos

que levaram a reexposição sendo classificadas em quatro categorias: Artefatos, Falha técnica, Falha Mecânica e Relacionado a Condições do paciente. Essas categorias foram baseadas em critérios observados na instituição devido ao perfil epidemiológico da mesma. Mensalmente, os números de reexposição e as análises dos motivos eram discutidos pela supervisão de enfermagem e coordenação médica do serviço de imagem da instituição definindo ações para redução do índice de reexposição.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: no período de junho 2018 a Julho 2019, foram submetidos ao exame de Raio-x 38.949 pacientes, sendo que no mesmo período a quantidade de reexposição foi de 1.181, conforme ilustrado na Figura 1.

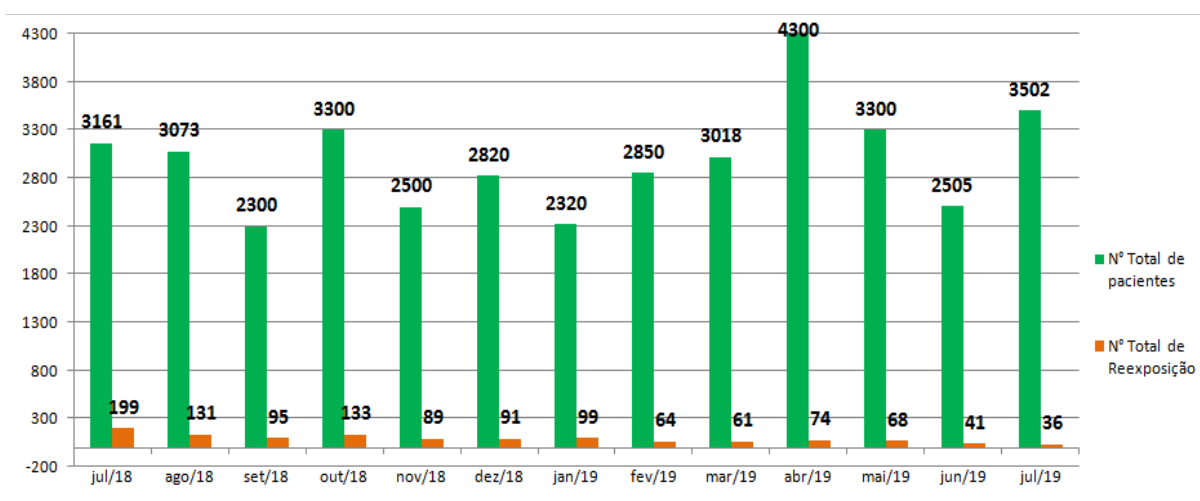


Figura 1 – Número de pacientes expostos a Raio-X e Reexposições no período de Julho/18 a Julho/19.

Já na Figura 2 podemos ver a redução do índice de reexposição que caiu de 6,3% para 1,03%. O índice encontrado no início do estudo era de 6,3% de reexposições. No estudo realizado destaca-se que o número de reexposições a radiação esperado é em torno de 6 a 15%. Em outro estudo mais recente de Moreira, Sales e Dutra (2013) foram encontrados um índice de 12,5% de reexposições em um período de seis meses.

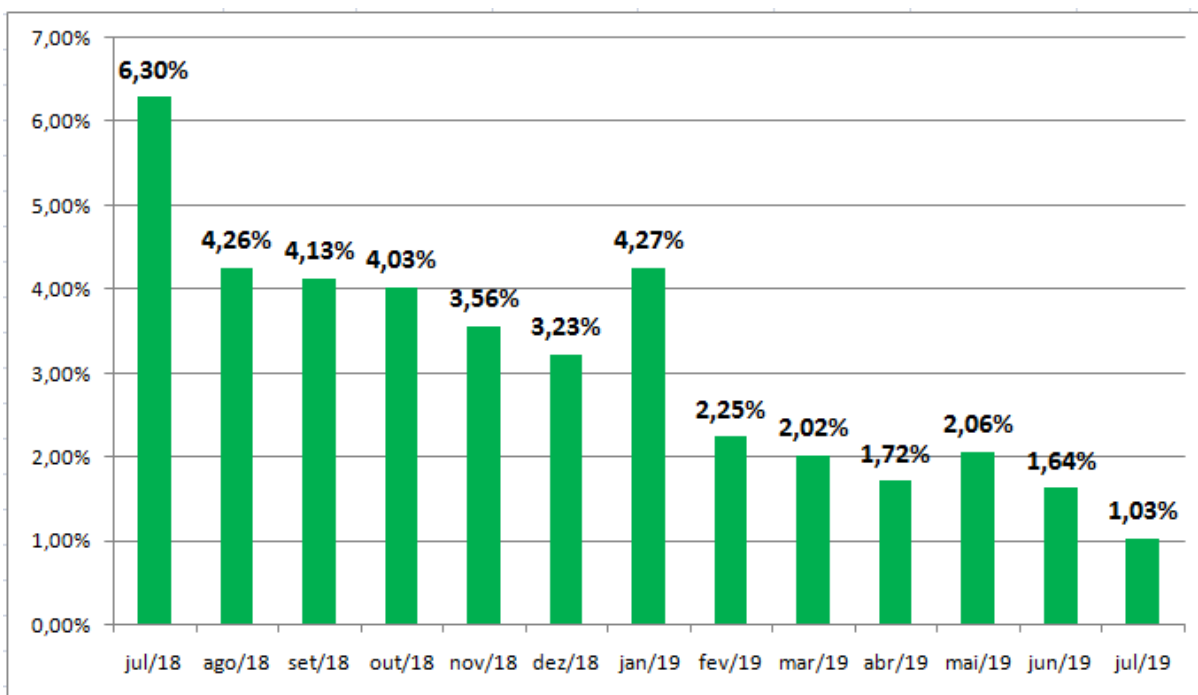


Figura 2 – Índice de Reexposição a Radiação por Raio-X no período de Julho/18 a Julho/19.

Desta forma, quando comparado a estes estudos, mesmo antes das intervenções realizadas, a instituição já demonstrava um índice dentro do esperado. Após o primeiro mês de análise dos motivos de reexposição, pode-se evidenciar que 44% das reexposições estavam relacionadas à falha técnica no momento do exame, 22% falhas mecânicas do equipamento, 30% a condições clínicas e anatômicas do paciente e 4% ao aparecimento de artefatos na imagem. A partir desta análise dos motivos, a supervisão de enfermagem e coordenação médica do serviço de diagnóstico de imagem definiram as seguintes ações para redução das reexposições: Capacitação individualizada com técnicos de radiologia desenvolvidas pelos médicos radiologistas da unidade, pontuando as fragilidades técnicas encontradas nas reexposições e como minimizar as falhas encontradas; Disponibilizado local para armazenamento de artefatos e objetos pessoais do paciente e dos pais e/ou responsável pelo mesmo na sala de Raio-X; Implantado estratégia de humanização através da ambiência das salas de Raio-X e Tomografia com personagens infantis; Implantação de questionamento e inspeção visual antes da execução do exame pelo técnico de radiologia e/ou de enfermagem em relação à presença de artefatos que possam influenciar na qualidade da imagem (Anel, botões, moedas, relógios...) Implantação do Raio-X digital. As ações mencionadas acima já estão todas concluídas e o índice continua sendo acompanhados mês a mês a fim de garantir o monitoramento dos resultados das ações que alcançaram a redução de 6,3% de reexposição para 1,03%.

CONCLUSÃO: o estudo demonstrou que mesmo estando dentro dos índices esperados de reexposição a radiação, existiam motivos de reexposições passíveis de ser reduzidos através das ações implantadas. Contribuindo assim

para melhora da qualidade do serviço prestado e aumentando a segurança do paciente pediátrico. Ressaltamos que são necessários mais estudos que discutam a questão da radioproteção no público pediátrico, principalmente no que diz respeito às reexposições passíveis de serem evitadas.

Descritores: Serviço Hospitalar de Radiologia, Segurança do Paciente, Enfermagem Pediátrica.

REFERÊNCIAS:

International Commission on Radiological Protection. **Recommendations of the International Commission on Radiological Protection**. ICRP Publication 60. New York, NY: Pergamon Press, 1991.

Kay, FU. et al. **Diretrizes Assistenciais:** Radiação Ionizantes nos estudos Radiológicos. Hospital Albert Einstein. São Paulo. 2009.

Lacerda, MAS. et al. **Radioproteção, dose e risco em exames radiográficos nos seios da face de crianças, em hospitais de Belo Horizonte**. Radiologia Brasileira. São Paulo, Vol. 40, Nº 6, Pag. 409-413. Novembro/Dezembro. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842007000600010> Acesso em: 05 set. 2019.

Lima, AA; Carvalho, ACP; Azevedo, ACP. **Avaliação dos Padrões de Dose em Radiologia Pediátrica**. Radiologia Brasileira. São Paulo. Vol. 37, Nº 4, Pag. 279-282. Julho/Agosto, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842004000400011> Acesso em: 10 set. 2019.

Moreira, LF; Sales, MAO; Dutra, F. **Análise de rejeitos como indicador de qualidade nos serviços radiológicos do Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Vitória. Vol. 15, Nº 3, Pag-24/29. julho/setembro, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/6322>> Acesso em: 02 set. 2019.

Conferência: Cuidados com a pele do RN - desafios para a prática assistencial

Palestrante: Enfa. Dra. Simone Vidal Santos, Estomaterapeuta. Enfermeira da Unidade Neonatal do - Hospital Universitário Professor Polidoro Ernani de São Thiago. Florianópolis/SC.

RESUMO: a pele é o maior e mais ativo órgão do corpo humano. Seu desenvolvimento histológico se completa com 34 semanas de gestação, mas a sua maturidade funcional continua durante o primeiro ano de vida pós-natal. A pele é composta pela epiderme e derme, duas camadas que se encontram firmemente aderidas e que se apoiam sobre o tecido subcutâneo. A epiderme apresenta quatro camadas: camada basal, estrato espinhoso, estrato granuloso e estrato córneo. A camada mais externa, o estrato córneo, é composto por lipídeos, ácidos graxos, colesterol, ceramidas, cobertos com envoltório celular cornificado, rico em proteínas e queratina. No recém-nascido (RN) a termo, o estrato córneo apresenta entre 10 e 20 camadas, assemelhando-se ao adulto. Já o recém-nascido pré-termo (RNPT), dependendo da idade gestacional, pode apresentar poucas ou nenhuma camada de estrato córneo. A derme é composta por colágeno, elastina, nervos, glândulas sudoríparas e sebáceas. O tecido subcutâneo é composto por tecido conjuntivo gorduroso. Dentre as principais funções da pele se encontram a modulação do fluxo de água, a termorregulação, a sensação tátil, a defesa antimicrobiana e as proteções contra trauma, radiação ultravioleta e toxinas do meio externo. A pele do RNPT é delgada, frágil, com veias visíveis e superficiais, coesão dermoepidérmica deficiente, menor quantidade de fibras de colágeno e elastina, vernix escasso, anexos cutâneos imaturos e hipoderme atrofiada. Estas características inerentes à prematuridade acarretam em regulação térmica deficiente, lubrificação subcutânea precária, maior permeabilidade da pele e maior sensibilidade à irritantes químicos. Associado às questões anatômicas e fisiológicas, a internação em Unidade Neonatal (UN) e a necessidade do uso de dispositivos, de manuseio frequente e de tratamentos para a manutenção da vida, tornam o RN susceptível ao desenvolvimento de lesões e ao risco de infecção. Os fatores de risco para lesão são: Idade Gestacional menor de 32 semanas, uso de dispositivos médicos, uso de monitores, umidade, edema, agentes paralisantes, vasopressores, diminuição da mobilidade, comprometimento da perfusão tissular, estomias, feridas cirúrgicas, lesões ou anormalidades que impedem o reposicionamento. Os riscos potenciais se relacionam à lesão por remoção de adesivos, ferimento por queimadura térmica, lesão por agentes químicos, abrasão, lesão por pressão relacionada ao uso de dispositivos e à imobilidade, dermatite da área de fraldas e infecção. A equipe de enfermagem que atua na UN deve estar atenta aos riscos, realizar manuseio delicado, buscar conhecimento adequado e desenvolver medidas de prevenção de lesões de pele em RN. Dentre as

principais medidas de cuidado com a pele do RN, destacam-se: avaliação rotineira da pele, uso de instrumentos como a Escala de Condição da Pele do Recém-Nascido (ECPRN), manutenção do vernix caseoso, uso de incubadora de paredes duplas umidificada, uso cauteloso de emolientes, cuidados com o banho, remoção correta dos adesivos, uso de barreira protetora de pele sob dispositivos, rodízio de sensores de monitorização, cuidados na manutenção e retirada de eletrodos, escolha e uso correto de antissépticos, manuseio adequado, reposicionamento no leito, supervisão durante a infusão de medicamentos, proteção da pele na área de fraldas. O tratamento de lesões em RN deve ser realizado com base na avaliação do tecido presente no leito da lesão: necrose, esfacélo, granulação e epitelização, bem como na avaliação da quantidade e característica do exsudato e na presença de sinais clínicos de infecção. A escolha da cobertura especial (curativo) deve seguir os princípios de Turner, a fim de manter a temperatura adequada, facilitar o aporte de oxigênio, nutrientes e a migração celular para o leito da lesão, permitir desbridamento autolítico, proteger contra bactérias, controlar exsudato, permitir remoção sem traumas e reduzir o número de trocas dos curativos. As coberturas especiais para uso neonatal são os hidrocolóide, hidrogéis, espumas de poliuretano, espumas de silicone, filmes de poliuretano, ácido graxo essencial (AGE), curativos não aderentes e os produtos formadores de barreira. Para tratamento da dermatite da área de fraldas, o uso de antifúngicos e de pomadas que contêm antibióticos podem ser utilizadas quando prescritas pelo médico. Os registros de enfermagem são fundamentais para garantir a continuidade, a segurança e a eficiência do cuidado, por isso devem ser realizados de forma completa e adequada. Quanto à prevenção, deve-se apontar os riscos e as medidas utilizadas para proteção da pele. Quanto ao tratamento, registrar: localização da lesão, classificação, dimensões, tipo de tecido no leito, quantidade e características do exsudato, sinais de dor, estado da pele perilesional, sinais clínicos de infecção local, existência de tunelizações, tempo e evolução da lesão e cobertura utilizada. A realização de programas educacionais com foco na prevenção de lesões, a sensibilização da equipe assistencial e a padronização de procedimentos contribui para o aprimoramento do cuidado. Os dispositivos precisam ser avaliados antes do uso, deve-se considerar as recomendações dos fabricantes e implementar estratégias de prevenção. A notificação de eventos adversos contribui com a identificação dos riscos e com busca de estratégias que se convertam para a qualidade no cuidado. Todos os membros da equipe são responsáveis e desempenham papel essencial no cuidado com a pele do RN.

REFERÊNCIAS:

Association of women's health, obstetric and neonatal nurses (AWHONN). **Neonatal skin care:** evidence-based clinical practical guideline. 3rd ed. Washington, DC: 2013.

National pressure ulcer advisory panel (NPUAP). **Best Practices for Prevention of Medical Device-Related Pressure Ulcers in Pediatric Populations**. NPUAP, 2016.

Chandler, AJ; Lewis, J; Hare, R. Medical device-related pressure ulcers in premature babies. **Wounds UK**; v. 12, n. 4, 2016.

Murray, JS; Noonan, C; Quigley, S; et al. Medical Device-Related Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Children: An Integrative Review. **Journal of Pediatric Nursing**; v. 28, p. 585–595, 2013.

Blanes, L. **Tratamento de feridas**. Baptista-Silva JCC editor. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo: 2004.

Cousins, Y. Wound care considerations in neonates. **Nursing Standard**; v. 28, n. 46, p. 61-70. Jul., 2014. DOI: <https://doi.org/10.7748/ns.28.46.61.e8402>.

Dealey, C. **The care of wounds: a guide for nurses**. 4th ed. Wiley-Blackwell, 2012.

Fox, MD. Wound care in the neonatal intensive care unit. **Neonatal Network**; v. 30, n. 5, p. 291-303, Sep./Oct., 2011.

Jorge, SA; Dantas, SRPE. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.

King, A; Balaji, S; Keswani, SG. Biology and Function of Fetal and Pediatric Skin. **Facial Plastic Surgery Clinics of North America**; v. 21, n. 1, p. 1-6, Feb. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2012.10.001>.

King, A; Stellar, JJ; Blevins, A; et al. Dressings and Products in Pediatric Wound Care. **Advances in Wound Care**; v. 3, n. 4, p. 324-334, Apr., 2014. DOI: <https://doi.org/10.1089/wound.2013.0477>.

Lund, C. Medical Adhesives in the NICU. **Newborn and Infants Nursing Reviews**; v. 14, n. 4, p. 160-165, Dec., 2014. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2014.10.001>.

Menon, G. **Skin Basics**; Structure and Function. In: PAPPAS, A. (Eds.) Lipids and Skin Health. Springer, Cham. 2015.

Ness, MJ; Davis, DMR.; Carey, WA. Neonatal skin care: a concise review. **International Journal of Dermatology**; v. 52, n. 1, p. 14-22, Jan., 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2012.05687.x>.

Nist, MD; Rodgers, EA; Ruth, BM; et al. Skin Rounds: A Quality Improvement Approach to Enhance Skin Care in the Neonatal Intensive Care Unit. **Advances in Neonatal Care**; v. 16, n. S5, p. S33-S41. 2016.

Santos, SV; Costa, R. Tratamento de lesões de pele em recém-nascidos: conhecendo as necessidades da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v. 48, n. 6, p. 985-992, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700004>.

Santos, SV; Costa, R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**; v. 24, n. 3, p. 731-739, Jul-Set., 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-0707201501123_014.

Schardosim, JM; Ruschel, LM; Motta, GCP.; et al. Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Skin Condition Score para o português do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**; v. 22, n. 5, p. 834-841, Set-Out., 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3456.2487>.

Visscher, MO; Adam, R; Brink, S; et al. Newborn infant skin: physiology, development, and care. **Clinical Dermatology**; v. 33, n. 3, p. 271-80, 2015.



Anais do XIX ECENPE – Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis/SC – 02 a 04 de outubro de 2019
ISSN 2525-8273

APRESENTAÇÃO - PÔSTER

Título: Avanços na saúde infantil: resgate histórico no estado de Santa Catarina – Brasil

Autores: Suyanne de Quadros Schmidt - Enfa. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA-UFSC). Florianópolis-SC. suyanneschmidt@gmail.com. **Juliana Coelho Pina** - Enfa. Dra. em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA-UFSC). Florianópolis-SC. pina.juliana@ufsc.br. **Ana Izabel Jatobá de Souza** - Enfa. Dra. em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Modalidade profissional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA-UFSC). Florianópolis-SC. aijsenf@gmail.com. **Jane Cristina Anders** - Enfa. Dra. em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e coordenadora do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Modalidade profissional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA-UFSC). Florianópolis-SC. jane.anders@ufsc.br. **Patricia Kuerten Rocha** - Enfa. Dra. em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Vice-líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA-UFSC). Florianópolis-SC. pkrochaucip@gmail.com. **Roberta Costa** - Enfa. Dra. em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Modalidade profissional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Laboratório Inter profissional de Pesquisa e Inovação tecnológica na Saúde Obstétrica e Neonatal (LAIPISON). Florianópolis-SC. roberta.costa@ufsc.br.

INTRODUÇÃO: na saúde da criança, muitos avanços ocorreram nas três últimas décadas, no tocante à redução da mortalidade infantil, a nível global. Por meio de compromissos políticos firmados em diversos países, foram adotadas ações que contribuíram para a redução da mortalidade na infância (UNICEF, 2017, 2013). Apesar desses avanços, a questão da sobrevivência infantil permanece como um desafio global, tornando-se imperativo identificar e superar as desigualdades regionais. O Brasil, em 25 anos, reduziu 73% das mortes infantis em seu território. Esse importante avanço fez com que o país se tornasse uma das referências mundiais neste aspecto e firmasse compromisso político, juntamente com 176 governos, para salvar as crianças menores de cinco anos de mortes evitáveis (UNICEF, 2017, 2013). Entretanto, ainda existem marcadas disparidades regionais entre as regiões mais pobres e mais ricas do Brasil. Uma criança nascida do Maranhão, sujeita à lei de

mortalidade observada em 2015, esperaria viver, em média, aproximadamente 8,4 anos a menos que uma criança nascida em Santa Catarina (IBGE, 2015). Santa Catarina, atualmente, é um dos estados brasileiros com menor índice de óbitos infantis do país. Nesse sentido, é de interesse nacional o conhecimento acerca do contexto responsável pelo baixo número de óbitos de crianças catarinenses. O presente trabalho teve como objetivo a realização de um resgate histórico das ações de proteção à saúde da criança no estado de Santa Catarina, de 1982 a 2018, que podem ter contribuído para os bons índices de mortalidade infantil do estado. **MATERIAIS E MÉTODOS:** trata-se de uma pesquisa histórica, com abordagem qualitativa. A coleta foi feita mediante a pesquisa documental, realizada por meio de busca manual e eletrônica. Os dados foram obtidos a partir de arquivos disponíveis na sede da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, Biblioteca de Saúde Pública, Arquivo Oficial do Estado/Imprensa Oficial e bases de dados eletrônicas, tais como: relatórios de gestão, memorandos, leis, portarias e outras publicações em diário oficial, manuais, livros e outras publicações científicas, datadas entre 1982 e 2018. Os documentos obtidos foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Minayo (2010). A partir da categorização, o pesquisador trouxe à tona o corpo histórico documental para ser discutido dentro do contexto do período em que o estudo está sendo realizado, buscando relacionar o passado com o presente e apontar perspectivas para o futuro, no que concerne à saúde da criança. **RESULTADOS/ANÁLISE:** resultados apontam as estratégias de vigilância em saúde, gestão e ações da atenção primária à saúde como as principais responsáveis pelo progresso alcançado pelo estado, no âmbito da saúde da criança. O governo de Santa Catarina praticou, ao longo dos anos, várias ações de vigilância, entre elas, o monitoramento do coeficiente de mortalidade infantil e seus fatores predisponentes. O estado catarinense buscou correlacionar as variações dos índices de mortalidade às políticas pública e programas implementados em seu território, tendo por finalidade um diagnóstico de suas ações e o desenvolvimento de estratégias de saúde pública eficazes. Quando falamos de dados estatísticos, Santa Catarina é um estado considerado referência nacional em redução da mortalidade infantil, mantendo-se sempre bem abaixo da média nacional (no período estudado). Fato que desperta elogios à saúde pública catarinense, que mesmo apresentando bons resultados, demonstrou preocupação com a manutenção dos bons índices e boas práticas, mantendo e ampliando ações de prevenção e controle da mortalidade ao longo dos anos. Um fator que está estritamente relacionado aos índices de MI são os níveis de cobertura vacinal (COFEN, 2018). Alguns trechos de documentos explicitam o monitoramento e a preocupação do governo acerca da cobertura vacinal, onde relacionam as variações na taxa de cobertura à prevalência de doenças imunopreveníveis, no estado catarinense. A fim de manter o auge na saúde da população materno-infantil catarinense, houve investimento, por parte da governança, na criação/desenvolvimento de Comitês de Controle e Vigilância,

Leis, Deliberações e Programas voltados a essa população. Ademais, foram desenvolvidas algumas estratégias e ações voltadas à saúde da mulher e do neonato no ciclo gravídico-puerperal, principalmente na atenção primária à saúde, com maior enfoque no pré-natal, puerpério e programa de triagem neonatal. Santa Catarina foi destaque nacional com seus programas de saúde de nível estadual e regional e assistência na atenção primária à saúde, sendo reconhecido a partir de avaliações do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) e possuindo grande adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Vale ressaltar que, além dos programas estaduais, alguns municípios catarinenses também desenvolveram premiadas estratégias de combate à mortalidade infantil, sendo que os programas que se comprovaram eficazes receberam reconhecimento nacional. Como o caso de Florianópolis e Joinville, que observaram a queda nos seus coeficientes de mortalidade infantil a partir das estratégias do Capital Criança e Programa Bebê Precioso, respectivamente. A atenção primária à saúde possui papel fundamental na manutenção da saúde da criança brasileira, pois nela são ofertados diversos serviços curativos, preventivos e de promoção e proteção da saúde infantil. Suas ações contribuem para a redução da mortalidade infantil, ampliação do acesso aos serviços, alta cobertura vacinal e a redução da desnutrição (BRANQUINHO; LANZA, 2018). Um dos principais destaques catarinenses em atenção primária à saúde deu-se em 2009, quando o estado foi o primeiro do país a ter estratégia de saúde da família em todos os seus municípios (SANTA CATARINA, 2009a, 2010). Santa Catarina e seus municípios também investiram em ações de suplementação alimentar, diminuição das carências nutricionais, planejamento familiar, controle da violência, estreitamento do vínculo hospital/maternidade-unidade básica, ações de capacitação de seus funcionários, prevenção de agravos na maternidade, infância e adolescência, entre outras ações. Muitos programas/ações implementadas no estado são de caráter federal; entretanto, algumas localidades catarinenses se destacaram pela forma de execução das propostas federais, o que configura os diferentes modelos de atenção pelo país. Ademais, algumas ações de Santa Catarina serviram de modelo para a criação de diretrizes federais, a exemplo da Lei do Acompanhante. Assim como as conquistas e progressos das ações de gestão catarinenses foram levantadas ao longo dos relatórios, pelos governos, outra ação pertinente à gestão foi o levantamento de problemas gerenciais. Avaliação que evidencia a ciência dos gestores acerca dos problemas gerenciais e do cenário de saúde em seu território, agregando ao contexto político o conhecimento específico para o desenvolvimento de intervenções nas deficiências gerenciais de saúde do estado.

CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS: o estudo dos avanços na saúde infantil é de grande importância para a sociedade de modo geral, tendo em vista que os indicadores de mortalidade infantil estão relacionados à qualidade de vida de uma população. Além disso, a partir da análise dos fatores

contribuintes para a redução da estatística de mortalidade, torna-se possível um planejamento mais adequado das ações de saúde. A partir da análise e síntese das informações previamente pulverizadas em documentos históricos, este trabalho contribuiu para o entendimento e visualização acerca das práticas governamentais voltadas à criança em Santa Catarina, nas últimas décadas. O levantamento realizado nesta pesquisa pretende estimular a multiplicação das boas práticas e aprimoramento das ações voltadas à redução da mortalidade infantil, nas demais regiões do Brasil e do mundo.

Descritores: Saúde da Criança. Mortalidade Infantil. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

Branquinho, ID; Lanza, FM. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, [s.l.], v. 8, p.1-11, 10 set. 2018. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro).
<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>.

Brasil. COFEN. **Brasil registra alta na mortalidade infantil pela 1ª vez desde 1990**. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-registra-alta-na-mortalidade-infantil-pela-1a-vez-desde-1990_64307.html. Acesso em: 29 maio 2019.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Tábua completa de mortalidade para o Brasil**. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

Minayo, MCS (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

Santa Catarina. Assessoria de Comunicação. Secretaria Estadual de Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. 2009a. Disponível em: <http://efos.saude.sc.gov.br/portal2011/index.php/noticias/17-estrategia-saude-da-familia>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

Santa Catarina. **Mensagem do Governador à Assembleia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 2010a. Governador Luiz Henrique da Silveira, vice Leonel Arcângelo Pavan.

UNICEF (United Nations Children's Fund). **Committing to Child Survival: A Promise Renewed**. Progress Report 2013. New York: UNICEF, 2013.

UNICEF (United Nations Children's Fund). **Levels e Trends in Child Mortality**: Report 2017. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: UNICEF, 2017.

Título: Criança com doença crônica colonizada por bactéria multirresistente: implicações no itinerário terapêutico

Autores: Maribel Cristina Weschenfelder - Enfermeira Nefrologista do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Mestra Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Membro do Gepesca- Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e Adolescente; **Cheila Mara Freu** - Enfermeira do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Mestra Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Membro do Gepesca- Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e Adolescente.

INTRODUÇÃO: as bactérias tidas como grandes causadoras de infecções hospitalares, têm ganhado grande importância para a Organização Mundial de Saúde, visto que o tratamento de patologias causadas por estes microrganismos está cada vez mais difícil devido ao aparecimento de resistência aos fármacos de última geração. Corroborando com diversos autores, conceitua Infecção Hospitalar como toda aquela adquirida após a admissão do paciente em um hospital, podendo se manifestar durante a internação ou após a alta, desde que relacionado à permanência do paciente na instituição ou a procedimentos hospitalares. São consideradas infecções hospitalares as que se manifestam antes de 72 horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos realizados durante este período. Os microrganismos patogênicos multirresistentes apresentam-se como grandes responsáveis por milhões de mortes em todo o mundo e por grande parte das infecções hospitalares. A preocupação com estas espécies faz com que novas pesquisas busquem alternativas para controlar estes microrganismos de uma forma mais eficiente e também mais econômica. Quando esta realidade se mostra no cenário da pediatria, pontuamos que se torna mais complexo o cuidar desta criança e sua família, considerando as implicações no cotidiano do “ser e estar” portador de bactéria multi resistente associado a doença crônica no itinerário terapêutico. **OBJETIVO:** Relatar o caso clínico de uma criança colonizada por bactéria multirresistente (*Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*) e suas implicações. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência. Estudo de Caso Descritivo Qualitativo, registrado em unidade de internação de dois hospitais pediátricos do sul do país no ano de 2018. Trata-se de criança pré-escolar, masculino, raça negra, nascida em 05/02/2015, com diagnóstico de válvula de uretraposterior, hidroenfroze e nefrectomia E, desnutrição com necessidade de gastrostomia para alimentação, insuficiência renal crônica e diálise peritoneal posteriormente por dez meses. A criança acompanhada em dois hospitais, um onde realizava acompanhamento clínico e no outro hospital para possível transplante renal. Durante um procedimento cirúrgico pré transplante renal adquiriu a bactéria *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*, conhecida como KPC. Desde a confirmação da cultura positiva para KPC,

diversos cuidados foram adicionados a rotina desta criança, intra e extra hospitalar. Considerando o fluxo entre os dois hospitais que esta criança acompanhava e rotina de consulta ambulatorial e atendimento em clínica de fisioterapia, aumentava-se o risco de propagação da KPC. Por seis meses foi necessário que o transporte desta criança fosse exclusivo para ela, não sendo permitido outros pacientes no mesmo carro. Como esse transporte ocorria via sistema único de saúde, algumas barreiras foram encontradas para que se pudesse cumprir a rotina estabelecida de acordo com Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, como o desconhecimento de alguns profissionais de saúde acerca destas rotinas específicas (ANVISA, 2017). Todos os serviços que prestavam atendimento a esta criança, necessitavam rigorosamente seguir protocolo definido pelo Ministério da Saúde pra Isolamento de Contato por bactéria multirresistente bem como a assepsia do local onde a criança havia sido atendida, bem como dos objetos que entraram em contato com esta criança. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A barreira mais comumente encontrada no atendimento desta criança foi o desconhecimento dos serviços de saúde com relação às medidas de prevenção e propagação das bactérias multirresistentes. Foi necessário contato prévio com estas Instituições para orientar os cuidados necessários, minimizando chances de propagação. O isolamento de contato no ambiente hospitalar cerceia o cotidiano da criança, considerando que esta deve permanecer limitada ao espaço físico do quarto, não podendo frequentar atividades pedagógicas, de recreação ou lazer em ambientes coletivos. As visitas hospitalares são permitidas somente a presença dos pais. Todas as restrições imputadas às crianças nesta situação de isolamento de contato, acarreta consequências ao desenvolvimento neuropsicomotor, pois interfere diretamente na socialização destas crianças. O familiar responsável por esta criança, geralmente a mãe, vivencia experiências que poderiam ser evitadas, caso o contágio por bactéria multirresistente tivesse sido evitado. Durante seis meses, colonizada por *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase, esta criança acompanhada pela genitora, percorreu um itinerário terapêutico bastante árduo, limitando seu “ir e vir”, por vezes expostas a constrangimentos. Evidenciou-se na postura da mãe a resiliência imperativa desta situação, objetivando o restabelecimento da saúde do filho e proteção aos demais.

Descritores: criança, insuficiência renal crônica e bactéria multirresistente.

REFERÊNCIAS:

Porfirio, Z; Melo-filho GC; Alvino, V; Lima, MRF; Santana, AEG. Atividade antimicrobiana de extratos hidroalcoólicos de *Lafoensia pacari* A. St.-Hil., Lythraceae, frente a bactérias multirresistentes de origem hospitalar. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. 19(3): 785-789, Jul./Set. 2009.



Garcia, LM; César, ICO; Braga, CA; Souza, GAAD; Mota, EC. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares por bactérias multidroga resistentes em um hospital do norte de Minas Gerais. Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. **Revista de Epidemiologia e Controle de infecção**. Ano III vol. 3 nº2 2013. Abr-Jun.

ANVISA: **Plano nacional para prevenção e controle da resistência microbiana no serviço de saúde**. Gerência de vigilância e monitoramento em serviços de saúde. Brasília 15/05/2017. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br>. Acessado em 15 de setembro de 2019.

Título: Itinerário terapêutico e enfrentamento das famílias de crianças e adolescentes com transtorno na saúde mental

Autores: Ana Izabel Jatobá de Souza – Enfa. Dra., Docente Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e do Programa de Pós-graduação Gestão do cuidado em Enfermagem Modalidade profissional e Membro do GEPESCA/UFSC, Enfa. **Tainá Cardoso Gevaerd**, Jane Cristina Anders - Enfa. Dra., Docente Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Coordenadora do Programa de Pós-graduação Gestão do cuidado em Enfermagem Modalidade profissional e Líder do GEPESCA/UFSC; **Fernanda Costa Nicolazi** – Psicóloga CAPS I – Florianópolis/SC; **Gisele Cristina Manfrini Fernandes** - Enfa. Dra., Docente Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Modalidade profissional e Membro do LAPEPS/UFSC.

INTRODUÇÃO: a infância e a adolescência são duas fases da vida humana com grandes transformações físicas, sociais e psicoemocionais constituindo-se em um período vulnerável e no qual comumente podem ser percebidos agravos na saúde mental. Em 2003 a Organização Mundial da Saúde (OMS) priorizou a abordagem e a construção de estratégias na saúde mental de crianças e adolescentes em função da desigualdade da atenção dispensada a essa faixa etária em relação aos outros períodos do desenvolvimento. Partindo de estudos de revisão de literatura, Goulart et al. (2016) apontam que no mundo os distúrbios psiquiátricos no período infanto-juvenil apresentam uma prevalência em torno de 10 a 39,4%, esse número varia e se difere em consequência de diversas formas e instrumentos para coleta de dados e análises dos dados das pesquisas. No Brasil, em 2009, havia uma prevalência de 13,55% de problemas da saúde mental em crianças e adolescentes. Em estudos que utilizaram o questionário de habilidades e dificuldades (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ) foram encontrados 29,43% de transtornos psiquiátricos menores em adolescentes. Em estudos que utilizaram uma escala específica para aferir transtornos psiquiátricos (Self-Reported Questionnaire – SRQ – 20) evidenciou-se 17,31% de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. Estudos que utilizaram duas escalas para aferir problemas de saúde mental em adultos (Child Behaviour Checklist – CBCL; Development and Well-Being Assessment – DAWBA. No Brasil ainda há poucos estudos epidemiológicos que dimensionem a real problemática destes agravos na faixa etária infanto-juvenil. Entretanto, estes autores destacam a importância de estudos nessa área a fim de prevenir e/ou diminuir o grau de incapacitação que alguns transtornos ocasionam. Os estudos de Pereira (2013), Sousa, Lourinho et al. (2017), Delfini, Bastos e Reis (2017) retomam a importância em conhecer o itinerário terapêutico das famílias a fim de que se possa compreender esse percurso e identificar como

se estrutura a rede de atendimento psicossocial no período infanto-juvenil. Itinerário Terapêutico pode ser compreendido como a trajetória de busca, gerenciamento e produção do cuidado pela família e indivíduo na rede de atenção à saúde disponível que segue uma lógica tanto geográfica quanto cronológica. E, de certa forma, ninguém melhor do que quem vive a experiência de ter um adoecimento e ir à busca do tratamento para informar os caminhos e o motivo das suas escolhas. Portanto, a família da criança/adolescente com transtorno na saúde mental é a melhor informante para compartilhar a trajetória em busca do atendimento de seus filhos. Portanto, o transtorno mental na infância e na adolescência tem importantes implicações para o viver de crianças, adolescentes e suas famílias. Esta constatação implica na necessidade de termos profissionais capacitados para o atendimento e o cuidado deste segmento da população. Entretanto, ainda permeiam mitos e desconhecimento acerca do transtorno mental na faixa etária infanto-juvenil. Para ampliar as possibilidades de atendimento, é importante conhecer o impacto que o transtorno mental desencadeia sobre a família. Portanto, este estudo traz os resultados de uma pesquisa realizada como trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem de uma Universidade do Sul do Brasil. **OBJETIVO:** conhecer as formas de enfrentamento e o itinerário terapêutico das famílias de crianças e adolescentes com transtornos na saúde mental. **METODOLOGIA:** estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, do qual participaram 8 famílias representadas por 5 mães de crianças/adolescentes, 2 pais e 1 avô em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial de um município de Santa Catarina/Brasil. Para coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, o Genograma interacional e o Ecomapa. Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2018. A análise de Conteúdo de Bardin (2009) foi utilizada para a análise dos dados e emergiram as seguintes categorias: *o enfrentamento de famílias de crianças e adolescentes com transtorno na saúde mental e o itinerário terapêutico das famílias de crianças e adolescentes com transtorno na saúde mental*. Estes foram discutidos à luz da literatura. Foi possível evidenciar que as formas de enfrentamento utilizadas pelas famílias acabam resultando em isolamento social, sobrecarga e complexidade no processo de cuidar da criança/adolescente decorrente das dificuldades encontradas para acesso aos serviços, ampliadas pelas dificuldades encontradas no acesso ao serviço. Destaca-se que o impacto do transtorno mental na infância e na adolescência extrapola o ambiente familiar e tem repercussão importante sobre o cuidado pediátrico. Daí a importância de os profissionais se apropriarem de conhecimentos que permitem construir um cuidado cada vez mais qualificado e coerente com as necessidades da população. **CONCLUSÃO:** conclui-se que o cuidado às crianças e adolescentes com transtorno mental é complexo e as famílias enfrentam dificuldades no acesso aos serviços. O itinerário terapêutico encontrado reforça tais dificuldades evidenciando as fragilidades na rede de atendimento e a

necessidade de maior atenção por parte de profissionais da saúde e dos gestores das instituições nas quais as crianças, adolescentes e suas famílias transitam. A capacitação dos profissionais da saúde para o atendimento e a otimização no acesso aos serviços podem diminuir os percalços da caminhada e contribuir para a efetivação das políticas de atenção à criança e ao adolescente com transtorno mental e seus familiares. Constata-se que a família tem dificuldades para aceitar o adoecimento do (a) filho(a) e que precisa ser tratado com atenção e cuidado. Neste sentido, a utilização de instrumentos como o Genograma e o Ecomapa, pode contribuir positivamente para a compreensão sobre a situação da criança, adolescente e família que vivenciam o transtorno mental no período infanto-juvenil.

Descritores: Família; Comportamento de procura de cuidados; Enfermagem Pediátrica; Transtorno mental; Criança; Adolescente.

REFERÊNCIAS:

Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

Brazil. World Health Organization. **Who-aims report on mental health system in Brazil**. Brasília, 2007. 51 p. Disponível em: Acesso em: 15 out. 2018.

Delfini, PSS; Bastos, IT; Reis, AOA. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 12, p.1-13, 18 dez. 2017. Fapunifesp (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00145816>. Distrito Federal.

Medeiros, LHL. **O significado da experiência do adoecimento por câncer: um estudo biográfico**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Mato Grosso: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, 2010. MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

Pereira, MO. **Um olhar sobre a atenção psicossocial a partir do itinerário terapêutico de adolescentes em crise**. 2013. 200 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

Sousa, MF; Lourinho, LA; Jorge, MSB. **Itinerário terapêutico de adolescentes com adoecimento mental nas redes de atenção à saúde: uma revisão integrativa**. In: II Seminário Internacional de Redes de Atenção a



Saúde. Fortaleza. Anais do Evento II SIRA Saúde: o desenvolvimento sustentável e as perspectivas para a melhoria dos recursos na saúde, 2017.

Título: Contexto familiar dos adolescentes de ensino médio do Instituto Federal de Santa Catarina

Autores: **Juliana Fernandes da Nóbrega** – Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente, Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. julianavf@ifsc.edu.br. **Caroline Rubik** – Técnica em Enfermagem – Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. caroline.r24@aluno.ifsc.edu.br; **Jéssica Thais Santos Contassot Alexandre** – Técnica em Enfermagem – Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. jessica.tsca@aluno.ifsc.edu.br. **Mayla Vogel** – Técnica em Enfermagem – Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. mayla.v@aluno.ifsc.edu.br. **Marciele Misiak Caldas** – Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente, Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. marciele.misiak@ifsc.edu.br. **Suêlen dos Santos Saraiva** – Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Docente, Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. suelen.saraiva@ifsc.edu.br.

INTRODUÇÃO: escola e família, tal qual as conhecemos hoje, são instituições que surgem, simultaneamente com o advento da Modernidade, ambas destinadas ao cuidado e educação das crianças e jovens. Na verdade, à escola coube a função de educar as gerações mais novas na medida em que o tempo e a competência da família eram considerados escassos para o cumprimento de tal tarefa. Os saberes diversos e especializados necessários à formação dessas gerações demandavam um espaço próprio dedicado ao trabalho de apresentação e sistematização de conhecimentos dessa natureza, diferente portanto daquele organizado pela família. Atualmente esta demanda continua posta, ainda mais se considerarmos o mundo globalizado do qual fazemos parte e as conseqüentes transformações ocorridas na família, sobretudo a partir da década de 1990, como por exemplo com a emancipação das mulheres. 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. Frente as demandas trazidas no contexto dos adolescentes e jovens no espaço escolar é relevante considerarmos as características e hábitos adotados na pós-modernidade. Assim como o estudo de Nóbrega *et al* (2013) que aponta que fatores biológicos, psíquicos e sociais podem elevar a vulnerabilidade dos adolescentes a comportamentos autodestrutivos, como por exemplo, a experimentação de drogas e exposição as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Esse projeto surgiu devido à necessidade de planejamento de ações de promoção à saúde voltada aos adolescentes e seus familiares. Conhecer o perfil e saúde dos escolares pode auxiliar na elaboração de propostas que integrem saúde e educação com o intuito de mitigar/resolver as particularidades dos discentes desta Instituição. O objetivo dessa pesquisa foi analisar o perfil familiar dos escolares do 2º ano do ensino médio do

Instituto Federal de Santa Catarina, referente às suas características estruturais e sociais e realizar ações educativas. **MATERIAIS E MÉTODOS:** pesquisa quantitativa descritiva, desenvolvida em duas etapas. Essa pesquisa faz parte de um macroprojeto intitulado “Perfil de saúde do escolar do Instituto Federal de Santa Catarina – Campus Florianópolis”. No presente recorte foram utilizados dados referentes ao contexto família. Na primeira etapa participaram alunos matriculados no segundo ano de ensino médio integrado do Instituto Federal de Santa Catarina – Campus Florianópolis sendo a amostragem de 87 estudantes. A coleta de dados se deu por meio de um questionário com 54 questões fechadas baseado na Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), para esta pesquisa foram utilizadas as questões de 01 até 20 que retratam questões relacionadas ao contexto familiar. Os dados foram analisados por meio do software SPSS 22.0. ® com análise descritiva. O projeto respeitou os preceitos éticos da resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação pelo Comitê de Pesquisa em Seres Humanos sobe o nº CAAE 74623017.6.0000.0121. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na segunda etapa foram desenvolvidas ações educativas voltadas para o contexto familiar a que cada indivíduo participante está inserido. No mês de julho de 2018 foi desenvolvida uma ação dentro do projeto de extensão “Famílias na Escola” com objetivo de proporcionar aos familiares dos estudantes um momento de reflexão e compartilhamento de ideias sobre o que se pensa acerca do tema: “Como é sua família?”, nessa ocasião estavam presentes 10 familiares de alunos/adolescentes, foi disponibilizado aos participantes figuras ilustrativas de diversos personagens, lápis de cor, hidrocor e folhas brancas e cada participante personalizou a sua figura e desenhou o que era necessário para apresentar sua família. Após cada membro do grupo apresentou sua figura e foi realizado uma discussão sobre o contexto familiar. A segunda ação ocorreu em outubro de 2018 em formato de oficina e contou com a participação de 17 estudantes/adolescentes, com o tema “Como é sua família?” Por meio de colagens de figuras ilustrativas disponibilizadas ou desenhos feitos pelos mesmos, eles puderam elucidar, de acordo com sua visão, como é a sua família. As oficinas foram analisadas por meio de um relato de experiência sob a visão dos alunos do Curso Técnico em Enfermagem que desenvolveram o projeto. **RESULTADOS/ANÁLISE:** pelo perfil traçado podemos observar que a idade variou entre 15 e 19 anos, sendo que 72% consideram-se brancos, 15% pardos, 11% pretos, amarelos ou indígenas e 2% não identificaram sua cor. Referente a estrutura familiar pudemos observar que apenas 5,6% não moram com a mãe, enquanto 38,2% não moram com o pai, somente 1 estudante mora sozinho e 69,6% moram com três ou quatro pessoas. Quando observado as condições socioeconômicas e acesso ao panorama midiático/tecnológico percebeu-se que a tecnologia está presente no meio social dos adolescentes, apenas um estudante não possui celular, quatro afirmaram não possuírem computador e 87(100%) tem acesso à internet em sua residência. Também

questionou-se referente a meio de transporte, 82% possuem algum familiar com automóvel e 27 % com moto. Apenas 5,6% afirmam possuir emprego remunerado que auxilia na renda familiar. Referente a primeira oficina realizada percebeu-se, por meio das falas e figuras representadas, que os participantes possuíam um conceito amplo do que é família, identificando uma desconstrução estrutural devido a adição nas famílias de pessoas sem laços consanguíneos e também a subtração de pessoas consideradas fundamentais na estrutura familiar de outra geração, como um pai. A oficina com os adolescentes possibilitou a reflexão do papel da família na construção da identidade adolescente e na importância do acompanhamento e apoio familiar (sendo considerada a família em seu amplo sentido) como elemento fundamental nesta fase do ciclo vital. **CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES**

FINAIS: o presente estudo possibilitou refletir acerca da estrutura socioeconômica e das dinâmicas familiares dos adolescentes. Frente às conjunturas familiares adotadas nota-se que a diversidade nos modelos familiares apresenta-se de modo mais frequente, a exemplo das famílias monoparentais, homoafetivas e a inserção de novos membros como padrasto e madrasta, meio-irmãos dentre outros. A ascensão do capitalismo e a baixa valorização do dinheiro também contribuíram para mudanças no comportamento familiar no sentido de que adolescentes podem colaborar com a renda familiar por meio de inclusão no mundo do trabalho. Contudo, é importante equilíbrio nesta relação (adolescente x trabalho) para que a trajetória escolar possa seguir com êxito. A etnia dos estudantes analisados foi predominantemente branca. Este dado reitera o alerta quanto a importância da inclusão social para que se possa avançar na educação para todos. As condições socioeconômicas das famílias, em geral, são bastante similar, pudemos identificar uma grande acessibilidade aos meios digitais, resultante da universalização da internet e do fácil acesso a aparelho eletrônicos. A tecnologia tornou-se algo essencial no cotidiano das pessoas estando presente em praticamente todos os lugares e por isso mesmo deve ser utilizada com cuidado e moderação observando o processo de desenvolvimento intelectual e socioemocional do adolescente. Reitera-se neste estudo que a escola desempenha papel importante no desenvolvimento adolescente sendo relevante que a família e escola estejam sintonizadas no processo de formação do indivíduo. As ações do projeto indicam caminhos metodológicos e teóricos que podem contribuir para promoção da saúde, prevenção de riscos e proteção dos adolescentes do ensino médio do Instituto Federal de Santa Catarina.

REFERÊNCIAS:

Nobrega, JF; Nitschke, RG; Silva, FP; Carraro, CAG; Alves, C. Um olhar sensível às tribos pós-modernas: cuidando da saúde dos adolescentes no cotidiano. **Rev Gaúcha Enferm.** 2013; 34(3):201-205.



Giacomozzi, AL; et al. Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. **Saúde Soc.** 2012. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/143225901/GIACOMOZZI-et-al-2012Levantamento-do-uso-de-AD-de-estudantes-de-Florianopolis>> Acesso em: 05 jul. 20.

Título: O uso da simulação para a educação permanente em saúde da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde: contribuições para o cuidado da criança dependente de tecnologia

Autores: Karina Sofia Tavares - Enfermeira. Bacharel em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis-SC. karina.s.tavares@gmail.com; **Juliana Coelho Pina** - Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA-UFSC). Florianópolis-SC. pina.juliana@ufsc.br; **Ana Izabel Jatobá de Souza** - Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Associada I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA-UFSC). Florianópolis-SC. aijsenf@gmail.com; **Laura Cavalcanti de Farias Brehmer** - Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Vice-líder do Laboratório de Pesquisa sobre trabalho, ética, saúde e enfermagem (PRAXIS-UFSC). Florianópolis-SC. laura.brehmer@ufsc.br; **Rosani Ramos Machado** - Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Subcoordenadora do curso de graduação em Enfermagem/UFSC. Laboratório de Pesquisa sobre trabalho, ética, saúde e enfermagem (PRAXIS-UFSC). Florianópolis-SC. rosani.ramos@ufsc.br; **Valeria de Cassia Sparapani** - Enfermeira. Mestre e Doutora em Ciências. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA-UFSC). Florianópolis-SC. valeria.sparapani@ufsc.br.

INTRODUÇÃO: a criança dependente de tecnologia (CDT) é caracterizada como aquela que apresenta condições crônicas de saúde e, devido à perda total ou parcial de algum órgão ou sistema do corpo, necessita do aporte de algum dispositivo tecnológico que possibilite a manutenção da vida, como por exemplo, traqueostomia, gastrostomia, oxigenioterapia e ostomias em geral; portanto necessitam de cuidados multidisciplinares e contínuos. Há uma crescente necessidade de se criar formas de capacitar o profissional de enfermagem para atuar, no contexto da atenção primária à saúde (APS), como rede de apoio para essas crianças e seus familiares. Pensando nisto, o uso de métodos simulatórios para capacitar os profissionais de enfermagem, nas mais diversas demandas que possam surgir em seu ambiente de trabalho, é uma forma que vem sendo estudada para potencializar a melhoria dos serviços

prestados. Sendo assim, a simulação, considerada uma metodologia ativa de ensino, permite aos envolvidos participar de uma experiência de ensino-aprendizagem teórico-prática pautada na aprendizagem significativa, onde o aluno é considerado o ator principal e o responsável pela construção de seu conhecimento e o professor atua como mediador/instrutor. Para a implementação da simulação, utilizam-se manequins de baixa, média e alta fidelidade, com vistas ao desenvolvimento de variadas habilidades, podendo ser procedimentais, cognitivas e até mesmo de comunicação. **OBJETIVO:** conhecer as contribuições da simulação, enquanto metodologia de ensino, para a capacitação da equipe de enfermagem da APS, frente aos cuidados da criança dependente de tecnologia. **MATERIAIS E MÉTODOS:** trata-se de um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com profissionais da equipe de enfermagem de quatro centros de saúde (CS) da cidade de Florianópolis-SC, no período de agosto de 2018 a setembro de 2018. Os profissionais elegíveis a participarem do estudo seguiram os critérios de inclusão: atuar como profissional de enfermagem em um dos CS escolhidos, ter vínculo efetivo com a SMS e estar em exercício da função no momento da coleta de dados. Foram ofertadas as capacitações relativas aos dispositivos mais comumente utilizados pelas CDT em domicílio, sendo eles: traqueostomia, gastrostomia, sondagem nasoenteral e sondagem vesical, ficando a critério dos profissionais de cada CS escolher o dispositivo de interesse para capacitação. A partir da escolha dos dispositivos a serem objetos do programa de capacitação, as capacitações foram realizadas em dois momentos. O primeiro momento ocorreu nas dependências do próprio CS participante, sendo utilizados simuladores de baixa e média fidelidade, além dos materiais para o cuidado de cada tecnologia. No segundo momento, os profissionais foram convidados a participarem de uma simulação de alta fidelidade, realizada em data previamente acordada, em um laboratório de práticas simuladas, localizado em Florianópolis-SC. Finalizada a capacitação, para a coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada e, posteriormente, análise de conteúdo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** a análise do conteúdo, realizada a partir dos relatos obtidos, resultou em duas categorias, apresentadas a seguir. *A contribuição da Simulação para o Cuidado da Criança Dependente de Tecnologia no contexto da Atenção Primária à Saúde* - A equipe de enfermagem é apontada como uma das principais forças de mudanças das práticas assistenciais da atenção primária, pois seu trabalho pauta-se na busca de uma assistência que fuja do modelo hegemônico médico-centrado, o qual se orienta para o diagnóstico da doença e a busca pela sua cura; sendo assim, esta categoria de profissionais busca, em sua atuação, o foco na integralidade do cuidado, na promoção à saúde, na prevenção de doenças e na intervenção frente aos fatores de risco. Para realizar as diversas ações que lhes competem, os profissionais necessitam desenvolver e se apropriar de inúmeras competências e habilidades, a fim de realizar uma assistência efetiva e de qualidade, para a qual, nem sempre, os

cursos de formação são suficientes. O uso de uma metodologia que vincula a teoria com a prática foi um dos temas mais ressaltados durante as entrevistas, justificando-se que o fato de executar as ações após a discussão teórica possibilita ao profissional realizar um resgate de conhecimentos e de experiências prévias, que acabam sendo esquecidos pela realidade diária. É importante destacar que, ao contrário de estudantes de graduação, que possuem pouca experiência prática, o profissional possui toda uma bagagem teórica e de experiências prévias, que acabam influenciando sua experiência com a prática simulada. Tais experiências são elementos que fundamentam o desenvolvimento de competências clínicas, pois se acredita que o profissional, frente a situações inéditas e singulares, apoia-se nessas experiências para conduzir e manejar as situações futuras. As reflexões emergidas acerca da associação teórico-prática e a possibilidade do resgate de conhecimentos e experiências prévias promove a geração de novos saberes e competências, o que aumenta a autonomia do profissional para encontrar novas formas de abordagens para o cuidado. Compreende-se, assim, que a autonomia - capacidade de governa-se através dos próprios meios - é conquistada através do desenvolvimento de competências clínicas e do pensamento crítico, estes, passíveis de serem desenvolvidos através do método simulado. *As Fragilidades do Processo de Trabalho e a Necessidade de Educação Permanente* - A capacitação de imersão simulada de alta fidelidade evidenciou um desconhecimento referente aos cuidados domiciliares das crianças dependentes de tecnologia, que são praticamente invisíveis para estes profissionais. Mesmo sendo escolhidos os CS que possuíam ao menos uma CDT em sua área, foi notório o desconhecimento, por parte dos profissionais, acerca desta população em seu território adstrito. Através dos relatos, percebe-se uma emergente necessidade de continuidade das capacitações realizadas. O profissional percebe que há uma fragilidade na oferta e na continuidade das capacitações e entende que a importância deste tipo de prática é essencial para os cuidados da atenção primária. Essa percepção está em consonância com as afirmações da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), que considera a capacitação como uma das estratégias relacionadas à educação permanente em saúde (EPS) para enfrentar os problemas nos serviços de saúde; afirmando que quando pautada em atividades pontuais, as capacitações nem sempre suprem as necessidades de saúde de uma população ou de um serviço de saúde. Acredita-se, portanto, que capacitações isoladas não são consideradas a melhor forma de se produzir mudanças nos processos de trabalho, necessitando ser realizadas continuamente, partindo das necessidades dos profissionais frente ao contexto. Nesse sentido, os participantes sugeriram que esse programa de capacitação baseado em simulações ocorresse de forma atrelada à alta hospitalar de cada CDT, preparando a equipe da APS para recebê-la no contexto domiciliar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** a simulação proporcionou uma experiência fidedigna e significativa aos envolvidos, que conseguiram

refletir, a partir da prática simulada, em novas formas de abordagem e de cuidado. Acredita-se que essa reflexão contribuirá para melhorar a assistência à CDT, pois, ao qualificar o profissional para o cuidado, a simulação promove uma aproximação dos mesmos a essas populações. Nesse sentido, a simulação tem o potencial para ser utilizada como estratégia para a EPS desses profissionais. Para tal, as ações educativas devem ser planejadas para ocorrer de forma contínua e atrelada às necessidades dos profissionais, desencadeadas a partir do processo de contra referência hospitalar das CDT.

Descritores: Educação Permanente; Atenção Primária à Saúde; Simulação.

REFERÊNCIAS

Aued, GK et al. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 142-149, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100142&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. 64p. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

Ferreira, SRS; Perico, LAD; Dias, VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2018.

Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

Okido, ACC et al. Criança dependente de tecnologia e a demanda de cuidado medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 718-724, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400718&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2018.

Okido, ACC; Zago, MMF; Lima, RAG. Care for technology dependent children and their relationship with the health care systems. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.291-298, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692015000200015&lng=en&tlng=en>. Acesso: em 31 ago. 2017.



Sebold, LF et al. Simulação Clínica: Desenvolvimento de Competência Relacional e Habilidade Prática em Fundamentos de Enfermagem. **Rev Enferm Ufpe On Line.**, Recife, v. 11, n. 10, p.4184-4190, out. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231181/25158>>. Acesso em: 19 out. 2018.

Título: A importância do conhecimento do perfil epidemiológico para a melhoria na assistência em enfermagem: relato de experiência

Autores: RAMOS, T. J. S. B - Discente Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí- BR. Correspondência: thaissramos@hotmail.com; CAMPOS, J. C. R - Discente, Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí – BR; MACEDO, I. T. S - Docente, Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí – BR; QUADROS, D. C. R - Docente, Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí – BR.

INTRODUÇÃO: a partir da lei de 8.080 estabelecida pelo SUS, percebe-se que a vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que propicia a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes de saúde, sendo esta individual ou coletiva a fim de adotar medidas de prevenção no controle de agravos de doença. Por meio da pesquisa epidemiológica ao qual descreve a frequência, distribuição, padrão e tendência temporal de eventos relacionado à saúde da população onde busca explicar a ocorrência de doenças e indicadores de saúde identificando suas causas, tendência e modo de transmissão na população; prever a frequência de doenças; controlar a ocorrência de doenças; por meio da prevenção de casos e aumento da sobrevida e melhoria de saúde. Assim, o perfil epidemiológico torna-se uma informação em saúde estratégica que assumi um papel importante para desenvolver ações que sirva de base para diagnóstico de planejamento, buscando reorganizar os serviços assistenciais, preventivos ou de cura/reabilitação. **MATERIAIS E MÉTODOS:** O presente artigo trata-se de um relato de caso de acadêmicas do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí, no Estágio Curricular Supervisionado (ECS) em hospital pediátrico de referência localizado no município de Itajaí em Santa Catarina. Esse trabalho apresenta os resultados alcançados nos dias de (ECS) que ocorreram durante quatorze semanas do segundo semestre de 2018 na Unidade B Cirúrgica desse hospital. **RESULTADOS/ANÁLISE:** Totalizando 100% dos pacientes admitidos na unidade B cirúrgica são atendimentos pelo SUS, encaminhados de diversas cidades do estado de Santa Catarina. No período em que estivemos na Unidade B cirúrgica, realizamos consulta de enfermagem em 84 pacientes. Diante o número total de pacientes, conseguimos quantificar a porcentagem em relação aos procedimentos cirúrgicos, conforme tabela abaixo:

Apendicectomia (25)	29,76 %
Cirurgias Ortopédicas (20)	23,80%
Cirurgias Otorrinolaringológicas (15)	17,85%
Herniorrafias (10)	11,90%
Postectomia (03)	3,57%
Orquidopexia (02)	2,38%
Tratamento Cirúrgico para Tumor Testicular (01)	1,19%

Deiscência de Parede Abdominal (01)	1,19%
Excisão na Pele (01)	1,19%
Tratamento cirúrgico para torção testicular (01)	1,19%
Exerese de Cisto Tireoglossso (01)	1,19%
Pieloplastia (01)	1,19%
Cirurgia de Invaginação Intestinal (01)	1,19%
Cirurgia geral (01)	1,19%
Neurocirurgia (01)	1,19%
Aguarda parecer do CIPE (01)	1,19%
TOTAL: 84	100%

De acordo com os indicadores gerados, o procedimento cirúrgico mais realizado é Apendicectomia. A humanidade sofre de enfermidades do apêndice desde épocas remotas. Corpos mumificados do Egito antigo com bandagens em andar inferior do abdome podem ser as evidências mais antigas. Encontramos na história da medicina muitos questionamentos envolvendo a doença que cursa com dor abdominal, vômitos e febre e que leva rapidamente ao óbito. O enigma começa a ser desvendado por volta do século XV, com o primeiro esboço do apêndice feito por Leonardo da Vinci, seguido das primeiras descrições anatômicas e desenhos realizados por Berengario da Carpi e Andreas Vesalius. Entretanto, da descoberta do órgão até a definição do processo patológico foram necessários alguns séculos, até que em 1886 o termo “apendicite” foi utilizado pela primeira vez pelo professor Reginald Hebert Fitz. Seu trabalho intitulado “Perforating Inflammation of the Vermiform Appendix” trouxe luz sobre os conhecimentos da época, sendo reconhecida a necessidade da cirurgia precoce nos casos suspeitos de apendicite. Mais de 100 anos se passaram desde o trabalho de Fitz e a apendicite aguda ainda é um importante problema de saúde pública. Os Estados Unidos da América registram entre 70 e 80 mil internações por apendicectomia em crianças todos os anos, ao custo de 680 milhões de dólares, sendo uma das principais emergências cirúrgicas da infância. O risco de um indivíduo apresentar apendicite ao longo da vida é estimado em 7 a 9%, sendo que o pico de incidência ocorre na segunda década, por volta dos 11 anos. Os meninos costumam ser mais acometidos do que as meninas, na proporção de 1, 4:1, e é observada uma sazonalidade com predileção pelos meses mais quentes do ano. Mediante a nossa vivência concordamos com o autor citado. O antecedente familiar de apendicite aumenta o risco do indivíduo em 3 vezes, sendo sugerido a presença de fatores genéticos em sua etiopatogenia. Uma dieta rica em fibras associada ao baixo consumo de carboidratos parece diminuir o risco da doença, provavelmente por diminuir o tempo de trânsito intestinal com menor formação de fecalitos. A apendicite é uma das emergências cirúrgicas mais comuns da infância. A diversidade de manifestações clínicas apresentadas na faixa etária pediátrica dificulta seu reconhecimento mesmo por médicos experientes. A presença de sinais

clássicos como a dor abdominal migratória, vômitos e febre relatada em 50% dos pacientes adultos ocorre em menor frequência nas crianças. Em relação a faixa etária das crianças, a tabela abaixo demonstra que as crianças atendidas com mais frequência são as que têm idade entre 5 a 9 anos, sendo o sexo predominante o masculino com 67,85% do total de pacientes.

Faixa Etária	Menor de 1 ano		1 a 4 anos		5 a 9 anos		10 a 14 anos		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	6	7,14%	23	27,38%	31	36,90%	24	28,57%	84	100%

Os indicadores de qualidade da assistência aplicados ao processo de trabalho da enfermagem devem ser capazes de melhorar a assistência prestada ao usuário, fortalecer a confiança com a clientela atendida, reduzir custos e estimular a participação de todos os profissionais tornando os protagonistas do processo de busca de melhorias no serviço de saúde prestado.

CONCLUSÃO: o conhecimento do perfil epidemiológico do local de trabalho para um enfermeiro possui uma relação direta com a qualidade da assistência prestada, tendo em vista que o perfil epidemiológico permite que o enfermeiro planeje suas atividades, bem como seus recursos materiais e humanos. A epidemiologia por meio de seus estudos auxilia na organização e planejamento da assistência à saúde, pois, o conhecimento dos dados epidemiológicos torna possível realizar a tomada de decisão visando aperfeiçoar a assistência prestada aos indivíduos, devido ao fato de que permite o planejamento de ações, bem como dimensionamento de recursos materiais e humanos, possibilitando a equipe de saúde fornecer um serviço específico para cada determinante de acordo com as necessidades específicas. A falta de indicadores acerca do perfil epidemiológico de uma clínica por parte do controle de qualidade de um hospital é uma grande fragilidade, pois, são os indicadores que comprovam a necessidade de implementação de protocolos, educação continuada e outras intervenções acerca do manejo dos pacientes da clínica. O conhecimento do perfil permitiu que o projeto de atuação da unidade fosse baseado na real necessidade do setor, promovendo impactos de qualidade tanto para a equipe de profissionais, quanto para os pacientes e familiares da unidade.

Descritores: Perfil Epidemiológico; Enfermagem; Assistência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

Anderson, JE et al. Examining a common disease with unknown etiology: trends in epidemiology and surgical management of appendicitis in California, 1995–2009. **World journal of surgery**, v. 36, n. 12, p. 2787-2794, 2012.

Bhangu, A et al. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. **The Lancet**, v. 386, n. 10000, p. 1278-1287, 2015.

Escosteguy, CC; Pereira, AGL; Medronho, RA. Três décadas de epidemiologia hospitalar e o desafio da integração da Vigilância em Saúde: reflexões a partir de um caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3365-3379, 2017.

Guimarães, RM et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1407-1416, 2017.

Guthery, SL et al. National estimates of hospital utilization by children with gastrointestinal disorders: analysis of the 1997 kids' inpatient database. **The Journal of pediatrics**, v. 144, n. 5, p. 589-594, 2004.

Hamill, JK; Liley, A; Hill, AG. Historical aspects of appendicitis in children. **ANZ journal of surgery**, v. 84, n. 5, p. 307-310, 2014.

Kurcgant, P et al (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Rentea, RM; Peter, SD; Snyder, CL. Pediatric appendicitis: state of the art review. **Pediatric surgery international**, v. 33, n. 3, p. 269-283, 2017.

Young, P. La apendicitis y su historia. **Revista médica de Chile**, v. 142, n. 5, p. 667-672, 2014.

Título: O cuidado de enfermagem através da educação em saúde em um hospital pediátrico: um relato de experiência

Autores: RAMOS, T. J. S. B - Discente, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí- BR. Correspondência: thaisramos@hotmail.com; **CAMPOS, J. C. R** - Discente, Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí – BR; **MACEDO, I. T. S** - Docente, Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí – BR; **QUADROS, D. C. R** - Docente, Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí – BR.

INTRODUÇÃO: a permanência dos pais em período integral no ambiente hospitalar, sua participação no cuidado e a natureza da relação entre criança, pais e profissionais têm desencadeado novas formas de organização da assistência à criança. A educação em saúde deve ser entendida como importante vertente à prevenção, e que na prática deve estar preocupada com a melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas. Para alcançar um nível adequado de saúde, as pessoas precisam saber identificar e satisfazer suas necessidades básicas. Devem ser capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Neste sentido a educação em saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida. Considerando que a educação em saúde está relacionada à aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde, torna-se necessário que esta seja voltada a atender a população de acordo com sua realidade. Isto porque a educação em saúde deve provocar conflito nos indivíduos, criando oportunidade da pessoa pensar e repensar a sua cultura, e ele próprio transformar a sua realidade. A prática da Educação em Saúde requer do profissional de saúde, e principalmente de enfermagem, por sua proximidade com esta prática, uma análise crítica da sua atuação, bem como uma reflexão de seu papel como.

MATERIAIS E MÉTODOS: o presente artigo trata-se de um relato de caso de acadêmicas do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí, no Estágio Curricular Supervisionado (ECS) em hospital pediátrico de referência localizado no município de Itajaí em Santa Catarina. Esse artigo apresenta os resultados alcançados nos dias de (ECS) que ocorreram durante quatorze semanas do segundo semestre de 2018 na Unidade B Cirúrgica desse hospital. Visando trabalhar a autonomia dos pacientes, baseado na Teorista Wanda Horta, foi realizada uma atividade de educação em saúde com os pacientes e seus acompanhantes, com a temática Segurança do Paciente.

RESULTADOS/ANÁLISE: a primeira etapa foi à construção de um folder explicativo, do qual foi enfatizado sobre os métodos que a instituição de saúde da qual estávamos realizando o estágio utiliza para a identificação dos pacientes. Aspectos como: a importância da identificação, a maneira como os eventos adversos podem ser, dentre outros assuntos relacionados com

segurança com o paciente foram abordados, além da distribuição de uma “carteirinha” de segurança do paciente que foi desenvolvida pelo nosso grupo de estágio foi disponibilizada para as crianças internadas no nosso setor, com o intuito de promover a importância da segurança do paciente através da identificação. As ações de educação em saúde foram realizadas por quartos, no primeiro momento a acadêmica explicava sobre como iria funcionar a atividade e questionava se todos estavam de acordo. Após isso, o folder explicativo era distribuído para os acompanhantes e aos pacientes. Dando continuidade na atividade o folder era totalmente desmembrado através da fala da acadêmica, contando com a participação dos pacientes e acompanhantes durante a realização da oficina. Durante a oficina era solicitado que todos verificassem se as pulseiras estavam corretas, se as placas sinalizadoras do leito estavam todas preenchidas corretamente, e isto proporcionou uma troca de saberes de extrema importância, com o intuito de realizar toda a educação em saúde baseada em uma metodologia ativa. No final da atividade foi distribuído a Carteira do Paciente Seguro a todos os pacientes, uma ficha de avaliação para os acompanhantes e outra para as crianças preencherem com o auxílio dos acompanhantes. A avaliação entregue para as crianças foi realizada através de uma adaptação da Escala de Dor Faces, na qual elas poderiam atribuir uma nota para a atividade realizada, essas notas variavam de 0 a 01 (não gostei), 02 a 03 (gostei pouco), 04 a 05 (mais ou menos), 06 a 07 (gostei) e 08 a 10 (gostei muito). A linguagem utilizada na avaliação para as crianças foi realizada dessa forma, para que houvesse melhor compreensão das mesmas. 100% das crianças avaliaram a educação em saúde com nota de 08 a 10, ou seja, gostaram muito, o que me deixou extremamente satisfeita, pois foi um reflexo de como as atividades foram desenvolvidas, todas as crianças participavam e se interessam muito pelo assunto, foram sempre muito receptivas e participativas, me surpreendendo a cada instante durante as suas falas. A avaliação dos adultos era composta por 05 questões, na primeira questão foi solicitado que os acompanhantes dessem uma nota de 0 a 10 sobre a importância do assunto dialogado e 100% dos participantes atribuíram a nota 10 para o assunto debatido. Na questão 02, foi questionado acerca do conhecimento dos acompanhantes sobre o Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Pequeno Anjo e 100% dos acompanhantes desconheciam a existência do Núcleo. A questão 03 complementava a questão anterior, pois solicitava que os acompanhantes atribuísem uma nota de 0 a 10 quanto a importância do Núcleo de Segurança do Paciente, mediante ao resultado de 100% dos acompanhantes atribuírem a nota máxima, interpreta-se que após a educação em saúde todos compreenderam que o fato da instituição de um núcleo que vise a segurança do paciente é de extrema importância. A questão 4 tratava da importância da participação dos acompanhantes durante o processo de hospitalização dos pacientes e a relação disto com a prevenção dos eventos adversos que os mesmos estão expostos. Questionava-se aos acompanhantes,

se eles achavam que poderiam ajudar a evitar que os eventos adversos acometessem os pacientes, 90,90% dos acompanhantes disseram que sim, que podem ajudar a evitar que os eventos adversos aconteçam, então o intuito de otimizar a participação dos acompanhantes durante o processo de hospitalização foi bem compreendido. A última questão era um pouco mais complexa e foi solicitado que os acompanhantes escrevessem quais eram os itens que a pulseira de identificação do paciente deveria conter e se estes itens poderiam ou não serem abreviados. 63,63% dos participantes conseguiram responder corretamente acerca dos dados obrigatórios da pulseira de identificação e que os mesmos não poderiam estar abreviados. **CONCLUSÃO:** ao final da educação em saúde, foram realizadas trocas das pulseiras de identificação que estavam incorretas, preenchimento das placas sinalizadoras de leito, e o mais gratificante é que isto foi realizado mediante a solicitação das crianças e/ou acompanhantes, pelo fato de terem realmente compreendido o impacto que a Segurança do Paciente possui dentro do ambiente hospitalar e no quanto pode interferir durante o processo de hospitalização destas crianças. Através disso, conclui-se que atividade alcançou o objetivo proposto, promovendo autonomia os pacientes e seus acompanhantes em relação a importância da segurança do paciente conscientizando tantos os pais como nas crianças para um cuidado de enfermagem tão importante quanto a segurança do paciente. Acreditamos que os pais e até mesmo as crianças observarão as pulseiras e as placas sinalizadoras de leito de uma maneira diferenciada, tendo autonomia para identificar quando o cuidado prestado não for realizado da maneira adequada.

Descritores: Educação em Saúde; Enfermagem; Segurança do Paciente.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde (BR). **Guia de produção e uso de materiais educativos**. Brasília (DF): Coordenação Nacional de DST/AIDS;1998
- Oliveira, HM; Gonçalves, MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev bras enferm**, v. 57, n. 6, p. 761-3, 2004.
- Góes, FGB; La Cava, AM. A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 932-41, 2009.
- Silva, N. **Educação em saúde no discurso e na prática dos profissionais de saúde**: um estudo de caso no PAM Codajás em Manaus - Amazonas [dissertação de Mestrado]. Manaus (AM): Universidade Federal do Amazonas; 1999.

Título: O processo de revelação do diagnóstico de crianças com Síndrome de Down: revisão integrativa de literatura

Autores: Tayná Bernardino Coutinho - Discente da sexta fase do curso de graduação em Enfermagem - Bacharelado; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; taynabercoutinho@gmail.com. **Crhis Netto de Brum** - Doutora em Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; crhis.brum@uffs.edu.br. **Rafaela Márcia Gadonski** (Discente da segunda fase do curso graduação em Enfermagem - Bacharelado; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó, Chapecó/SC; rafaelagadonski@gmail.com. **Gabriela Gaio** - Discente da sexta fase do curso de graduação em Enfermagem - Bacharelado; Universidade Federal da Fronteira Sul- Campus Chapecó; Chapecó/SC; gabriela.gaio@estudante.uffs.edu.br.

INTRODUÇÃO: a Síndrome de Down (SD) é a cromossomopatia mais recorrente em humanos. De acordo com o Ministério da Saúde a cada 600 a 800 nascimentos, nasce uma criança com a presença extra do cromossomo 21 na constituição genética. Assim, entende-se que em uma família, o diagnóstico do nascimento de uma criança com a trissomia do cromossomo 21 pode ser impactante tendo em vista as modificações no cotidiano de ambos. Considerando a complexidade de tal notícia, a revelação do diagnóstico torna-se relevante frente às possíveis reações dos cuidadores familiares, podendo esta, influenciar positiva ou negativamente na condução do cuidado com a criança. Destaca-se que, comumente os profissionais da saúde encontram-se desafiados para fornecer orientações e informações adequadas para a família a respeito das condições da criança uma vez que, ainda, o imaginário social aponta descompassos entre o real e suscitado pela condição imposta pelo processo da doença em curso. Tendo em vista o evidenciado, tem-se a elaboração de um estudo norteado pela seguinte questão: quais são as evidências, disponíveis, de como é realizado o processo de revelação do diagnóstico de crianças com SD. Como objetivo: Avaliar na literatura científica como é realizado o processo de revelação do diagnóstico de crianças com SD.

MATERIAIS E MÉTODOS: trata-se de uma revisão integrativa da literatura, sustentado nas seguintes etapas: 1ª) Identificação do Tema e Seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa, 2ª) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura, 3ª) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, 4ª) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, 5ª) interpretação dos resultados e 6ª) apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Destaca-se que a identificação do tema e da pergunta de pesquisa já foram desenvolvidos, anteriormente. Assim, a presente revisão se subsidiou a partir de artigos nas seguintes bases de dados: na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), na Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde (LILACS) e na SCOPUS. No formulário avançado foram inseridas seguintes as palavras-chave: revelação da verdade ou revelação ou revelação ou diagnóstico e síndrome de down. Não foi utilizado descritores tendo em vista as lacunas na produção do conhecimento sobre o assunto, permanecendo, com palavra-chave. Seguiu-se, atendendo os seguintes parâmetros de inclusão: estudos que tivessem seus resumos disponíveis nas bases de dados, na íntegra, online e gratuitos, em português, inglês ou espanhol. E os seguintes parâmetros de exclusão: teses, dissertações, monografias e seus respectivos capítulos, revisões narrativas integrativas e sistemáticas da literatura. A coleta dos estudos ocorreu em julho e agosto de 2019. A classificação hierárquica das evidências foi avaliada por meio de sete níveis. Para avaliar o delineamento da pesquisa utilizou-se POLIT, BECK, (2011). E em relação aos aspectos éticos, respeitaram-se as ideias, conceitos e as definições dos autores, esboçadas fidedignamente, descritas e citadas conforme as normas do periódico em questão, bem como respeitou-se a Lei nº 9.610/98 dos Direitos Autorais. Foram encontrados 8.256 estudos. Destes, 293 da LILACS, 7.842 da MEDLINE e 121 da SCOPUS. Primeiramente, a seleção dos estudos deu-se pela leitura de título e resumos dos artigos, utilizados esses critérios foram eleitos e ficaram 28; após a leitura na íntegra permaneceram 17 artigos no total. **RESULTADOS/ANÁLISE:** dos 17 estudos, constatou-se como principal País de produção de pesquisa o Brasil (52,94%), seguido dos Estados Unidos da América (17,64%), do Chile (11,76%) e Austrália, Espanha e Reino Unido com 5,88% cada um. No que se refere ao delineamento de pesquisa, mostraram-se enquanto metodologia qualitativa (58,82%), metodologia quantitativa (5,88%) e abordagem mista (35,29%). Sobre o nível de evidência, predominou o 5. Quanto às áreas de conhecimento salienta-se as produções de Medicina (35,29%), seguidas das de Enfermagem (17,64%), Psicologia (17,64%), Fisioterapia (11,76%), Multiprofissional (11,76%) e Fonoaudiologia (5,88%). Em relação ao ano de produções, destacam-se: 1990-1992, 5,88%; 1993-1995, 5,88%; 1996-2003, 0%; 2004-2006, 5,88%; 2007-2009, 35,29%; 2010-2012, 23,52%; 2013-2015, 5,88% e 2016-2018, 17,64%. Nos trabalhos com procedência no Brasil, no Chile, na Espanha, nos EUA e no Reino Unido, representando 76,47% do total de pesquisas avaliadas, existe um consenso quanto ao impacto que a Revelação do Diagnóstico causa nos cuidadores familiares, afirmando que sentimentos como tristeza, desamparo, frustração são os comuns após o diagnóstico exposto. Constata-se uma relutância em lidar com a complexidade do significado social que é possuir uma pessoa com deficiência na família. A maneira que Revelação de Diagnóstico será realizada, influenciará diretamente na reação dos cuidadores familiares frente ao relato. Os estudos da pesquisa indicam que os familiares e/ou cuidadores consideram a revelação do diagnóstico inadequada e com insuficiência de informações o que causa insatisfação, ansiedade, estresse e medo. Quanto maior a quantidade de informações e orientações a família possuir a respeito da deficiência, mais

segura e motivada estará para a procura de assistências e contribuições para o desenvolvimento da criança. Salienta-se que dialogar abertamente acerca do diagnóstico oportuniza o decréscimo de reações negativas. Estabelecer uma conversa objetiva e verdadeira sobre a deficiência possibilita na redução de preocupação para os cuidadores e maior acesso a agentes de auxílio social. Os artigos que simbolizam 23,52% do total das pesquisas avaliadas são de procedência na Austrália e dos EUA. Estes exploram os aspectos positivos de uma Revelação bem-sucedida, a qual é caracterizada por diagnóstico pós-natal claro e conciso atendendo as necessidades parentais, disponibilização de materiais escritos e atualizados sobre a síndrome de Down, elucidação da normalização dos cuidados da criança com SD. É relevante que a equipe multiprofissional seja sensibilizada/capacitada para a oferta de uma RD que possua acolhimento, orientações e informações adequadas aos cuidadores. Conforme ocorra a identificação de receios, apreensão e incertezas, a equipe multiprofissional de saúde tem a possibilidade de estabelecer uma conversa com os cuidadores familiares a fim de criar maneiras de exceder suas inquietações. **CONCLUSÃO:** a proposta deste estudo foi reconhecer o processo de revelação de diagnóstico de crianças com SD por meio da revisão integrativa da literatura. Os dados exibiram uma inclinação dos cuidadores familiares a sentirem-se abalados quanto a apresentação do diagnóstico de seus filhos. Evidencia-se que o processo de revelação de diagnóstico pode ser realizado de um modo ampliado de maneira que atenda as demandas dos cuidadores, da família dos profissionais e principalmente da criança. Quanto ao nível de evidência, sugere-se que sejam realizados estudos evidências fortes a fim de elucidar e auxiliar nos medos, anseios e angústias dos familiares e profissionais quanto ao processo de revelação do diagnóstico de uma criança com SD.

Descritores: Revelação; Revelação da verdade; Síndrome de Down.

REFERÊNCIAS

Brum, CN; Zuge, SS. Revisão sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na enfermagem. In: Lacerda, MR; Costenaro, RGS (Org.). **Metodologias de pesquisa para enfermagem e saúde:** da teoria à prática. 1ed.Porto Alegre: Moriá, 2015, v., p. 1-20.

Cavalcanti, GA. **Stress e Qualidade de Vida dos Cuidadores de Crianças Portadoras de Síndrome de Down.** 2011. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2011

Cunha, AMFV; Blascovi-Assis, SM; Fiamenghi Junior, GA. Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida. **Ciência & Saúde**



Coletiva, [s.l.], v. 15, n. 2, p.445-451, mar. 2010.

FGA, MAA. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. **Psicologia: Ciência e Profissão** 2007; 27(2):236-245.

Gerson AC et al. Disclosure of HIV diagnosis to children: When, where, why and how. **J Pediatric Health Care**. 2001;15:161-7.

Mendes, EG; Nunes, LRD'OP; Ferreira, JR. Diagnóstico e caracterização de indivíduos com necessidades educacionais especiais: produção científica nacional entre 1981 e 1998'. **Temas em Psicologia** Dil Sb, Brasília, v. 10, n. 1, p.11-26, mar. 2002.

Mendes, KDS; Silveira RCCP; Galvão, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2008;17(4):758-64.

Polit, DF; Beck, CT. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 7° ed Porto Alegre: Artmed; 2011.

Wierner, LS; Battles, HB. Utangling the web: A close look at diagnosis disclosure among HIV-infected adolescents. **J Adolesc Health**. 2006;38:307-9.

Título: Intervenção para melhora da cobertura vacinal de crianças em idade escolar de um distrito sanitário em Curitiba: um relato de experiência

Autores: Raphaella Zanão Coura Bonat - Enfermeira. Graduada pela Universidade Positivo- UP. Residente em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente. Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná. raphaella.bonat@hpp.org.br. **Evelyn Nunes da Rocha** - Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Paraná- UFPR. Residente em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente. Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná. evelyn.rocha@hpp.org.br. **Tamara Tasca Faller** - Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Residente em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente. Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná. tamara.faller@hpp.org.br. **Alexa Aparecida Lara Marchiorato** - Mestre em ensino nas Ciências da Saúde pela Faculdade Pequeno Príncipe. Professora e tutora da Residência Profissional Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente nas Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná. alexa.marchiorato@fpp.edu.br.

INTRODUÇÃO: a vacinação é uma das estratégias com maior custo-benefício no que diz respeito à prevenção de doenças infecciosas. No Brasil o programa de imunização oferece à população acesso universal e gratuito para 44 imunobiológicos. Nos últimos anos houve um crescimento da complexidade desse programa com o aumento das doses ofertadas e a introdução de novas vacinas no calendário vacinal de rotina. As vacinações são realizadas visando otimizar a proteção tanto do indivíduo quanto da coletividade na qual está inserido, reduzindo o risco de manifestarem certas doenças. A monitorização da cobertura vacinal de uma população é importante pois permite conhecer as doenças a quais esses indivíduos estão mais vulneráveis, bem como intervir precocemente no risco de serem acometidos por elas. O objetivo deste relato de experiência é descrever uma intervenção, realizada em quatro Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) de Curitiba, que visou contribuir para a melhora da cobertura vacinal, principalmente na população infantil em idade escolar. **MÉTODOS:** a intervenção ocorreu de forma conjunta entre unidade básica de saúde (UBS) e os CMEI's localizados em sua área de abrangência. O foco da ação foi identificar crianças com situação vacinal em atraso e com intermédio da escola notificar seus responsáveis sobre essa situação. A intervenção foi realizada em três etapas, sendo elas o contato inicial com o CMEI, revisão da situação vacinal de cada criança e a notificação dos responsáveis sobre as vacinas em atraso. Na primeira etapa conversávamos com a direção e coordenação dos CMEIs a fim de propor a realização da ação e após a autorização acordávamos como ocorreriam as demais etapas. Nas outras duas etapas utilizamos como recurso dois bilhetes entregues para a diretoria da escola, que deveria entregá-los aos pais. O primeiro bilhete abordava a importância da vacinação para manutenção da

saúde das crianças e solicitava que na data estipulada todos os responsáveis encaminhassem as cadernetas de vacinação para escola pois seria analisada a situação vacinal das crianças. No dia combinado nos dirigimos até a escola a fim de recolher as cadernetas de vacinação e a listagem de alunos de cada turma fornecida pela escola. Na sequência voltamos à unidade de saúde a fim de conferir a situação vacinal de cada criança. Esta conferência era feita utilizando o sistema informatizado do município, o que permitia cruzar as informações entre sistema e caderneta. Para os alunos que não haviam trazido a caderneta utilizamos a listagem da escola para realizar a busca manual no sistema acerca de sua situação vacinal. Ao identificarmos uma criança com vacina em atraso o segundo bilhete era encaminhado para os responsáveis da criança. Nele continham todas as vacinas ofertadas pelo município nos permitindo assinalar a opção na qual a criança estava faltosa. O conteúdo deste bilhete informava aos pais a importância de regularizar a situação vacinal de seu filho, destacando a vacina em atraso e solicitando que o mesmo se dirigisse com a criança até a unidade de saúde a fim de regularizar esta situação. **RESULTADOS:** por meio desta intervenção foi possível verificar a situação vacinal de 300 crianças e apesar da não adesão da equipe de saúde à utilização de um instrumento de controle, foi notório o aumento da demanda vacinal após o envio dos bilhetes. Ao chegar na unidade de saúde, os pais mostravam os bilhetes que estavam assinalados com as vacinas faltantes. Nos meses subsequentes à intervenção observou-se aumento na cobertura vacinal principalmente das vacinas de febre amarela e varicela, vacinas estas que foram identificadas como mais faltantes nas crianças dos CMEI's. O Ministério da Saúde estabeleceu um programa de imunização de rotina de forma ampla e realiza campanhas periódicas com a finalidade de controlar e erradicar doenças por meio da vacinação do maior número possível de crianças. Ainda assim, o percentual de uma população-alvo que foi vacinada se encontra abaixo do esperado. A efetividade de um programa de vacinação é avaliada pela intervenção da cobertura vacinal e dependente do sistema de saúde, do programa de imunização e das características da população. Sendo assim, respeitando a Lei 8080/90 no que diz respeito a promoção e proteção saúde, cabe aos serviços de saúde agir ativamente na população, realizando visitas, campanhas fora das unidades e atuando dentro da sua área de abrangência, de forma a estar atento à sua população por meio da realização de vistorias dos cadastros das crianças, das carteiras de vacinação e visitas domiciliares para aquelas que estão faltosas. **CONCLUSÃO:** ressalta-se a relevância do estabelecimento do vínculo entre UBS e CMEI's a fim de realizar intervenções como essa e atividades acerca da importância da vacinação para que as crianças e seus familiares tenham ciência disso, bem como solicitar periodicamente que os pais encaminhem as carteiras de vacinação para as escolas a fim de que a unidade saúde faça a varredura da cobertura vacinal. Muito se fala sobre o movimento antivacinas ou até mesmo sobre pessoas com informações errôneas que acabam por retardar a aplicação vacinal, colocando

em risco a vida do indivíduo em questão e de todas as pessoas a sua volta. Com isso, novas epidemias de doenças até então erradicadas, voltaram a atingir a população. Acredita-se que desinformações, informações erradas, mitos, relação temporal com eventos adversos, falta de credibilidade nas empresas produtoras de vacina, ideologias religiosas e filosóficas, entre outros, podem ser consideradas causas para essas atitudes. Os serviços de saúde devem intensificar a atuação na busca ativa dos pacientes a fim de promover e proteger a saúde das crianças. A constante desmistificação sobre as vacinas bem como a divulgação a nível nacional auxiliaria na distorção de que a vacina pode trazer mais prejuízos do que benefícios, evitando que a desinformação abra espaço para novas epidemias.

Descritores: Atenção básica em saúde, cobertura vacinal, educação infantil.

REFERÊNCIAS:

Ferreira et al. Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 9, 2018.

Queiroz et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2013.

Mizuta, et al. Percepção acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 37, n. 1, 2019.

Título: Construção de um boneco para o preparo da criança com diabetes mellitus para a autoaplicação da insulina

Autores: Solange Kulkamp Pereira - Graduandas em Enfermagem pela Faculdade IELUSC; **Gabriela Andrade de Oliveira** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. **Gabrielly Liz de Almeida** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. **Luiza Miqueluzzi Bonassa** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. **Luana Cláudia dos Passos Aires** - Docente Adjunta do Curso de Enfermagem da Faculdade IELUSC. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela UFSC. **Lidiane Ferreira Schultz** – Docente Adjunta pela Faculdade IELUSC. Enfermeira. Doutoranda em Saúde e Meio Ambiente pela UNIVILLE. Mestre em Enfermagem pela UNG. Especialista em Terapia Familiar e de Casal pela UNIFESP. Assistência de Enfermagem à Criança e ao Adolescente Hospitalizado pela USP-SP. Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela UNIFESP. Graduada pela Universidade Estadual de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: o ato de brincar é uma forma de diversão e recreação para a criança sendo essencial para o desenvolvimento infantil, pois é brincando que as relações entre as pessoas e com o meio ambiente são formadas (BRASIL, 2017). No Brasil, toda criança tem o direito de brincar garantido pelo estatuto da criança e do adolescente (ECA, 1990) e deverá ser preservado também em momentos de adoecimento infantil e utilizado nos serviços ou unidades de saúde. Atualmente, 8% das crianças e cerca de 26% dos adultos jovens têm diabetes mellitus no mundo, fatores demográficos, geográficos, biológicos, culturais tem sido descritos nos estudos epidemiológicos. Pesquisas para estudar as causas, cuidados clínicos, prevenção e tratamento do diabetes tipo 1 na infância são fundamentais. porém é de extrema importância apresentar as necessidades relacionadas ao crescimento e desenvolvimento destas as crianças, suas vivências, conhecimento sobre a patologia e possibilidades para enfrentamento e compreensão do processo. O brincar é uma estratégia singular e também exerce função terapêutica sendo fundamental seu uso como Brinquedo Terapêutico (BT) durante os procedimentos realizados por profissionais enfermeiros. A utilização do BT pelo enfermeiro tem respaldo na Resolução COFEN n. 0546/2017. Várias pesquisas apontam que esses profissionais da atenção primária, secundária ou terciária não incorporam o BT como uma técnica de cuidado sistematizado na pediatria e descrevem como fatores dificultares para o uso à falta de conhecimento, de equipe capacitada, tempo limitado, múltiplas atividades desenvolvidas, falta de habilidades para a sua aplicação e de material adequado e específico para a aplicação. Produzir materiais lúdicos para a aplicabilidade do BT é de extrema importância e uma real necessidade na atualidade. Este trabalho justifica-se pela importância na construção de um brinquedo e utilização como brinquedo terapêutico

instrucional para ensinar a criança com diabetes o preparo e a autoaplicação da insulina, além do conhecimento da patologia, dos cuidados necessários e do esclarecimento de dúvidas e inquietações. A criança com diabetes que poderá favorecer a redução do medo, tensão e ansiedade, proporcionando uma assistência mais humanizada, preservando a saúde psíquica, realizando educação em saúde e garantindo o direito de brincar. **OBJETIVO:** relatar a construção de um boneco para uso como Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI) no preparo da criança com diabetes mellitus para o preparo e a autoaplicação da insulina. **MÉTODO:** relato experiência analítico descritivo de abordagem qualitativa sobre a criação e confecção de um boneco para preparar a criança com diabetes mellitus para o preparo e a autoaplicação da insulina em idade escolar. Este material lúdico foi confeccionado por acadêmicas da sétima fase do curso de graduação em enfermagem de uma faculdade comunitária localizada no norte de Santa Catarina, sendo uma atividade desenvolvida para a disciplina de saúde da criança e do adolescente hospitalizado. A atividade foi proposta após a aula teórica sobre o brincar e o brinquedo terapêutico como uma tecnologia de cuidado na assistência de enfermagem às crianças objetivando que os graduandos construíssem um brinquedo ou material lúdico para aplicarem posteriormente na atividade teórica prática com as crianças hospitalizadas possibilitando ao aluno compreender os marcos do desenvolvimento infantil, a importância do brincar, as formas de cuidado traumáticas e humanizadas e os instrumentos para o ensino da patologia e do preparo para os procedimentos na criança durante a prática na unidade pediátrica. O boneco elaborado não tem gênero definido e pode ser utilizado com roupas de meninas ou de meninos, possui demarcações no corpo feitas em tecido de cor diferente nos locais recomendados para administração de insulina. Os materiais utilizados foram: fibra siliconada, tecido de algodão, impermeabilizante de tecido, cabelo sintético, olho de plástico, fio de costura e de crochê, cola, agulha, tesoura e botão. **RESULTADOS:** o brinquedo tem a finalidade demonstrar, ensinar e realizar educação em saúde com a criança e sua família sobre a técnica adequada e recomendada para a aplicação da insulina, inclusive os locais de rodízio, o treino e a manipulação da seringa com a agulha, aspiração da medicação, o ângulo da aplicação e conservação do medicamento. Outra possibilidade de aplicabilidade do material construído será com grupos de idosos com diabetes na atenção primária ou em visitas domiciliares, no processo ensino aprendizagem em curso técnico e de graduação em enfermagem em aulas de simulação realística para o ensino da técnica de aplicação de medicamentos por via subcutânea e na abordagem e preparo da criança para procedimento nas disciplinas de enfermagem pediátrica. **CONCLUSÃO:** o material lúdico criado possibilitará promover vínculo entre o profissional, a criança e sua família, segurança e conforto durante o treinamento e aplicação da insulina, orientações a família, compreensão da criança e aplicabilidade do BTI. Este boneco confeccionado juntamente com a técnica do BTI poderá ser usado pelo

enfermeiro nas unidades básicas de saúde, no ambiente hospitalar, no domicílio, em clínicas, consultórios multiprofissionais com crianças com diabetes tendo como finalidade ensinar e capacitar para auto aplicação da insulina. Esta experiência resgatou momentos de criatividade, ampliou o conteúdo aprendido sobre a importância do uso do BTI, auxiliou na correlação entre teoria e prática e demonstrou a necessidade de elaboração de materiais que auxiliem os enfermeiros na sua prática assistencial.

Descritores: Jogos e brinquedos. Enfermagem Pediátrica. Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS

Brasil. Lei complementar. 8.069/90, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. In: PESSOA, Fernanda. Legislação Educacional 3 em 1. São Paulo: RCN, 2005b.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN no0546, de 09 de maio de 2017**. Atualiza norma para utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pela equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. [cited 2019 JUL 24]. Available from: www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05462017_52036.html

Brasil. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular – BNCC Versão Final**. Brasília, DF, 2017.

Veríssimo, MLO; Toriyama, ATM.; Sigaud, CHS. O brincar na assistência de enfermagem à criança – revisão integrativa. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** 2016; 16(1):36-43.

World health organization. **Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities**. Geneva: World Health Organization; 2018. [cited 2019 JUL 24]: [128p.]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf?ua=1>.

Tao, Z; SHI, A; ZHAO, J. Epidemiological Perspectives of Diabetes. **Cell Biochemistry and Biophysics**. 2015. 73(1), 181–185. doi:10.1007/s12013-015-0598-4.

Título: Perfil epidemiológico dos nascidos vivos segundo o tipo de parto na região da grande Florianópolis no período de 2009 a 2018

Autores: **Jhonata de Souza Joaquim** - Acadêmico de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: jhol_777@hotmail.com. **Karoline Chequeto Rodrigues** - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: karolzinhabn@hotmail.com. **Karini Rosa Silveira** - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: kari-clarisse@hotmail.com. **Eliana Ferreira Medeiros** - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: elianinhamedeiros@bol.com.br. **Rafaela Boeing Vieira** - Acadêmica de Enfermagem - UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: rafaelaboeingv@gmail.com. **Greice Lessa** - Enfermeira. Doutora em Enfermagem - UFSC, Florianópolis/SC. E-mail: greicelessa@hotmail.com.

INTRODUÇÃO: os sistemas de informações em saúde fornecem subsídios para o desenvolvimento de ações adequadas de acordo com cada setor, as informações pertinentes as características sobre natalidade no Brasil são disponibilizadas pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), considerado um instrumento valioso para a elaboração e avaliação das políticas na área da saúde materno-infantil. No SINASC encontra-se as estatísticas referentes as taxas de natalidade juntamente com as informações inerentes a gestante, seu recém-nascido e as condições de parto. O processo do parto é um fenômeno cercado de mitos e crenças, envolvendo vários aspectos culturais, a escolha em relação ao tipo de parto é um direito da gestante em atuar sobre as decisões que serão tomadas acerca de sua vida e de seu próprio corpo, porém é fundamental que a gestante receba informações precisas por parte dos profissionais de saúde a respeito das vias de parto para que possa tomar decisões com autonomia e de forma segura. Considerando a relevância dessa temática, assim como, fatores que influenciam a escolha do tipo de parto por parte das gestantes da região da grande Florianópolis, desenvolveu-se este estudo viabilizando a promoção de saúde no ciclo gravídico-puerperal, bem como, a capacitação do profissional de saúde com finalidade de garantir assistência integral e qualificada. Diante do exposto, elencou-se o seguinte questionamento: qual o perfil epidemiológico dos nascidos vivos segundo o tipo de parto na região da grande Florianópolis no período de 2009 a 2018? E, para respondê-la, foi determinado como objetivo: identificar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos segundo o tipo de parto na região da grande Florianópolis no período de 2009 a 2018. **MATERIAIS E MÉTODOS:** trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo, de delineamento ecológico e com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários obtidos no 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 no período de 2009 a 2018. Os dados foram coletados entre os meses de agosto e setembro

de 2019, relativos às seguintes variáveis: tipo de parto, ano do nascimento, sexo, idade da mãe, instrução da mãe, duração da gestação, peso ao nascer e quantidade de consultas de pré-natal. Para a análise da variável de idade da mãe, foi considerado gestantes com faixa etária entre 10 a 49 anos, correspondente a idade fértil da mulher no Brasil. Para análise da instrução da mãe, serão considerados dados de gestantes com instrução igual ou inferior a sete anos de estudos e com duração igual ou superior a oito anos de estudos. Para análise da duração da gestação, serão consideradas gestações com duração igual ou inferior as 36 semanas e com duração igual ou superior a 37 semanas. Para análise do peso ao nascer, serão considerados recém-nascidos com peso igual ou inferior a 2.499g e igual ou superior a 2.500g, com intenção de verificar o baixo peso ao nascer, este é classificado como peso inferior a 2.500g e está fortemente associado à prematuridade. Em relação às consultas de pré-natal, serão analisadas por meio de gestantes que realizaram até três consultas e gestantes que realizaram 4 ou mais consultas, é importante ressaltar que o Ministério da Saúde (2013) recomenda o número mínimo de seis consultas de pré-natal para uma gestação termo, com o início das consultas no primeiro trimestre da gravidez. Finalizada a coleta de dados, os mesmos foram consolidados e organizados em uma planilha do Programa Microsoft Excel 2013®. No presente estudo, os dados serão apresentados na forma de valores absolutos ou porcentagem representativa 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.

RESULTADOS: com base nos dados obtidos, observou-se que entre os anos de 2009 a 2018, o número de nascidos vivos na região da grande Florianópolis foram 148113 nascimentos, sendo o ano de 2018 com maior predominância de nascimentos com um total de 16565 (11,17%). Utilizando o estudo desenvolvido por Preis et al. (2016) como parâmetro comparativo, onde os autores concluíram o predomínio do parto tipo cesáreo e de nascimentos do sexo masculino, destacamos que o parto do tipo cesáreo continua acontecendo com maior frequência, alcançando o valor de 78853 (53,23%) nascimentos, apresentando maior execução no ano de 2017 com 8618 (5,81%). Os recém-nascidos provenientes desse tipo de parto são em sua maioria do sexo masculino (27,65%) e procedentes de gestações cuja duração foi maior que 37 semanas (47,47%), com peso ao nascer igual ou superior a 2.500g (48,65%), a quantidade de consultas de pré-natal foi igual ou inferior a 3 em 3561 (2,4%) dos casos e igual ou superior a 4 em 74177 (50,08%) nascidos, observou-se predomínio dos nascidos vivos filhos de mães com idade de 30-34 anos (14,68%) e com o grau de instrução igual equivalendo a 44,14% igual ou superior a 8 anos de estudo. O parto do tipo vaginal entre 2010 e 2014 representava 45,26% do total de nascimentos (PREIS et al., 2016), neste estudo identificamos que o parto do tipo vaginal é equivalente a 68964 (46,56%) do total de nascimentos, com predominância no ano de 2018 (5,37%). Em relação as características dos recém-nascidos por parto do tipo

vaginal: a maior parte foram do sexo masculino (23,43%), os partos com duração igual ou inferior a 36 semanas corresponderam a 3,87% dos casos e os partos com duração igual ou superior a 37 semanas representaram 42,2%, a maioria dos recém-nascidos apresentaram peso ao nascer igual ou superior a 2.500g (43,57 %), as consultas pré-natal iguais ou superiores a 4 equivaleram a 41,24%. Quanto as características maternas relativas ao parto por via vaginal, a faixa etária predominante de idade é de 20 a 24 anos (12,73%) com instrução igual ou superior a 8 anos de estudo (32,11%). Os casos com a variável tipo de parto ignorada representaram 296 (0,19%) nascimentos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** este estudo permitiu evidenciar as características epidemiológicas de nascidos vivos segundo o tipo de parto, constatou-se aumento progressivo de natalidade entre os anos analisados, predominância de recém-nascidos termo, com peso adequado e do sexo masculino. O grau de instrução interferiu na escolha quanto ao tipo de parto, mulheres com até 7 de estudos optaram por parto do tipo vaginal, já as gestantes com grau de instrução igual ou superior a 8 anos de estudos preferiram parto do tipo cesáreo. A quantidade de consultas pré-natal influenciou sobre a escolha materna, gestantes que realizaram apenas de 1 a 3 consultas se submeteram ao parto do tipo vaginal, enquanto as mulheres que realizaram consultas igual ou superior a 4 efetuaram o parto do tipo cesáreo. É notório que o parto do tipo cesáreo é prevaletente na região da grande Florianópolis, abrangendo a preferência materna da faixa etária de 25 a 49 anos de idade, independentemente das variáveis: peso ao nascer e duração da gestação. Esse estudo teve como limitação os dados ignorados e incompletos, fomentando a necessidade de capacitação e maior atenção no momento de alimentar o SINASC, visando obtenção de dados confiáveis de prevalência e incidência de recém-nascidos.

Descritores: epidemiologia, parto, nascimento, obstetrícia.

REFERÊNCIAS

Feitosa, RMM et al. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. **Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.717-726, jul./set. 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5502/pdf_1. Acesso em: 30 de ago. 2019.

Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica nº 32, 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicações/caderno_32.pdf. Acesso em: 30 de ago. 2019.



Organização mundial da saúde. **Low birthweight**: Country, regional and global estimates Geneva: United Nations Children's Fund. [S.I.: s.n.], 2004, 31p. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf. Acesso em: 30 ago. 2019.

Preis, LC et al. Nascidos vivos na região da grande Florianópolis: um estudo epidemiológico no período de 2010 a 2014. In: Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica e I Jornada do Gepesca, 8, 2016, Florianópolis. **Anais eletrônicos**. Florianópolis: UFSC, 2016, p. 82-84. Disponível em: <http://gepesca.paginas.ufsc.br/files/2016/12/Anais-XVIII-Ecenpe-I-jornadada-do-Gepesca-.pdf>. Acesso em: 15 de ago. 2019.

Silva, FJS et al. Mortalidade de óbitos de mulheres em idade fértil em Quixadá/CE. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, Ceará, v. 4, n. 1, 2019.

Silvestrin, S *et al.* Avaliação da incompletude da variável escolaridade materna nos registros das Declarações de Nascidos Vivos nas capitais brasileiras - 1996 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00039217.pdf>. Acesso em: 30 de ago. 2019.

Título: Implementação da carteirinha do paciente seguro em uma unidade de internação cirúrgica: um relato de experiência

Autores: CAMPOS, J.C.R - Discente, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí- BR. Correspondência: jeanecr@gmail.com. **RAMOS T. J.S. B** - Discente, Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí – BR. **MACEDO, I.T.S** - Docente, Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí – BR.

INTRODUÇÃO: em uma unidade de internação cirúrgica pediátrica nota-se fragilidade dos pacientes em relação à internação e ao ato cirúrgico. Muitas vezes as crianças e seus acompanhantes se mostram não participantes do processo do cuidado, por receio e pela falta de compreensão do propósito da hospitalização. Nas instituições de saúde em sua maioria o ato cirúrgico é visto apenas como um procedimento mecanicista, desconsiderando outros fatores que influenciam na assistência de enfermagem, como os anseios das crianças e as dúvidas dos responsáveis. Devido à ausência da participação dos pacientes e seus acompanhantes ao tratamento ocorre maior risco relacionado à segurança do paciente. O Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, tem por objetivo determinar ações que qualifiquem o cuidado em saúde em todas as complexidades dos serviços de saúde. A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado, e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura. Os incidentes associados ao cuidado de saúde, e em particular os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente), representam uma elevada morbidade e mortalidade nas instituições hospitalares. As Portarias GM/MS nº 1.377, de 09 de julho de 2013 e Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 institui os protocolos básicos de segurança do paciente, sendo eles: Identificar corretamente o paciente, Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde, Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos, Higienizar as mãos para evitar infecções e Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão. **MATERIAIS E MÉTODOS:** o presente artigo Trata-se de um relato de caso de acadêmicas do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) no Estágio Curricular Supervisionado em hospital pediátrico de referência localizado no município de Itajaí em Santa Catarina. Que tem como objetivo de relatar implementação da carteirinha do paciente seguro em uma unidade de internação cirúrgica. **RESULTADOS/ANÁLISE:** durante o desenvolvimento do Projeto de Atuação da disciplina de Estágio Curricular Supervisionado do 8º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI, através da observação

participativa em unidade cirúrgica de uma instituição hospitalar pediátrica localizada na região da Foz do Rio Itajaí-Açu, notou-se um déficit na identificação correta dos pacientes. A Teoria do autocuidado de Dorothea Orem, publicada em 1971 e 1980, foi desenvolvida a partir de um marco conceitual no qual Orem acredita que o profissional de enfermagem juntamente com o paciente, deve identificar déficits de capacidade no atendimento das necessidades individuais de autocuidado, procurando desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática do autocuidado. Desta forma, o profissional de Enfermagem funciona no autocuidado como regulador do sistema. Ele identifica os déficits de competência em relação à demanda de autocuidado, faz pelo indivíduo aquilo que ele não pode fazer, ensina, orienta e promove o desenvolvimento das capacidades do indivíduo para que ele possa se tornar independente da assistência de enfermagem assumindo seu autocuidado. Estas capacidades podem se desenvolver no dia a dia, através de um espontâneo processo de aprendizagem, auxiliado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros ou pela experiência na execução de medidas de autocuidado. No planejamento estratégico desenvolvido, o tema central se refere a Fragilidade na identificação do paciente, dentro da perspectiva de autocuidado da Teorista Dorothea Orem, buscamos envolver os pacientes – crianças e seus acompanhantes nas ações, com enfoque na sua autonomia e consequentemente no seu processo de autocuidado. Mediante a ausência de identificação adequada, instituímos a denominada Carteirinha do Paciente Seguro, que quando disponibilizada fornece a interação do trinômio profissional- paciente- responsável, estimulando a participação no autocuidado. Objetivo da pesquisa: Empoderar o paciente e o responsável legal através da entrega de uma Carteira do Paciente Seguro, com a participação da equipe de enfermagem para a efetividade da identificação correta. **CONCLUSÃO:** a implementação da Carteirinha do Paciente Seguro serviu como uma maneira eficaz de controle de identificação, possuindo como dados primordiais a identificação do paciente, contendo seu nome completo, nome da mãe, nome do pai, data de nascimento, alergias e riscos. Sendo considerado um método visual que vincula o paciente à sua documentação médica e terapêutica, minimizando a possibilidade dos dados de identificação serem transferidos de um paciente a outro, contribuindo para a redução dos riscos de eventos adversos, enfatizando que todos os profissionais de saúde são responsáveis pela implementação e confirmação da identificação do paciente que, por sua vez, deve ser envolvido ativamente no processo e receber informações sobre a importância de sua correta identificação. Durante a entrega das Carteirinhas tanto os pacientes, quanto seus responsáveis legais compreenderam a importância da mesma, e transmitiram satisfação pelo trabalho realizado. Através da escuta qualificada e troca de saberes os pacientes e seus responsáveis legais mostraram-se autônomos e inseridos no cuidado quando solicitavam ações em relação a identificação dos pacientes



para a equipe de enfermagem. Percebemos como contribuições da pesquisa a sensibilização e empoderamento dos pacientes e seus responsáveis legais, como também os profissionais da área da saúde acerca da importância da adesão ao programa nacional de segurança do paciente, assegurando uma assistência integral e equânime.

Descritores: Segurança do Paciente, Autocuidado, Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Delziovo, CR et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e20171493, 2018.

Título: Evento adverso relacionado a erro de via – sonda gástrica: uma revisão de literatura

Autores: CAMPOS, J.C.R - Discente, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí- BR. Correspondência: jeanecr@gmail.com. **RAMOS T. J.S. B** - Discente, Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí – BR. **MACEDO, I.T.S** - Docente, Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Itajaí – BR.

INTRODUÇÃO: dentre todos os eventos adversos (EA) discutidos, um dos que mais trazem preocupação, pela gravidade do evento, está relacionado ao cuidado direto ao paciente nos erros de medicação e mais especificamente, os relacionados a administração dos medicamentos por via errada. O (EA) no cuidado em saúde é resultado de uma ação não intencional, causada por qualquer um dos membros da equipe. Ela pode ocorrer em qualquer momento do processo do cuidado por algum problema ou falha no processo da assistência ao paciente, como, por exemplo, na medicação do paciente. Os erros de medicação podem ocorrer em qualquer etapa da terapia medicamentosa, da prescrição até a administração do medicamento ao paciente, segundo Gimenes, et al (2011), este tipo de falha representa cerca de 65 a 87% de todos os eventos adversos. No ambiente hospitalar, em unidades de internação e em unidade de terapia intensiva é comum e frequente ter pacientes internados com uso de sonda, este dispositivo é utilizado para drenagens, para administração de dietas gástricas, enterais e administração de medicação. A administração de fármacos ou de dietas por sondas digestivas gástricas, enterais ou por ostomias constitui uma via alternativa temporária ou permanente para pacientes cuja situação clínica impede a utilização usual da via oral por transtornos de deglutição de ordem neurológica e/ou mecânica. **MATERIAIS E MÉTODOS:** a pesquisa abordada foi elaborada a partir de uma revisão bibliográfica. As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados SciELO, BNDT e BVS. A partir disto foram selecionados artigos publicados entre os anos 2014 a 2019, sendo utilizados somente artigos na íntegra, disponíveis e no idioma português. **RESULTADOS/ANÁLISE:** a administração de medicamentos, alimentos e soluções por cateteres e sondas é um procedimento rotineiro durante a assistência à saúde, principalmente em pacientes prematuros, neonatos e pediátricos. Para Lopes (2013) estão disponíveis três tipos genéricos de sondas para alimentação enteral: aquela utilizada via nasogástrica ou orogástrica, as de via nasoentérica ou oroentérica e as de ostomias. Por sua vez, a sonda gástrica é um tubo de polivinil ou nelaton que deve ser tecnicamente introduzido desde as narinas ou boca até o estômago, enquanto a enteral é introduzida até o intestino delgado. Já as sondas de ostomias são aquelas sondas especiais instaladas diretamente no estômago ou no intestino do paciente. Erros no processo de conexão desses dispositivos podem levar à infusão de soluções em via errada, resultando em eventos adversos graves e

até letais, quando substâncias não parenterais são infundidas na rede vascular do paciente, por meio de cateteres centrais ou periféricos. De acordo com a ISMP (2013), nos últimos anos, a mídia brasileira vem noticiando vários casos de pessoas que faleceram por ter recebido, equivocadamente, nutrição enteral, medicamentos não parenterais ou outras soluções por via intravenosa. Entretanto, esse não é um problema exclusivamente brasileiro, mas sim mundial. Paciente que recebeu nutrição enteral ou medicamento de via oral, gástrico ou entérico em via parenteral, este tipo de ocorrência se dá por diversos fatores que contribuem para que este evento ocorra, desde os mais simples aos mais complexos, como a falta de barreira com a conexão entre a seringa e o conector da sonda gástrica. Neste tipo de sonda a única seringa que se adapta é a seringa de uso parenteral, as seringas orais ou dosadores orais não se adaptam ao conector desta sonda, isto corrobora que eventos de erros de via aconteçam. No cuidado ao paciente existem vários fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos que envolvem a administração em via errada, pois os profissionais da enfermagem, frequentemente deixam de cumprir alguns dos nove certos no momento da administração na beira do leito e isto corrobora para a ocorrência de troca de via de administração, sendo administrado itens enterais em via parenterais. Em diferentes países, erros de conexão que culminaram com morte ou dano permanente aos pacientes são registrados e/ou notificados anualmente. Grande parte é decorrente de erros de medicação por via intravenosa envolvendo erros na conexão de dispositivos tubulares ou relacionados à administração de medicamentos orais e alimentação por via intravenosa. Santell (2003), descreve que em estudo realizado em 2003 nos Estados Unidos da América a frequência de 18% erros de via, dentre todos os erros de medicação, em 2011 Gimenes, et al identifica 1,8% de medicamentos administrados em vias diferentes das prescritas, em um total de 146.974 eventos notificados no sistema da *United States Pharmacopeia* (USP). Gimenes, et al (2011), pontua que em seis hospitais investigados na Europa, dentre 798 doses administradas, 1% ocorreu em via diferente da prescrita, porem há um outro estudo realizado na França que identificou 102 (19%) casos de medicamentos administrados em vias diferentes das prescritas, do total de 538 eventos adversos, relacionados à medicação. A maioria desses eventos estavam relacionados à administração de doses através de sondas nasogástricas (SNG) em substituição à via oral. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em virtude da gravidade e frequência destas ocorrências, publicou em 2012, o Alerta de Segurança nº 1195 sobre conectores e conexões, enfatizando que a administração de soluções por vias erradas acarreta desfechos desfavoráveis com graves consequências para os pacientes. Existe uma grande variedade de fatores que corroboram para a ocorrência de incidentes que envolvem cateteres e sondas. Os eventos adversos nem sempre são visualizados de imediato, diante disto os fatores e prognósticos podem evoluir para eventos graves. O reconhecimento precoce

do erro pode evitar lesão permanente ou o óbito. A mortalidade vai depender das características do evento e do item que foi administrado erroneamente. Todos, mesmo aqueles considerados mais simples ou banais, devem ser avaliados e investigados cuidadosamente para se compreender as causas desses eventos e para elaborar medidas de prevenção. **CONCLUSÃO:** o cuidado é inerente do ser humano e faz parte da essência do ser. Cuidar remete ao ato ou atitude, portanto representa um envolvimento afetivo e emocional com o outro. Waldow (2008) coloca que a resposta ao impulso de cuidar resulta em um compromisso, uma responsabilização que compõe o ideal ético. Para Brasil (2004) e Carvalho, et al (2015), humanizar ou cuidar é compreendida como a promoção do cuidado integral aos pacientes, ou seja, ofertar um atendimento interdisciplinar de qualidade por meio da tecnologia, do acolhimento com a escuta qualificada, da melhoria do ambiente de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Outros autores pontuam como a ação de tornar humana as relações ou de empregar os sentimentos de maneira sincera e leal ou ainda de ter respeito entre o profissional, o paciente e a família. O ato do cuidado na administração correta de medicamentos aos pacientes é tarefa que compete à equipe de enfermagem e representa importante barreira para interceptação de erros. Entretanto, é preciso que os profissionais estejam respaldados cientificamente e tecnicamente para realizar a prática segura e eficaz no cuidado ao paciente. A enfermagem desempenha sua atividade em setores considerados desgastantes, quer seja pela diversidade de funções desenvolvidas, pela especificidade de tarefas ou por sobrecarga de trabalho, associado a estes fatores há ainda a cobrança por maior produtividade, todos estes fatores corroboram para situações de estresse ocupacional, que podem gerar alterações fisiológicas, emocionais e comportamentais.

DESCRIPTORES: Evento Adverso; Enfermagem; Pediatria.

REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** Política Nacional de Humanização: a documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2ª ed. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em 07 de abril de 2018.

Carvalho, DO et al. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. **Rev. Interd**, v.8, n. 3, 61 – 74 p. jul/set.2015.

Gimenes, FRE.; et al. Administração de medicamentos, em vias diferentes das prescritas, relacionada à prescrição médica. **Rev. Latino Americana Enfermagem**. jan/fev.2011.

Godoi, KEP, et al; Medicamentos via sonda: perfil prático em um hospital terciário de ensino. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Ser. Saúde.** São Paulo. v. 7; n. 3; jul/set. 2016.

Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. Erros de conexão: práticas seguras e riscos na administração de soluções por sondas enterais e cateteres vasculares. **Boletim ISMP Brasil.** v. 2 n.3. Mar.2013.

Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. Prevenção de erros envolvendo a administração de medicamentos de uso oral por via parenteral. **Boletim ISMP Brasil.** v. 5 n.4. nov.2016.

Lopes, DMA et al. Revisão sobre o uso de fármacos através de sondas digestivas: um estudo de base hospitalar. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Ser. Saúde.** São Paulo. v. 4; n. 2; abr/jun. 2013.

Lunardi, VL et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem.** nov/dez2004.

Roese, A et al. A produção do conhecimento na enfermagem: desafios na busca de reconhecimento no campo interdisciplinar. **Rev Gaúcha Enfermagem.** Porto Alegre. 302 – 307p. dez. 2014.

Santell, JP et al. **Medication errors:** experience of the United States Pharmacopeia (USP) medmarx reporting system. J Clin Pharmacol. 2003.

Waldow, VR; Borges, RF. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev. Latino Americana de Enfermagem,** jul/ago.2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_18.pdf. Acesso em 24 de março de 2018.

Título: Capacitação em primeiros socorros para comunidades acadêmicas da rede estadual de educação da grande Florianópolis

Autores: Marciele Misiak Caldas – Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente, Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC marciele.misiak@ifsc.edu.br. **Angela Regina Kirchner** - Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente, Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC angelak@ifsc.edu.br. **Fernanda Costa Puerari** - Técnica em Enfermagem – Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC fernanda.cp1998@aluno.ifsc.edu.br. **Jean Carlos Gonçalves** - Técnico em Enfermagem – Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC jean.cg2000@aluno.ifsc.edu.br. **Juliana Fernandes da Nóbrega** – Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente, Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. julianavf@ifsc.edu.br.

INTRODUÇÃO: conhecimentos em primeiros socorros são de grande importância em situações de urgência envolvendo risco à vida, podendo ser o fator decisivo entre a vida e morte da vítima. Quando somado este fator a acessibilidade ao atendimento hospitalar, comorbidades da vítima e suporte correto de atendimento primário à mesma evoca maior relevância ao conhecimento para melhor conduta no primeiro atendimento. Pode-se dizer que, crianças mais adolescentes, é adição predisponente a acontecimentos inesperados. Nestes acontecimentos inesperados, podem ser incluídos os acidentes que necessitam de imediato atendimento em primeiros socorros. A Lei 13722 de 04 de outubro de 2018, que torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. Compreendendo que o objetivo maior desta Lei seja proporcionar conhecimentos que promovam a saúde através de atendimento mais qualificado no suporte básico à vida. De acordo com Ministério da Saúde, os primeiros socorros, são definidos como os cuidados imediatos, prestados com urgência a uma pessoa, vítima de acidentes ou de mal súbito, em que o estado físico alterado a coloca em perigo de vida. Tem por finalidade manter as funções vitais do acidentado e evitar o agravamento, de suas condições através de medidas e procedimentos até a chegada de uma assistência qualificada. As relações que afloram no contexto de formação/capacitação são de grande complexidade pois refletem questões sociais que acabam por semear atitudes e comportamentos e no processo de desenvolvimento e na formação integral do sujeito. Assim, viabilizar as demais comunidades noções básicas em Primeiros Socorros permitem socializar saberes produzidos na academia, mas também permite que o aluno extensionista possa ampliar sua visão sobre pesquisa, ensino ou extensão. Fatores que convergem a uma construção dialógica com a sociedade, para que ambas, escola e população, compartilhem seus conhecimentos e façam o tema mais familiar para todos, exercendo desta forma, a cidadania. Saber procedimentos de primeiros socorros é, sem dúvida, relevante. O atendimento

às vítimas de acidentes ou de mal súbito pode ser realizado por qualquer pessoa que esteja no local e que tenha noções básicas no assunto e capacidade técnica de realizá-los. Este atendimento prioriza minimizar os riscos de traumas e sequelas providas da falta de suporte à saúde, adequados nos primeiros momentos após acidente, haja vista que a formação em Primeiros Socorros é essencial para qualquer indivíduo, empoderando este como um agente no amparo a urgências e emergências. Neste sentido entende-se também como fundamental a construção de aprendizagens que extrapolam saberes em Primeiros Socorros, pois por meio do ato educativo vinculam-se o fortalecimento de vínculos efetivos e afetivos potenciais para Promoção da Saúde da comunidade envolvida. **OBJETIVOS:** o projeto de extensão objetivou: capacitar nos fundamentos de atendimento dos Primeiros Socorros, em situações de urgência, em picadas de animais peçonhentos, intoxicações, afogamentos, engasgamentos, parto, lesões traumáticas, queimaduras, parada cardio-respiratória e demais demandas de suporte básico a vida; Acolher demais demandas de saberes no âmbito de primeiros socorros levantado pelos participantes, possibilitando assim a construção conjunta entre capacitadores e participantes do itinerário formativo; realizar avaliação do projeto por meio de instrumentos formais com identificação por faces escalonares de insatisfação e satisfação, bem como dialogar continuamente com os atores envolvidos buscando interpretar e considerar suas opiniões; a curto, médio e longo prazo, minimizar danos causados por inconsistência de saberes no socorro imediato à comunidade, gregária e transeuntes. **MATERIAIS E MÉTODOS:** pesquisa desenvolvida do tipo relato de experiência. Foram capacitadas 306 pessoas da comunidade acadêmica de três instituições de ensino da rede Estadual de Educação da Grande Florianópolis, no segundo semestre de 2018, em sua grande maioria (80%) alunos entre 7 e 15 anos. Foram utilizadas as atualizações em primeiros socorros da *American Heart Association, Guidelines* 2015 e 2017, bem como orientações do Ministério da saúde em relação a procedimentos de primeiros socorros e protocolos do Centro de Informações e atendimento Toxicológico de Santa Catarina. E disponibilizado a cada participante, por meio digital a cartilha de Primeiros Socorros elaborada pela equipe do Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC). Nas atividades práticas foram utilizados modelos anatômicos da bomba cardíaca e sistema cardiorespiratório, torsos para simulação da Reanimação cardio pulmonar (RCP), tanto adulto como infantil, talas de papelão, luvas e ataduras. Potencializando um atendimento de qualidade em primeiros socorros, foram disponibilizados a cada instituição que aconteceu a capacitação, um kit/caixa de primeiros socorros, buscando adaptação a necessidade da realidade local. Os encontros de capacitação foram realizados de maneira presencial, em atividades teórico-práticas com duração de 4 horas. Foi realizada articulação prévia entre parceiros, para definição do escopo de temas a serem abordados. Contudo, considera-se a educação problematizadora, fundamentada na pedagogia da autonomia de

Paulo Freire, norte metodológico para construção do processo de aprendizado neste projeto, cristalizando através do conhecimento vivencial do participante à construção de saberes, e para além destes o empoderamento do cidadão da comunidade acadêmica. **RESULTADOS:** abordados os primeiros socorros em obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE), parada cardiorrespiratória (PCR) e ressuscitação cardio pulmonar (RCP), convulsão, desmaio, lesões traumáticas, queimaduras e acolhendo as demandas de saberes levantados pelos participantes, possibilitando assim a construção conjunta entre capacitadores e participantes do itinerário formativo. Acredita-se que a curto, médio e longo prazo minimizar-se-ão danos causados por inconsistência de saberes no socorro imediato na comunidade acadêmica, gregária e transeuntes, ao entorno dos capacitados. Aos públicos do ensino fundamental até o quarto ano, o teatro com simulação é a prática que tem maior êxito didático e envolvimento dos participantes. Participaram como monitores além de dois extensionistas, dezessete alunos do curso Técnico em Enfermagem e uma aluna do curso Técnico em Segurança do Trabalho, a monitoria propiciou interação com as comunidades acadêmicas capacitadas, compreensão da extensão como braço formativo e profissional. Ao levar o IFSC a municípios como São Bonifácio, Santo Amaro da Imperatriz e Anitápolis, além de Florianópolis, divulgam-se os cursos, estreitam-se laços e potencializam-se entre crianças e adolescentes o conhecimento para atendimento em primeiros socorros, bem como estimula-se aprofundar conhecimentos sobre o tema. **CONCLUSÃO:** ao minimizar sequelas ou iatrogenias no atendimento de primeiros socorros, além de aumentar a sobrevivência da vítima, existe a possibilidade em minimizar demandas de alta complexidade no atendimento em saúde. É essencial ambientar a criança e adolescente em situações de sinistro, e como proceder e não proceder nestas situações de risco a vida.

Descritores: Primeiros Socorros, Promoção em Saúde, Adolescentes.

REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de Primeiros Socorros**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI nº 13.722, de 4 de outubro de 2018**.

Leite ACQ; Freitas, BGB; Mesquita, MML; França, RRF; Fernandes, SCA. Primeiros Socorros nas Escolas. **Revista Extendere** - UFRN Vol. 2 nº1, julho a dezembro de 2013. Disponível em: <http://periodicos.uern.br/index.php/extendere/article/viewFile/778/429> . Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

Título: Avaliação de dor em criança com queimadura: relato de experiência

Autores: Lenir Bernardo - Técnica de Enfermagem da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão - HIJG e Psicóloga, Florianópolis-SC, e-mail: labelapsi@yahoo.com.br; **Fernanda da Cunha Silva** - Técnica de Enfermagem da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão - HIJG, Florianópolis-SC; **Cheila Mara Freu** - Enfermeira da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão - HIJG, Florianópolis-SC; **Jane Cristina Anders** - Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem - Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC. **Maribel Cristina Weschenfelder** - Enfermeira da Unidade de Nefrologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão - HIJG, Florianópolis-SC.

INTRODUÇÃO: as queimaduras são decorrentes da ação do calor excessivo sobre o tecido orgânico, causada por exposição ao calor ou frio extremo, substâncias químicas, radiação, ou contato com corrente elétrica (OLIVEIRA, 2015). As queimaduras representam a terceira causa de morte acidental na população pediátrica, com estimativa de mortalidade de 2,5 para 100 mil. A maioria das queimaduras em crianças é provocada por líquidos superaquecidos, seguida por queimaduras de contato com superfície aquecida e chamas. Um dos recursos disponíveis no tratamento de queimados é a balneoterapia. Tem por finalidade a limpeza por meio da aplicação de água corrente e/ou desbridamento mecânico do tecido desvitalizado, assim como a desinfecção da área queimada, contribuindo para a prevenção da infecção, redução ou eliminação de agentes patogênicos na lesão e promover a cicatrização. No entanto, a realização desse procedimento em pediatria pode gerar fatores como medo, insegurança e ansiedade que associados desencadeiam estímulos intensificadores de dor. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano. Essa definição reconhece que a dor é mais do que uma sensação subsequente à ativação de nociceptores, ou seja, inclui respostas cognitivas, emocionais e comportamentais, que também são influenciadas por fatores psicológicos e sociais. Diante do exposto, a gestão do controle da dor depende de uma avaliação precisa, e isto implica em uma avaliação abrangente dos sintomas, do estado emocional e das necessidades apresentadas pela criança. Esta avaliação baseia-se em parte no uso de ferramentas que buscam localizar e quantificar, de forma precisa, a experiência de dor subjetiva da criança, a fim de facilitar, estruturar e normalizar a comunicação da dor entre a criança e profissionais de saúde.

OBJETIVO: relatar a experiência de avaliar a dor em criança com queimaduras durante o banho. **METODOLOGIA:** trata-se de um relato de experiência realizado com uma criança de 3 anos, sexo feminino, com

superfície corporal queimada - SCQ em 13%. Queimadura de espessura superficial em face, região temporal e zigomática à direita; queimadura de espessura parcial superficial em ombro, braço e antebraço direito, faces anterolateral; com áreas de queimadura de espessura parcial profunda em tronco anterior, região superior e hipocôndrio, lateral e inguinal direita; coxa e perna direita, face anterior; no 12º dia de internação hospitalar, em um hospital pediátrico do Sul do Brasil. Foi utilizado para avaliar a dor, a escala Face, Pernas, Atividade, Choro e Consolabilidade - FLACC. Esta escala permite medir a dor quantificando cinco categorias de comportamentos associados à dor cuja pontuação varia de 0 a 10. O resultado da avaliação pode ser agrupado da seguinte forma: 0 = Descontraído e confortável; 1-3 = Ligeiro desconforto; 4-6 = Dor moderada; 7-10 = Forte desconforto/dor. Esta escala tem como vantagens, rapidez na sua aplicação, facilidade de memorização pelo enfermeiro e ser válida para ser utilizada em vários tipos e contextos de dor, abrangendo todo o grupo etário pediátrico. A escala foi aplicada em três momentos, sendo eles: antes, durante e após a balneoterapia e contou com a participação da equipe de enfermagem da unidade de queimados. Antes de decidir atribuir uma pontuação, a criança foi observada durante 2-5 minutos, com as pernas e o corpo descobertos. Depois foi observada a sua atividade, avaliando o seu corpo quanto a tensões e tonicidade. Também foram aplicadas intervenções de consolo. **RESULTADOS**

E DISCUSSÃO: a avaliação da dor da criança com queimadura por meio da utilização da escala FLACC apresentou o seguinte escore: antes do procedimento escore (0) correspondendo a descontraído e confortável, ou seja, nenhuma dor; durante a balneoterapia (4-6) para dor moderada e após (1-3) correspondendo ligeiro desconforto ou dor leve. As estratégias de consolabilidade podem ser utilizadas quando necessário, e na presente avaliação, a equipe adotou a interação com a criança e o acompanhante, distração com diálogo e visualização do jardim, remoção dos curativos de forma atraumática com o auxílio de ducha como alternativa para reduzir percepção de dor. No entanto, as crianças colocam desafios distintos na avaliação da dor em cada fase de desenvolvimento. A criança encontrava-se na idade pré-escolar, ela verbalizava a intensidade da sua dor e medo, movimentava os braços e as pernas, tentava afastar os estímulos antes de serem aplicados, agarrava-se aos pais, solicitava apoio emocional e teve um sono irregular na noite anterior ao procedimento. Observa-se que nesta idade, a criança consegue estabelecer uma relação de confiança com o profissional de saúde. Diante disso, considera-se importante no ambiente hospitalar, em especial no atendimento a criança com queimadura, a instrumentalização dos profissionais com ferramentas que permitem padronizar as práticas e avaliações a uma linguagem adequadas para com a criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: os instrumentos de avaliação da dor são úteis quando usadas de maneira planejada e sistemática, com discussão da equipe de saúde sobre formas de avaliação e manejo da dor, possibilitando processo

contínuo de melhoria e alternativas de cuidado (BUSSOTTI, 2013). Evidenciaram-se também os benefícios das intervenções não farmacológicas como a distração, sendo possível redefinir as expectativas que acompanham a vivência da dor, bem como modificar as cognições responsáveis pelas reações de medo e ansiedade, sendo considerados potenciais fatores agravantes desse processo.

Descritores: dor, queimaduras, criança.

REFERÊNCIAS:

Batalha, LMC. **Dor em pediatria:** compreender para mudar. Lisboa: Lidel Edições técnicas, 2010. ISBN: 9789727575930

Bussotti, EA; Pedreira, M.L.G. Pain in children with cerebral palsy and implication on nursing practice and research: integrative review. **Rev Dor. CurrMed**: 2013. v. 14, n. 2, p.142-6. ISBN: 978-0-07-178183-1

Jeschke, MG; Herndon, DN. Burns in children: standard and new treatments. **Lancet**: 2014. v. 383, n. 9923, p. 1168-78.

Manworren, RC; Hynan, LS. Clinical validation of FLACC: pre verbal patient pain scale. **Pediatr Nurs**. Mar. 2003, v.29, n.2, p.140-6.

Martinho, AMPR. **Balneoterapia:** um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra [dissertação] - Universidade de Coimbra. Coimbra: 2008. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/9613>. Acesso em: 05/09/2019.

Oliveira, VV et al. Vivência dos pais no enfrentamento da situação de queimaduras em um filho. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**. Mar/abr. 2015, v.16, n.2, p.201-9.

Sengoelge, M; El-khatib, Z; Laflamme, L. The global burden of child burn injuries in light of country level economic development and income inequality. **Prev Med Rep**. Out. 2017. v.6, p.10-1016.

Título: A contribuição da intervenção assistida por animais no ambiente de hospitalização pediátrica: revisão de literatura

Autores: Adriele Souza Küster – Acadêmica de Enfermagem- Universidade Federal de Santa Catarina; **Amanda Santos de Souza** - Acadêmica de Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina; **Jane Cristina Anders** – Dra. em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC, Líder do GEPESCA/UFSC; **Claudia Filipa de Freitas Aguiar** – Enfa. Membro da ONG Patas do Bem, Florianópolis/SC; **Tassiana Potrich** – Enfa. **Valeria de Cássia Sparapani** - Dra. em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC, Membro do GEPESCA/UFSC.

INTRODUÇÃO: a internação pediátrica pode ser uma experiência traumática para os pacientes e acompanhantes, sendo que a equipe de saúde deve buscar estratégias para amenizar os efeitos negativos desta experiência. Sendo assim, guiados pelo Programa de Humanização Hospitalar e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, a busca destas estratégias, bem como de implementação de métodos inovadores para a humanização do cuidado se faz necessário. Dentre estes métodos vê-se nas Atividades Assistidas por Animais que traz uma assistência diferenciada, considerando as atuais e crescentes evidências que demonstram a melhora da qualidade de vida de pacientes hospitalizados que participam de atividades assistidas por animais durante sua internação. A Intervenção assistida por Animais é uma prática com critérios específicos no qual o animal é a parte principal do tratamento, objetivando promover a melhora social, emocional, física e/ou cognitiva dos pacientes. Também parte do princípio de que o amor e a amizade que podem surgir entre seres humanos e animais geram inúmeros benefícios. Tendo o conhecimento das possibilidades da utilização desta intervenção na área da saúde e levando em consideração o cuidado da criança e adolescente hospitalizada, será que a Intervenção Assistida por Animais está sendo utilizada no âmbito hospitalar pediátrico e qual a sua contribuição? **OBJETIVO:** identificar a contribuição da intervenção assistida por animais no ambiente da hospitalização pediátrica. **MÉTODO:** a Revisão Integrativa foi o método adequado para atingir o objetivo proposto, de forma a analisar e sintetizar pesquisas e contribuir para o aprofundamento do tema. Foram percorridas seis etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento dos principais resultados evidenciados dos artigos incluídos na revisão integrativa. A obtenção dos dados para esta revisão ocorreu no meio eletrônico, nas bases de dados utilizadas para a realização da pesquisa foram: *Medline/Pubmed, Scopus, Web Of Science, Cinahl, Lilacs, Bdenf, Scielo e Cochrane Library.* Os descritores controlados e palavra-chave foram os seguintes: Terapia Assistida por animais, criança, adolescente e hospital. Tais

descritores foram cominados, utilizando o operador booleano “and”, até que se obtivessem os estudos correspondentes aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Foram realizadas duas buscas a primeira utilizando os operadores booleanos e a outra utilizando apenas um descritor envolvendo a temática. Os critérios de inclusão elencados foram estudos relacionado a Intervenções Assistida por Animais, publicados nos anos de 2013 à março de 2018, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra e gratuitamente. Como critérios de exclusão foram considerados os estudos de revisão; relatos de experiência; relatórios; pesquisas de opinião; livros; teses; dissertações; cartas ao leitor; trabalhos apresentados em seminários, congressos e conferências. **RESULTADOS:** foram identificados 361 artigos sobre a intervenção assistida por animais no âmbito da hospitalização pediátrica, dos quais 54 encontravam-se na base de dados *PubMed*, 250 na base de dados *Scopus*, 14 na base de dados *Web Of Science*, 08 na base de dados *LILACS/BDENF*, 03 na base *Scielo* 3 e 09 na base de dados *Cochrane*. Destes 65 encontravam-se duplicados, restando 296 artigos. Na primeira etapa onde foram analisados os títulos dos artigos resultando em 78 artigos selecionados para a segunda etapa. Nesta etapa realizou-se a leitura dos resumos, sendo que 03 não estavam disponíveis para leitura, 11 não tinham relação com crianças, 01 estava em outra língua (alemão), 01 se tratava de uma revisão integrativa, 05 não relatavam sobre a intervenção assistida por animais e 43 não estavam relacionados a internação, permanecendo 14 artigos selecionados para sua leitura na íntegra. Estes estudos apontaram mudanças positivas e significativas nos sintomas comportamentais e emocionais dos pacientes que realizaram as sessões de visita dos cães, evidenciados pela calma, diminuição da ansiedade e do estresse, sorrisos e interação social. **CONCLUSÃO:** a Intervenção Assistidas por Animais revela um panorama com grande potencial que ainda pode ser explorado e incentivado para sua implementação em unidades pediátricas. Foi considerada uma intervenção inovadora, que contribui de forma efetiva na redução de estressores decorrentes do processo de hospitalização, na melhor adesão ao tratamento, no auxílio aos procedimentos, na estabilização dos sinais vitais, na diminuição da dor e na interação entre o paciente e os profissionais de saúde. As evidências científicas estão apontadas de forma abrangente e multidisciplinar, sendo enfatizada a articulação com o cuidado de enfermagem. Porém uma das principais limitações está relacionada as poucas evidências sobre a temática no âmbito da hospitalização pediátrica, principalmente na área da enfermagem.

Descritores: Intervenção Assistida por Animais. Hospitalização. Enfermagem Pediátrica.

REFERÊNCIA:

Barker, SB et al. The Effect of an Animal-Assisted Intervention on Anxiety and Pain in Hospitalized Children. **Anthrozoös**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.101-112, mar. 2015. Informa UK Limited.

<http://dx.doi.org/10.2752/089279315x14129350722091>.

Branson, SM et al. Effects of Animal-assisted Activities on Biobehavioral Stress Responses in Hospitalized Children: A Randomized Controlled Study. **Journal Of Pediatric Nursing**, [s.l.], v. 36, p.84-91, set. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2017.05.006>.

Chubak, J et al. Pilot Study of Therapy Dog Visits for Inpatient Youth With Cancer. **Journal Of Pediatric Oncology Nursing**, [s.l.], v. 34, n. 5, p.331-341, 14 jun. 2017. SAGE Publications.

<http://dx.doi.org/10.1177/1043454217712983>.

Ichitani, T; Cunha, MC. Animal-assisted activity and pain sensation in hospitalized children and adolescents. **Revista Dor**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.270-273, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160087>.

Ichitani, T; Cunha, MC. Effects of animal-assisted activity on self-reported feelings of pain in hospitalized children and adolescents. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s.l.], v. 29, n. 1, p.2-10, 6 out. 2016. Springer Nature.

<http://dx.doi.org/10.1186/s41155-016-0049-1>.

Machado, JAC et al. Terapia Assistida por animais (TAA). **Revista Científica Eletônica de Medicina Veterinária**, São Paulo, v. 10, n. 1, p.1-7, jan. 2008.

Mccullough, A et al. Measuring the Effects of an Animal-Assisted Intervention for Pediatric Oncology Patients and Their Parents: A Multisite Randomized Controlled Trial. **Journal Of Pediatric Oncology Nursing**, [s.l.], v. 35, n. 3, p.159-177, 21 dez. 2017. SAGE Publications.

<http://dx.doi.org/10.1177/1043454217748586>.

Mendes, KdS; Silveira, RCCP; Galvão, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>.

M, MC; Benedito et al. Can a tu lado: Una intervention canina en adolescentes hospitalizados con patología psiquiátrica. **Revista Española de Pediatría**, Buenos Aires, v. 73, n. 6, p.346-353, dez. 2017.

Moreira, RL et al. Terapia assistida com cães em pediatria oncológica: percepção de pais e enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 6, p.1188-1194, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0243>.

Pereira, VR et al. Interação lúdica na atividade assistida por cães em pediatria. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 8, p.7-11, jan. 2017.

Silva, NB; Osório, FL. Impact of an animal-assisted therapy programme on physiological and psychosocial variables of paediatric oncology patients. **Plos One**, [s.l.], v. 13, n. 4, p.194-222, 4 abr. 2018. Public Library of Science (PLOS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0194731>.

Stefanini, MC et al. The use of Animal-Assisted Therapy in adolescents with acute mental disorders: A randomized controlled study. **Complementary Therapies In Clinical Practice**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.42-46, fev. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.01.001>.

Stefanini, MC et al. The effect of animal-assisted therapy on emotional and behavioral symptoms in children and adolescents hospitalized for acute mental disorders. **European Journal Of Integrative Medicine**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.81-88, abr. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eujim.2016.03.001>.

Yap, E; Scheinberg, A; Williams, K. Attitudes to and beliefs about animal assisted therapy for children with disabilities. **Complementary Therapies In Clinical Practice**, [s.l.], v. 26, p.47-52, fev. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.11.009>.

TÍTULO: Capacitação em acolhimento com classificação de risco em pediatria: relato de experiência

Autoras: Tatiana Tarkina - Enfermeira do HU-UFSC, discente do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC. tatitarkina@gmail.com; **Jane Cristina Anders** – Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC. jane.anders@ufsc.br.

INTRODUÇÃO: os profissionais de saúde que atuam nas unidades de urgência/emergência, em especial os enfermeiros, necessitam de conhecimento, habilidade e atitude para acolher, escutar e orientar, de maneira adequada, o usuário de saúde em tais unidades de modo a determinar a prioridade de atendimento nas portas de entrada. No serviço de emergência pediátrica estudado, conforme boletim estatístico da instituição (Hospital Universitário, 2019), em 2018 houve 25.991 atendimentos, ilustrando para a necessidade de qualificar a assistência, na busca de estratégias que contribuam com a qualidade da assistência no serviço, uma vez que o atendimento das crianças e/ou adolescentes é realizado por ordem de chegada, sem levar em consideração o risco de gravidade. Desta forma, foi proposto a utilização de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria. Com o objetivo de empoderar os enfermeiros do serviço para o uso do Protocolo, fez-se necessária uma capacitação a respeito desta tecnologia em saúde. **MATERIAIS E MÉTODOS:** trata-se de um relato de experiência sobre uma capacitação realizada em conjunto com a Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição, com a finalidade de embasar a prática dos enfermeiros e médicos em relação ao tema, considerando que não há a classificação de risco institucionalizada na emergência pediátrica estudada. A população deste estudo foi constituída por 16 enfermeiros e/ou médicos que atuam na Linha de Cuidado na Saúde da Criança e do Adolescente, além de residentes de enfermagem. Primeiramente, foi realizada uma reunião com a gerência de enfermagem da instituição, direção e coordenadores da Linha de Cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente, a fim de apresentar, o projeto de planejamento da capacitação sobre Acolhimento com Classificação de risco em pediatria que constava: o objetivo do curso, os temas abordados, o público-alvo, o cronograma, a carga-horária, o orçamento do curso. Após a aprovação desse projeto deu-se início ao processo de confirmação das datas e horários com os palestrantes e divulgação. Os enfermeiros e médicos foram convidados pessoalmente e também foram distribuídos cartazes pela instituição. A capacitação foi planejada, elaborada e ministrada pela própria pesquisadora em conjunto com os palestrantes convidados e ocorreu na própria instituição e no Departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa

Catarina. Aconteceu nos dias 30 e 31 de maio de 2019 e teve duração de 20 horas/aula distribuídas em três fases denominadas de: 1ª Fase – Abertura e abordagem teórica (Política Pública de Saúde de Humanização e Gestão do SUS, humanização na urgência/emergência, ACCR); 2ª Fase: Exame físico direcionado à criança e ao adolescente e a criança gravemente enferma 3ª Fase: Apresentação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco de Fortaleza- CE, contemplando cada um de seus 23 domínios, respeitando a sequência de discriminadores clínicos em saúde, de modo a favorecer a comparação entre as características clínicas a partir das cores de classificação de risco e discussão de casos clínicos, contando com a participação das autoras do protocolo proposto, via web conferência. Foi aplicado pré e pós-teste. Por fim avaliação da capacitação. **RESULTADOS/ANÁLISE:** por meio da análise dos dados do pré-teste notou-se que havia uma deficiência em relação ao conhecimento sobre classificação de risco, por parte de 49% dos participantes. No pós-teste percebeu-se que essa deficiência foi sanada, pois 92% dos participantes responderam corretamente as questões. Dessa forma, o objetivo da capacitação foi alcançado, pois se percebeu que eles adquiriram novos conhecimentos, sanaram suas dúvidas e, portanto, estão sensibilizados e empoderados sobre a importância da Classificação de risco nas portas de entrada das emergências pediátricas. Pode-se influir ainda, com esta educação em serviço, a troca de conhecimento adquirido, contribui para a melhoria das condições de saúde das crianças e/ou adolescentes que serão atendidos. Ainda, para avaliação do curso, foi aplicada uma escala tipo Likert, onde os participantes avaliaram se consideravam Ruim, Regular, Bom e Excelente. Foi respondida por 15 dos 16 participantes, que consideraram a Adequação do conteúdo do programa, a Aplicabilidade do conteúdo à realidade profissional e o Equilíbrio a teoria e a prática, excelente por 14 participantes e bom para 1 participante; no quesito Avaliação do instrutor, 15 participantes consideraram excelente os Conhecimentos do assunto tratado, a Facilidade e objetividade na comunicação e a Assimilação dos assuntos pelos participantes. Quanto a Atuação dos participantes, 14 responderam excelente e 01 participante respondeu bom ao que se refere: a Facilidade de entendimento dos assuntos abordados, a Relação com os outros participantes, como considera a sua participação, a Relação com o facilitador e se Sente-se à vontade para socializar os conhecimentos oferecidos à minha equipe de trabalho. Por fim, foi questionado se o curso atendeu às suas expectativas, onde os participantes poderiam responder: totalmente, parcialmente e não atendeu, todos responderam que atendeu totalmente. **CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS:** pode-se, então, afirmar que a capacitação em questão obteve resultados satisfatórios, comprovados mediante a análise do pré-teste e do pós-teste, em que o número de acertos ampliou de forma significativa após a realização da capacitação. Além 93,3% dos participantes avaliarem como excelente o conhecimento sobre o assunto tratado. A atividade atingiu seu objetivo de capacitar os médicos e

enfermeiros sobre a importância da Classificação de risco e do uso de um Protocolo que assegure prestar um atendimento seguro nas portas das emergências pediátricas, melhorando a qualidade da assistência prestada.

Descritores: Enfermagem; Triagem; Serviços Médicos de Urgência.

REFERÊNCIAS:

Hospital Universitário professor Polydoro Ernani de São Thiago (Org.). Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 06 ago 2019.

Magalhães-Barbosa, MC; Prata-Barbosa, A; Cunha, AJ et al; CLARIPED: a new tool for risk classification in pediatric emergencies. **Rev Paul Pediatr**, v. 34, n. 3, 2016, p. 254-62.

Magalhães, FJ. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Em Pediatria** [livro eletrônico] / Fernanda Jorge Magalhães e Francisca Elisângela Teixeira Lima. – Fortaleza: Imprensa Universitária, 2018.

Weykamp, JM et al. Welcom in gwith risk classification in urgent and emergency services: applicability in nursing. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p.327-36, 2015.

Título: Orientações de familiares em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar

Autores: **Amanda Santos de Souza** - Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: amandasouza062@gmail.com; **Jane Cristina Anders** - Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jane.anders@ufsc.br; **Ana Izabel jatobá de Souza** - Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jatoba.izabel@ufsc.br; **Luana Beccari da Silva** - Especialista em UTI. Enfermeira no Hospital Infantil Joana de Gusmão- SES/SC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: luanabecc@gmail.com; **Adriele Souza Küster** - Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: adrikuster@hotmail.com; **Morgana Pereira da Rocha** - Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: ismorganarocha@hotmail.com.

INTRODUÇÃO: a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizada como um ambiente de alta complexidade, destinado ao atendimento de pacientes em condições críticas e vigilância contínua, com necessidade de dispositivos de alta tecnologia e profissionais devidamente capacitados. A presença dos pais e/ou responsáveis torna a internação menos traumática para a criança e o adolescente, diminuindo os impactos negativos da separação familiar e do seu meio de convívio, de modo que os auxilia a se adaptar ao serviço de saúde. O familiar acompanhando a criança e/ou adolescente na unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) trouxe um novo desafio para a equipe de saúde, pois muitas vezes os profissionais não estão sensibilizados com a sua presença e em meio as rotinas e tarefas diárias acabam voltando sua atenção unicamente para a criança e/ou adolescente esquecendo muitas vezes desse familiar. Mediante algumas experiências vivenciadas na vida profissional e acadêmica, aliada ao interesse pela área de cuidados intensivos, a aproximação com o tema fez crescer a inquietação em relação ao processo de orientação aos familiares no cuidado da criança e do adolescente. Este estudo tem como perguntas de pesquisa: quais as necessidades de orientação dos familiares de criança e/ou adolescente internados na unidade de terapia intensiva na percepção dos profissionais? Como a equipe multidisciplinar realiza as orientações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica?

OBJETIVOS: identificar as necessidades de orientação dos familiares de crianças e adolescentes internados em uma UTI na percepção dos profissionais e descrever como a equipe multiprofissional realiza a orientação

aos familiares em uma UTIP. **MÉTODO:** estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa, realizado em uma unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital infantil da região do Sul do Brasil. Participaram do estudo 23 profissionais dos quais, oito formam técnicos em enfermagem, seis enfermeiros (as), quatro fisioterapeutas, três médicas, um assistente social e uma psicóloga. Foram utilizados como critérios de inclusão: ter vínculo empregatício, atuar no mínimo de seis meses no setor e como critérios de exclusão: afastamento do serviço por qualquer motivo no período de coleta de dados. Os dados foram coletados nos meses de outubro de 2018 a fevereiro de 2019 por meio de entrevista semiestruturada, individualizada, no local de trabalho dos participantes. Para tratamento e análise dos dados utilizou-se a Análise Temática proposta por Minayo (2014). O projeto obteve aprovação pelo comitê de ética da referida instituição com o número nº 3.027.168 e sob o CAEE 97265018.6.0000.5361. **RESULTADOS:** a partir da análise das entrevistas foram identificadas duas categorias: “as orientações aos familiares: como isto acontece e suas dificuldades” e “as necessidades de orientação dos familiares”. Os profissionais que atuam na UTIP realizam orientações aos familiares, porém esta tarefa está mais presente no dia a dia do enfermeiro. Apesar disso os profissionais descrevem que toda a equipe deve realizar a orientação aos familiares e que a presença de uma equipe multiprofissional de referência na UTIP atuando de forma integrada auxilia nessa tarefa. Acerca de quando orientar, foi citado que o profissional deve estar atento sobre qual é o melhor momento, sendo que as orientações devem ser realizadas sempre que for necessário, porém houve destaque para o momento da admissão. Em relação a como vem se desenvolvendo a orientação na UTIP, os profissionais descrevem de diferentes formas, algumas vezes consideram que a orientação acontece de forma adequada, suficiente e em linguagem clara, outras vezes como sendo ruim, bagunçada e precária. Entretanto relatam que já houve avanços positivos referentes a essa questão e que os profissionais se dispõem ao esclarecimento de dúvidas e buscando instrumentalizar as famílias. É utilizado como estratégia de apoio um material educativo contendo instruções. Quanto ao tipo de orientação que é fornecida aos familiares, descrevem que depende de cada categoria profissional, mas que na maioria está relacionada a rotinas, planos clínicos e prognóstico esperado, orientações de suporte para que os familiares possam realizar as necessidades humanas básicas e de preparo para a alta da UTIP. O desenrolar das orientações traz consigo alguns obstáculos que precisam ser superadas, entre elas o quadro adequado de profissionais na equipe, o preparo dos profissionais para orientar, a ocorrência de intercorrências, a falta de uma orientação sistematizada, as orientações divergentes, a ausência de um registro do que já foi orientado e ainda as dificuldades dos familiares em respeitar as normas e rotinas. As necessidades dos familiares no dia a dia na UTIP giram em torno de receber as orientações em linguagem compreensível, contemplando os procedimentos que serão realizados na criança e/ou

adolescente, bem como o conhecimento sobre a finalidade do serviço de UTI, funcionamento, normas e rotinas, ser orientados referentes as medidas de prevenção e controle de infecção e ainda receber orientações que estimulem sua interação com a criança e o preparo do familiar para a alta da UTIP. O ambiente da UTI e os cuidados da criança e do adolescente em estado crítico são fatores que repercutem na orientação e assim é importante incluir e compreender as necessidades do familiar, principalmente ao que possui dúvidas e receios, bem como acolher para não repercutir negativamente no processo de cuidado. **CONCLUSÃO:** O estudo demonstrou que os profissionais que atuam na UTIP realizam orientações aos familiares e se reconhecem como interlocutores neste processo. Elencam os momentos em que se deve realizar a orientação às famílias e reconhecem a influência de algumas dificuldades presentes no dia a dia. A hospitalização da criança e/ou adolescente é uma experiência difícil que reflete na fragilidade dos familiares, em especial quando o ambiente é uma UTI. Este fato eleva a responsabilidade da equipe multidisciplinar em buscar estratégias que minimizem os efeitos negativos da hospitalização e potencializem o enfrentamento frente às situações difíceis. Neste sentido, uma das formas é planejar o cuidado de modo a atender as necessidades de orientação de familiares, contemplando aspectos referentes a dinâmica, funcionamento da unidade e a manutenção do vínculo afetivo. O processo de orientar é complexo e parte indispensável do cuidado. Assim, os profissionais precisam desenvolver habilidades para identificar as necessidades de orientação dos familiares proporcionando mais segurança durante a hospitalização e contribuindo com a experiência na unidade de terapia intensiva pediátrica.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospitalização, Relações Profissional-Família.

REFERÊNCIAS:

Cabral, JVB; Carneiro, TPS; Silva, APS. Presença de acompanhantes em unidades de terapia intensiva pediátricas- revisão integrativa. **Revista enfermagem contemporânea**, v. 7, n. 1, Salvador, abril 2018. Disponível em: acesso em 25 maio 2018.

Caldana, G et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 15, n. 4, p.915-922, 31 dez. 2013. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/v15n4a08.htm> acesso em 19 agosto 2018.

Ferreira MJM et, al. Percepção dos acompanhantes sobre dispositivos Invasivos em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista Enfermagem em Foco**. V.9 n.2 2018. Disponível em:<



<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1031>>
acesso em 20 nov. 2018.

Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014. 408 p.

Passos, SSS et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 23, n. 3, Rio de Janeiro, Mai/ Jun 2015. Disponível em: acesso em 26 maio 2018.

Peixoto, NMSM; Peixoto, TASM. Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 11, n. 04, p.121-132, 28 set. 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a13.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

Sousa, FGM et al. O Familiar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: um contexto revelador de necessidades. **J. res.: fundam. care**. Online. 2014. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750949007.pdf>> >. Acesso em: 20 dez. 2018.

Título: Utilização de cromoterapia na redução da dor e desconforto em sala de recuperação pós - anestésica pediátrica

Autores: Adriana Cristina Nadal Duarte - Mestre em Enfermagem, Enfermeira Coordenadora da Central de Material e Esterilização do Hospital Regional de São José – Doutor Homero de Miranda Gomes. São José, SC. dricanadal@yahoo.com.br; **Cheila Mara Freu** - Mestre em Enfermagem, Enfermeira do setor de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Florianópolis, SC. cheilamarafreu@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO: a internação hospitalar de uma criança influencia diretamente na vida familiar e no convívio de seus membros, pois a doença surge de forma inesperada, sem que a família ou a criança estejam preparadas para lidar com essa situação. Equilibrar o meio ambiente e conservar a energia vital do paciente, priorizando um ambiente estimulador do desenvolvimento da saúde é um aspecto importante para a atuação do enfermeiro e que está contemplado na teoria ambientalista de Florence Nightingale. A teoria aborda o provimento de fatores para a manutenção de um ambiente favorável no sentido de facilitar o processo de cura e o viver saudável, tais como: ventilação, limpeza, iluminação, calor, ruídos, odores e a alimentação, de modo que o processo de reparação, instituído pela natureza, não seja impedido. A hospitalização infantil acarreta privações e também em muitas restrições ao paciente, independentemente da idade do paciente, a hospitalização proporciona experiências novas, adversas e de sofrimento psíquico, este podendo ser considerado intenso dependendo do nível de compreensão desse paciente. O processo de hospitalização influi diretamente na conjuntura familiar, podendo agravar os efeitos dos eventos estressores. Segundo Barros (1998), a ansiedade e o sofrimento que acompanham a internação hospitalar da criança dependem, em grande parte, das condições inerentes à própria doença e aos procedimentos realizados para o seu tratamento. Desse modo, condições que estão envolvidas na experiência da hospitalização vão influenciar nas atitudes da família, da criança. Assim, disponibilizar cores variadas com significados diferentes para pacientes, funcionários e familiares segue o fluxo do processo de construção de espaços saudáveis e acolhedores, considerando as dimensões humanas para que estes sejam de fato produtores de saúde. Um exemplo de como a cor pode afetar a percepção de desconforto pode ser visto no estudo elaborado por Meyer (1992), onde crianças associam o sentimento de medo quando se deparam com um Enfermeiro com uniforme branco, porém, expressam sentimentos bons quando os Enfermeiros pediátricos se vestem com uniformes coloridos. Nesse contexto, a sala de recuperação pós - anestésica (SRPA) é a área destinada à permanência do paciente após o término do procedimento cirúrgico. Nesta sala o paciente fica aos cuidados da equipe de enfermagem e anestesia e será submetido à checklists, como o Audrete Kroulik. Durante a estadia nesta sala, a equipe

multidisciplinar deve atuar em várias frentes: manutenção dos sistemas orgânicos, alívio da dor e do desconforto, prevenção de complicações pós-operatórias, plano adequado de alta e orientações. Baseando-se nos estudos de cromoterapia como auxílio na redução dos sentimentos de dor e medo, e também se baseando nos objetivos citados para a sala de recuperação pós-anestésica, esta se torna uma boa candidata para um experimento de redução da percepção da dor e outros sentimentos negativos através de estímulos visuais. A abordagem do Design Thinking foi escolhida para este experimento, pois trabalha com um conjunto de ideias e insights para abordar problemas, relacionados a futuras aquisições de informação, análise de conhecimento e proposta de soluções, esse método propõe que um novo olhar seja adotado ao se endereçar problemas complexos com um ponto de vista mais empático.

OBJETIVO: inserir películas coloridas em entradas de iluminação em sala de recuperação pós – anestésica, aplicando a cromoterapia para reduzir a sensação de dor, ansiedade ou desconforto no pós-operatório. **MÉTODO:** o cenário escolhido para o presente estudo foi a sala de recuperação pós-anestésica de um hospital pediátrico localizado no sul do Brasil. Para a implementação optou-se pela aplicação do Design Thinking na humanização na área da saúde. Foram realizados momentos de observação na sala de recuperação pós-anestésica, onde se identificou a forte influência negativa, segundo a cromoterapia, no ambiente. O cenário foi mapeado, possibilitando a idealização coerente da iluminação. Na fase da experimentação buscou-se testar rapidamente a incidência da luz com diversas cores, visando sua experimentação rápida e a geração de *insights*. Na etapa de síntese os achados foram organizados e preparados para a prototipagem, através da qual os conceitos foram aplicados, testados, avaliados e aprimorados. Na fase de implementação foram colocadas películas coloridas nas entradas de luz natural. **RESULTADOS:** a incidência da entrada de luz colorida foi determinante para um ambiente acolhedor, no qual a equipe de enfermagem experienciou melhora do contato entre a criança e seu cuidador. A humanização pode ser alcançada através da experiência do usuário, disponibilizada no ambiente e dentre outros fatores “humanos”. Todos os profissionais fazem parte desta teia de experiência e a humanização pode acontecer em toda essa rede de apoio. **CONCLUSÃO:** durante a observação na sala de recuperação pós-anestésica, verificou-se a influência do ambiente sobre o físico da criança, constatada como experiência repleta de desconforto, privações, ansiedade e medo. Neste contexto sob a ótica da saúde pública, a humanização dos serviços de saúde representa uma demanda social por dignidade em todas as interações do usuário com o sistema de saúde. Sendo assim conclui-se que tal proposta servirá, posteriormente, como forma de avaliar o efeito da influência da exposição às cores durante a realização de procedimentos geradores de estímulos dolorosos e construir uma tecnologia no cuidado de enfermagem, bem como na investigação sobre seus efeitos em outros meios hospitalares.

Descritores: Terapia pela cor. Pediatria. Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Barros, L. As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controle. **Rev Análise Psicológica**. 1998; 1(16): 11-28. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/262669864_As_consequencias_psicologicas_da_hospitalizacao_infantil_Prevencao_e_controle> acesso em 19/09/2019.

Chelappa, SL; Steiner, R; Blattner, P; Oelhafen, P; Gotz, T; Cajochen, C. **Non-visual effects of light on melatonin, alertness and cognitive performance:** Can blue-enriched light keep us alert? 2011.

Meyer, D. Children's responses to nursing attire. **Pediatric Nursing**, 18, 157-160. 1992.

Brasil. Ministério da Saúde, **HumanizaSUS diretrizes**. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus>> acesso em 19/09/2019.

Nightingale, F. **Notas sobre enfermagem:** o que é e o que não é. São Paulo (SP): Cortez; 1989.

Oliveira, BRG; Collet, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. **Rev latino-am enfermagem**. 1999; 7(5): 95-102. Disponível em:
[https://www.researchgate.net/publication/242121914_Crianca_hospitalizada_percepcao_das_maes_sobre_o_vinculo_afetivo_crianca-familia] acesso em 19/09/2019.

Título: Terapia pela cor na área da saúde: revisão integrativa

Autores: **Cheila Mara Freu** - Enfermeira da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG. Membro do GEPESCA/UFSC. E-mail: cheilamarafreu@yahoo.com.br; **Jane Cristina Anders** – Dra. Docente do Departamento de Enfermagem e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional, Líder do GEPESCA/UFSC da Universidade Federal de Santa Catarina; **Ana Izabel Jatobá de Souza** – Dra. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional e Membro do GEPESCA/UFSC da Universidade Federal de Santa Catarina; **Mônica Stein** – Dra. Professora do Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina; **Monique Haenscke Senna** - Dra. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

INTRODUÇÃO: na busca pela ampliação de políticas públicas no Sistema Único de Saúde - SUS, o Ministério da Saúde abriu possibilidades de acesso a serviços antes restritos à prática de cunho privado. A melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens configuram, desse modo, prioridades do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS. Assim, dez novos tipos de práticas integrativas integram a lista de procedimentos disponíveis no SUS, entre elas a cromoterapia. O termo “prática integrativa” se refere à incorporação de abordagens complementares em um sistema de saúde. A terapia pela cor ou cromoterapia é um sistema de procedimentos que faz uso do espectro visível da radiação eletromagnética no tratamento de doenças. Com o propósito de sintetizar evidências científicas que possam auxiliar na escolha da terapia pela cor no ambiente hospitalar, bem como possibilitar uma reflexão sobre a implementação dessa prática e a adesão dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro. **OBJETIVO:** analisar os estudos sobre a utilização da terapia pela cor na área de saúde. **MÉTODO:** revisão integrativa com as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento dos principais resultados evidenciados dos artigos incluídos na revisão integrativa. A questão norteadora da revisão integrativa foi: Qual é a produção científica recente sobre a utilização da terapia pela cor na área da saúde? A busca foi realizada nas bases de dados na SciELO, PubMed/MEDLINE, WEB OF SCIENCE, SCOPUS e CINAHL. Os descritores controlados e palavra-chave foram os seguintes: Enfermagem, Terapia pela cor, cromoterapia e serviços de saúde. Os critérios de inclusão elencados foram estudos relacionados à terapia pela cor, publicados no período de janeiro de 2014 a março de 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra e gratuitamente. Como critérios de exclusão

foram considerados os estudos de revisão; relatos de experiência; relatórios; pesquisas de opinião; livros; teses; dissertações; cartas ao leitor; trabalhos apresentados em seminários, congressos e conferências. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** foram identificados, inicialmente, 97 estudos e com a leitura do título, foram excluídos 43 artigos, pois 30 artigos não abordaram a temática estudada, 10 duplicados e 3 relatos de caso. Após essa etapa, foi realizada a leitura dos resumos de 54 artigos, dos quais foram excluídos 46 artigos, pois 20 não abordaram o tema, 12 não disponíveis na íntegra, 6 artigos eram estudos secundários, 2 relatos de caso, 4 editoriais e 2 duplicados. Assim, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão dos 97 estudos obtidos a partir da busca nas bases de dados, foram excluídos 89 e selecionados 08 estudos primários. Esta revisão reuniu evidências científicas sobre como a utilização da terapia pela cor na área da saúde repercutem de forma positiva. Os estudos trouxeram aspectos relacionados ao manejo da dor e estresse, distração em pediatria, redução da bilirrubina, qualidade do sono, melhora da capacidade cognitiva, aceleração dos processos de cicatrização e seus efeitos bactericidas e bacteriostáticos. Foram encontrados cinco estudos envolvendo adultos; dois estudos realizados com crianças e um com amostras de diurese. As aplicações da terapia pela cor repercutem como estratégia de cuidado incorporada nas práticas integrativas complementares, dando suporte a outras terapias farmacológicas. Nesse contexto o enfermeiro pode diante de uma assistência especializada incluir essa prática como suporte terapêutico, em ambientes de acolhimento, bem como durante procedimentos geradores de estímulos dolorosos, especialmente em crianças e adolescentes hospitalizados. A utilização dessas estratégias não farmacológicas pelos profissionais de saúde atenua o impacto do estresse durante o adoecimento favorecendo o bem-estar dos pacientes. Também é necessária a organização do sistema de saúde para abranger a assistência com a utilização da terapia pela cor disponível hoje no SUS, de forma a integrar e incorporar essa prática incluindo novas demandas de cuidados. Para que isso ocorra é preciso que os profissionais de saúde ofereçam o suporte para a inclusão a terapias complementares, inclusive encaminhamentos na rede de apoio após a alta hospitalar. **CONCLUSÃO:** apesar do escasso número de estudos identificados no período de 2014 a 2019, foi possível ilustrar alguns impactos na área da saúde. Os resultados que compõem essa revisão sugerem a utilização da terapia pela cor de maneira positiva e diversificada em várias áreas do setor saúde, ilustrando os benefícios desta prática. No entanto, a terapia pela cor no tocante a estratégias de cuidado, pode ser estruturada de maneira integrada aos diferentes cenários de cuidado, possibilitando um espaço terapêutico. De fato, na maioria das vezes, o ambiente hospitalar ensina aos pacientes o desalinhamento entre o cognitivo e o comportamental, especialmente entre crianças e adolescentes. Nesse contexto o enfermeiro ao incorporar e utilizar a terapia pela cor poderá resgatar esse equilíbrio e realizar um cuidado integral ao indivíduo.

Descritores: Enfermagem. Terapia pela cor. Serviços de saúde.

REFERÊNCIAS:

Azeemi, ST et al. Effect of Visible Range Electromagnetic Radiations on Escherichia Coli. **African Journal of Traditional, Complementary And Alternative Medicines**, v. 14, n. 1, p.24-31, 23 nov.2017. <http://dx.doi.org/10.21010/ajtcam.v14i1.4>.

Bellieni, CV et al. Analgesic effect of watching TV during venipuncture. **Archives Of Disease In Childhood**, v. 91, n. 12, p.1015-1017, 28 jul.2006. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2006.097246>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS**. Disponível em: Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>. Acesso em: 07 jul. 2019.

Centro Nacional de Saúde Integrativa e Complementar (NCCIH). Disponível em: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>. set. 2019.

Ebbesen, F et al. Effect of phototherapy with turquoise vs. blue LED light of equal irradiance in jaundiced neonates. **Pediatric Research**, v. 79, n. 2, p.308-312, 20 out.2015. <http://dx.doi.org/10.1038/pr.2015.209>.

Emerson, K et al. Evaluation of a Low-Light Intervention-Starlight Therapy for Agitation, Anxiety, Restlessness, Sleep Disturbances, Dyspnea, and Pain at End of Life. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v.19, n.3, p. 214-220, jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0000000000000337>.

Mendes, KDS; Silveira, RCCP; Galvão, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>.

Minguillon, J et al. Blue lighting accelerates post-stress relaxation: Results of a preliminary study. **Plos One**, v. 12, n. 10, p.1-16, 19 out.2017. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0186399>.

Título: O lúdico como facilitador na consulta de puericultura

Autores: **Jennifer Clement** - Acadêmica da oitava fase do curso de graduação em Enfermagem - bacharelado; autora; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; jenni_clement@outlook.com; **Andrea Moreira Arrué** - Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva. Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública; coautora; Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; andrea.arrue@uffs.edu.br; **Ariel Larissa Scolari Teixeira** - Acadêmica da oitava fase do curso de graduação em Enfermagem - bacharelado; coautora; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; ariellarissascolari@gmail.com; **Caroline Menzel Gato** - Discente da oitava fase do curso de graduação em Enfermagem - bacharelado; coautora; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; caarol.menzel@gmail.com; **Dalya Pasquetti** - Acadêmica da oitava fase do curso de graduação em Enfermagem - bacharelado; coautora; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; pasquetti97@hotmail.com; **Milena Schneiders** (Acadêmica da oitava fase do curso de graduação em Enfermagem - bacharelado; coautora; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; schneidersmilena@gmail.com).

Descritores: Consulta de Enfermagem; Lúdico; Puericultura.

INTRODUÇÃO: ao refletir sobre o cuidado, compreende-se que as atitudes dos profissionais precisam ser reavaliadas, constantemente, para que, seja possível, desenvolver uma prática de enfermagem humana e solidária, para além da técnica. Na Enfermagem Pediátrica, para garantir atenção integral à criança é preciso incluir o brincar na assistência, seja na orientação aos pais e cuidadores sobre sua importância na infância, visando à promoção do desenvolvimento infantil, seja na utilização do brinquedo pelo enfermeiro na atenção direta, visando todos os fins terapêuticos que ele proporciona. É por meio do brinquedo e de sua ação lúdica que a criança expressa sua realidade. Além disso, brincar é um direito da criança. Incorporada à atenção primária, a puericultura é um dos programas de maior relevância do SUS, permite o *follow-up*, logo após o nascimento. Ele tem como objetivo avaliar o crescimento e desenvolvimento, a situação vacinal buscando atender a demanda e a especificidade de cada família. A consulta de enfermagem em puericultura deve ser vista como estratégia de promoção da saúde por meio de ações educativas. Diante das características próprias da criança, o enfermeiro deve lançar estratégias de comunicação para manter o vínculo, nesse sentido, o brinquedo e o lúdico tornam-se um elo essencial. Nesta perspectiva, têm-se como objetivo relatar a vivência de discentes durante as consultas de puericultura, em uma unidade básica de saúde, no município de Chapecó-SC.

MATERIAIS E MÉTODOS: trata-se de um relato de experiência decorrente das Atividades Teórico-Práticas (ATP) desenvolvidas no Componente

Curricular “O Cuidado no Processo de Viver Humano II”. O componente abrange o conteúdo referente a saúde da criança, do adolescente e da mulher, no contexto hospitalar e na atenção primária em saúde. É ministrado como domínio específico da sétima fase, no Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó. As atividades, no âmbito da saúde da criança, foram realizadas no período de maio a julho de 2019. Na sala de triagem eram avaliados os sinais vitais e as medidas do crescimento, no consultório as demais etapas do Processo de Enfermagem (PE). No exame físico verificava-se peso, perímetro cefálico, comprimento/estatura, temperatura, frequência cardíaca e respiratória. Na consulta investigava-se os hábitos alimentares, sono/repouso, eliminações, higiene bucal e corporal, histórico de doenças, internações, uso de medicamentos, acompanhamento do calendário vacinal e as demandas advindas da família. Tanto na triagem quanto na consulta o lúdico foi utilizado com o objetivo de tranquilizar a criança, proporcionar o vínculo, escuta sensível, avaliar os marcos do desenvolvimento bem como criar um ambiente confortável de comunicação. Como ferramenta para a ludicidade, optou-se pelo uso de fantoches de animais como um cachorro e um coelho, além de brinquedos como chocalho colorido. As etapas do PE eram realizadas em dupla, enquanto uma das acadêmicas conversava com a mãe, seguindo a rotina da consulta, a outra interagia com a criança por meio dos fantoches e brinquedos. **RESULTADOS:** o lúdico foi um meio facilitador da prática profissional, vivenciada pelas discentes, nas consultas de puericultura, contribuindo para a promoção da saúde da criança. A brincadeira deve ser compreendida como indispensável à assistência, assim como tantos outros cuidados. Além de direito da criança, o brincar é considerado legalmente parte integrante da assistência do enfermeiro, portanto, a não incorporação desse recurso na prática, implica descumprimento da legislação. Nesta perspectiva, o envolvimento dos acadêmicos em temáticas abordadas em sala de aula permite o desenvolvimento do pensamento crítico, refletindo em suas condutas, com um olhar ampliado que qualifica a atenção à saúde. A autonomia do enfermeiro é uma conquista que precisa ser estimulada e valorizada em seu processo de trabalho. Sabe-se que, esse processo, na atenção primária, é amplo e reativo, envolve um conjunto de ações que devem ser realizadas para dar conta da demanda espontânea, derivada das necessidades de saúde da criança e de sua família. Partindo dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento integral, equânime e universal, a humanização deve estar presente na atuação do profissional, sendo norteador do cuidado prestado. A literatura nos confirma que o uso do lúdico deve fazer parte da assistência de enfermagem e que apresenta inúmeros benefícios, como auxílio no enfrentamento de dificuldades, reação a dor e estresse gerado pela patologia e ambiente, além de contribuir para o pleno desenvolvimento infantil, através das minimizações dos fatores estressores que possam ocorrer durante a consulta. Dessa forma, ao

utilizar os fantoches e os brinquedos durante as consultas percebeu-se que os lactentes ficavam mais calmos, melhor humorados, minimizava a tensão e angústia no ambiente, aumentava o vínculo entre paciente/profissional/familiar e consequentemente os acompanhantes conseguiam expor suas dúvidas e dificuldades, pois a criança estava envolvida com o brinquedo. **CONCLUSÃO:** ressalta-se a importância das atividades lúdicas frente ao desenvolvimento de estratégias que visem a transformação e efetivação do cuidado em saúde, principalmente durante a formação acadêmica. O lúdico está em ascensão e para que seu uso seja ampliado necessita-se que os profissionais de saúde, em especial a equipe de Enfermagem, compreendam a relevância e o benefício desta ferramenta no cuidado à saúde da criança/família. Assim como a criação de novas práticas que busquem o aprimoramento de técnicas já existentes.

REFERÊNCIAS

Baratieri, T et al. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 206 - 216, jul. 2014. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8553>>. Acesso em: 15 ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976928553>.

Brasil. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 15 ago. 2019.

Costa, DTL. O brincar na assistência de enfermagem à criança - revisão integrativa. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.16, n.1, p 36-43, junho 2016. Disponível em < <https://sobep.org.br/revista/2016-volume-16/junho-numero-1.html>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

Lima, KYN et al. Atividade lúdica como ferramenta para o cuidado de enfermagem às crianças hospitalizados. **Rev Mineira de Enfermagem**. v.18, n. 3, 2014. Disponível em < <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140054>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

Santos, AG et al. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. **Rev Cubana Enferm** [Internet], v. 33, n. 3, 2017. Disponível em <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

Vieira, DS et al. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27,



n. 4, e 4890017, 2018 . Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004890017>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

Título: Violência neonatal intra-hospitalar: relato de experiência

Autores: Francielli Gomes - Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Chapecó/SC. Contato: francielli_gomes@hotmail.com; **Ariel Larissa Scolari Teixeira** - Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Chapecó/SC. Contato: ariellarissascolari@gmail.com; **Larissa Jaíne Pinheiro** - Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Chapecó/SC. Contato: larissaenfuffs2016@gmail.com; **Débora Tavares de Resende e Silva** - Docente Dra do curso de Bacharelado em Enfermagem e Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Chapecó/SC. Contato: debora.silva@uffs.edu.br; **Grazieli Nunes Machado** - Docente Especialista Obstétrica, do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Chapecó/SC. Contato: grazieli.machado@uffs.edu.br.

Descritores: Saúde da criança. Violência obstétrica. Violência neonatal.

INTRODUÇÃO: atualmente iniciou-se uma discussão sobre violência neonatal, até então vista como secundária à violência obstétrica. Órgãos governamentais e a produção científica têm-se mobilizado a sinalizar essas situações de violências, que por vezes deixa impune tanto a instituição, quanto profissionais que as praticam. Recentemente foi aprovada a Lei Nº 6.144, de 07 de junho de 2018 que trata sobre as formas de “Violência obstétrica e neonatal”, voltada não apenas para o bem-estar da parturiente, mas também retoma particularidades manejo ao Recém-Nascido (RN). Como procedimentos de protocolo sem justificativas plausíveis, ou obsoletas, que intervêm diretamente no tempo linear de contato pele a pele do bebê com a mãe. O desafio é desfazer o hábito de pequenos gestos, que a equipe deixa de perceber como algo ruim, devido a robotização da assistência. Estudos apontam que a violência na gestação oferece inúmeros prejuízos ao feto, como por exemplo, restrição do crescimento intrauterino, elevados níveis séricos de glutamato, GABA e cortisol. Esses efeitos também podem ocorrer sobre o estresse excessivo durante o trabalho de parto com relação a gestante, transpassando a barreira placentária. Também pode se dar na intenção de seguir os protocolos da instituição, durante o manejo com procedimentos desnecessário ao RN, visto na incessante necessidade de agilizar os processos de trabalho de parto. Geralmente os profissionais da saúde, principalmente da medicina, objetivam gastar o menor tempo possível no trabalho de parto, inviabilizando e podendo a gestante nesse momento, tirando-a do papel de protagonista do seu próprio parto, e trazendo para si mesmo vanglorização do momento. Fica explícito a necessidade de trabalhar sobre a violência neonatal, por ser um assunto camuflado sob a óptica da violência obstétrica, e a importância do conhecimento da parturiente sobre, e a necessidade de popularizar o tema, inclusive para monitorizar os profissionais envolvidos.

Objetiva-se com esse trabalho discutir a violência neonatal e relatar a experiência de assistir dois partos com características contrapostas e trazer a discussão crítica das duas situações e seus reflexos para criança, correlacionando os assuntos à legalidade. **MÉTODOS:** o presente trabalho relata a experiência vivida durante a realização das atividades teórico-práticas no 7º período de Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. A inserção dos discentes no centro obstétrico, em um Hospital do oeste Catarinense, trabalhou as práticas do cuidado e assistência a gestante em trabalho de parto. Relataremos dois partos, ambas parturientes eram maiores de 18 anos, acompanhadas pelos parceiros. O primeiro parto, será denominado de Parto 1 e o segundo Parto 2. **RESULTADOS:** ao chegarmos ao centro obstétrico o parto 1 já estava em andamento, com quase 10cm de dilatação. As cortinas estavam entreabertas. Tinha-se no ambiente a enfermeira assistencial segurando a mão da parturiente, que estava no centro da sala embaixo das luzes fortes, deitada em uma maca alta, exposta em posição litotômica, que é exausta, resmungava, girava a cabeça e referia “já chega, eu não quero mais!”. As dolorosas contrações a fazia gritar. Do outro lado da maca estava o companheiro, se apresentava angustiado, as lágrimas não cessavam um instante. A residente em obstetrícia conduzia o parto, tentando restabelecer a concentração da parturiente. Em uma rápida entrada, a obstetra, com roupa comum, adornos e cabelos soltos, disse “Coisinha, não grita! Se você gritar é pior.”, logo ordenou “tem que sentar com o bumbum mais embaixo pro seu bebê sair”, e explicou “mãezinha, abre mais as pernas! Abre bem as pernas se não o bebê não vai sair!”, instruiu a enfermeira “levanta a cabeceira para ajudar”. Ressaltou mais algumas ordens e deixou o quarto. A parturiente se apresentava cada vez mais nervosa. Outro obstetra entrou no quarto, analisando a situação instigou “Só mais um empurrãozinho que sai! Tá bem fácil! Segura a força mãezinha!” e insistia “empurra!”. O bebê nasceu, o cordão umbilical imediatamente foi cortado, a equipe se moveu rapidamente para seguir o protocolo, a pediatra recebeu o bebê o enrolou, mostrou para mãe e o levou para outra sala para completar a rotina. A mãe pediu para que o pai se acompanha. De forma rápida e brusca os panos foram passados por todo corpo do bebê, friccionando os resquícios de líquido amniótico na tentativa de retirá-lo. Enquanto a vitamina K era aplicada, bem como o colírio de nitrato de prata. O bebê se contorcia na balança, onde foi pesado, medido e logo lhe postos as roupas trazidas pelos familiares. Após alguns testes foi de encontro à mãe. No quarto a mãe olhava seu filho no colo do pai de longe. A gestante do Parto 2 foi acompanhada pelas acadêmicas de enfermagem antes e durante o trabalho de parto. Alimentou-se de gelatinas e iogurtes à vontade. Conversou-se sobre assuntos externos com objetivo não apenas de coletar dados, mas também tranquilizá-la à medida que o vínculo era estabelecido. Com dilatação em 7 cm as contrações estavam se intensificando, fechamos as cortinas, oferecemos opções para o alívio da dor, ela preferiu a bola de exercício. Instintivamente se ajoelhou e abraçou a bola, enquanto

massageávamos a região sacral, o marido lhe beijava, e abraçado dizia “Nossa filha tá vindo!”. Apagaram-se as luzes, a penumbra se manteve até o final. O silêncio prevalecia na fase expulsiva, seu instinto comandava, conectados mãe, filha e pai. O bebê foi recebido por nós, direto para os braços de sua progenitora, permaneceu quentinha e confortável ali. Apenas á cobrimos para evitar hipotermia, e limpamos os líquidos de seu rosto para evitar aspiração. O restante da equipe chegou, tirando-nos de dentro daquela submersão de amor com “Ué, pariu no chão!? Igual bicho?”. Logo começou o fluxo de pessoas no recinto. Dequitar a placenta parece ser uma urgência no setor. O cordão umbilical ainda pulsava quando o cortaram para dar continuidade ao protocolo da instituição o mais rápido possível. Ascenderam as luzes enquanto solicitavam á parturiente a subir na maca. Algumas técnicas realizadas podem gerar prejuízos e instabilidades metabólicas totalmente evitáveis. Estudos comprovam que esperar que o cordão umbilical pare de pulsar para cortar, garante níveis séricos de hemoglobina no organismo o suficiente para evitar anemias na criança, além dos demais nutrientes. É recomendado o uso do colírio de nitrato de prata em RN cujas mães possuam infecções por clamídia ou gonorreia, e não em todos os RN. Se o bebê mostra Apgar bom, incentive o contato e aproveite para usufruir do aleitamento materno nesse momento que o bebê se mostra cheio de energia e bem-disposto a realizar a pega.

CONCLUSÃO: a violência sofrida pelo bebê no período perinatal intra-hospitalar, esta ligada as dimensões da organização da assistência ao trabalho de parto. Verifica-se escassez de profissionais capacitados para mudar essa realidade que compromete o vínculo mãe-bebê, que tornam o momento traumático e frustrante devido a rotina que se instituiu ao longo dos anos sobre o perinatal que precisa ser revisto e reorganizado. Perante o exposto, percebeu-se que se faz necessário sensibilizar as equipes, sobre esses prejuízos e detalhes importantes na forma de manejar o RN, e estimular medidas mais humanas no atendimento ao RN, estabelecendo uma sistematização da assistência.

REFERÊNCIA:

Leite FMC; Garcia, F; Freitas, PA et al. **Implicações para o feto e recém-nascido da violência durante a estação:** Revisão Sistemática. 2019.11(n. esp):533-539. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.533-539>

Título: A elaboração de um livro de história infantil para a coleta de sangue na pediatria

Autores: **Josihelle Gumboski** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. Joinville – SC; **Camila F. S. Mendonça** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. Joinville – SC; **Paula E. S. da Silva** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. Joinville; **Luana Cláudia dos Passos Aires** - Docente Adjunta do Curso de Enfermagem da Faculdade IELUSC. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela UFSC. Joinville – SC; **Lidiane Ferreira Schultz** - Docente Adjunta pela Faculdade IELUSC. Enfermeira. Doutoranda em Saúde e Meio Ambiente pela UNIVILLE. Mestre em Enfermagem pela UNG. Especialista em Terapia Familiar e de Casal pela UNIFESP. Assistência de Enfermagem à Criança e ao Adolescente Hospitalizado pela USP-SP. Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela UNIFESP. Graduada pela Universidade Estadual de Minas Gerais. Joinville - SC. E-mail: lidiane.schultz@amsic.com.br.

Descritores: Criança. Jogos e brinquedos. Enfermagem Pediátrica.

INTRODUÇÃO: a punção venosa pode ser uma experiência dolorosa e assustadora para as crianças. Durante a coleta de sangue para exames laboratoriais, sentimentos e vivências de estresse, inquietação, dor, medo e angústia pelas crianças e família são descritos em pesquisas. Enfermeiros desempenham um papel ativo e importante para ajudá-los a lidar com essa experiência difícil e favorecer a redução dos efeitos adversos da venopunção. Crianças e suas famílias precisam ser apoiados e cuidados antes, durante e após a punção venosa para a coleta de sangue seja no ambiente intra ou extra hospitalar. Conhecer e utilizar estratégias, ferramentas e métodos pelo enfermeiro para amenizar estes sofrimentos e traumas nas crianças são fundamentais. O brincar e o lúdico são algumas destas ferramentas, assim como o brinquedo terapêutico instrucional (BTI) que constitui uma tecnologia leve recomendada pois proporciona o preparo da criança e sua família para o procedimento a ser realizado, favorece o vínculo entre os envolvidos no processo e reduz sofrimento físico e psíquico. **OBJETIVO:** relatar a experiência de acadêmicas de graduação em enfermagem na elaboração de um livro de história infantil para uso e preparo da criança para a coleta de sangue. **MÉTODOS:** relato de experiência analítico reflexivo de abordagem qualitativa sobre a criação e confecção de um livro de história infantil por acadêmicas de graduação em enfermagem na disciplina de saúde da criança e do adolescente hospitalizado para uso na coleta de sangue em crianças com idade pré-escolar e escolar. A elaboração do livro “Juju em: A coleta mágica” foi inspirada nas experiências vivenciadas em atividades teórico prático na pediatria, onde percebeu-se a necessidade de ferramentas e materiais para auxiliar na

abordagem, comunicação, aproximação e preparo à criança para a punção venosa e coleta de sangue. Ao escrever o livro, as acadêmicas objetivaram contar uma história sem ocultar a ansiedade e o medo que a criança pode sentir, com foco no papel do enfermeiro e sua abordagem adequada no preparo à criança. O cuidado com a utilização das palavras para que fossem de fácil compreensão e didáticos para as crianças foram utilizadas. A criação do design e ilustrações do livro foi realizado pelas graduadas e obteve-se o auxílio da empresa Soul Marketing que executou o projeto gráfico. Optou-se por cores vivas que favorecem a atenção e imagens representativas do procedimento para um primeiro contato com a coleta de sangue. Além disso, a agulha (scalp) foi representado no livro por borboletas. A impressão do livro foi possível após o patrocínio recebido pelo Hospital Dona Helena do município de Joinville- SC com 300 exemplares para divulgação do material. Os materiais utilizados para esta confecção foram papel e tinta. **RESULTADOS:** A história do livro conta a experiência de uma menina chamada Juju que descobre que irá realizar exames laboratoriais e tem vários questionamentos acerca do procedimento de coleta. O que faz a diferença na resposta da criança ao processo é a adequada abordagem da enfermeira que na história proporciona conforto, apresenta a criança o que será realizado antecedente a coleta, sanando todas as dúvidas da personagem para que se torne um procedimento menos traumático. Ao colocar em prática o profissional pode comparar a história com o processo a ser realizado, para isso deverá ler o livro juntamente a criança envolvendo-a na história e assimilando o mesmo ao posterior procedimento, com intuito de prestar um atendimento humanizado e integral a esta criança. **CONCLUSÃO:** a elaboração do material lúdico foi de extrema importância para a ampliação dos conhecimentos das graduadas sobre a temática brincar/brinquedo terapêutico, além de reconhecer a aplicabilidade prática de materiais lúdicos pelo enfermeiro e profissionais de saúde de forma a amenizar a dor, humanizar o processo de hospitalização ou a realização de procedimentos invasivos extra internação. O uso do livro de história infantil criado permitirá a criança conhecer o procedimento que irá ser realizado, assim como os materiais a serem utilizados e suas funções. Permite também a criação de vínculos entre o profissional de saúde, a criança e seus familiares, para que procedimentos como estes sejam feitos de forma calma e tranquila para todos os envolvidos. É necessário que os enfermeiros no momento da coleta de sangue, utilizem instrumentos como brinquedos/livro/jogos/bonecos para aplicarem a técnica do brinquedo terapêutico instrucional conduzindo o procedimento de forma autônoma e atraumática para a criança. É fundamental também que os profissionais reconheçam que a abordagem com a criança é essencial e influencia no comportamento perante o procedimento. Mostrar sensibilidade e empatia, rever estigmas negativos e oferecer conhecimento à criança e aos pais. Portanto é fundamental a orientação aos pais ou responsáveis referente a abordagem dos mesmos, visto que muitas vezes o medo é criado no âmbito

familiar, pelo manejo incorreto levando a criança a acreditar que tais procedimentos são maneiras de punição. O livro poderá ser usado pelo enfermeiro nas unidades básicas de saúde, no ambiente hospitalar, no domicílio, em clínicas, consultórios multiprofissionais. Esta experiência resgatou momentos de criatividade durante a graduação em Enfermagem, auxiliou na correlação entre teoria e prática e demonstrou a necessidade para a criação e comercialização de materiais que auxiliem os enfermeiros na sua prática assistencial e no preparo a criança. Concluiu-se assim, que o uso do lúdico e da técnica do brinquedo terapêutico instrucional precisam ser aprendidas e implantadas pelos enfermeiros nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

Lemos, I et al. Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. **Revista Cuidarte**. 2016; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.303>, acesso em: 08/08/2019.

Willock, J; Richardson, J; Brazier, A; Powell, C, & Mitchell, E. Peripheral venepuncture in infants and children. **Nursing Standard**. 2004; 18(27), 43–50. Disponível em: <http://doi:10.7748/ns2004.03.18.27.43.c3571>, acesso em: 11/08/2019.

Wagner, EM. Please no pricking! Injection fear in children. **Kinderkrankenschwester**. 2006 Apr; 25(4):158-61.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN no0546, de 09 de maio de 2017**. Atualiza norma para utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pela equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. [cited 2019 JUL 24]. Available from: www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05462017_52036.html

Pontes, JED. et al. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. **Einstein**. 2015; 13 (2), 238-242. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO2967>.

Título: Brinquedo terapêutico instrucional: elaboração de uma boneca para preparo da criança para vacinação

Autores: **Carin Lipinsk** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. Joinville – SC; **Tatiane Pereira Santos** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. Joinville – SC; **Vanessa Morales Goes** - Graduandos em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. Joinville – SC; **Luana Claudia dos Passos Aires** - Docente Adjunta do Curso de Enfermagem da Faculdade IELUSC. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFSC. Joinville – SC; **Lidiane Ferreira Schultz** - Docente Adjunta pela Faculdade IELUSC. Enfermeira. Doutoranda em Saúde e Meio Ambiente pela UNIVILLE. Mestre em Enfermagem pela UNG. Especialista em Terapia Familiar e de Casal pela UNIFESP. Assistência de Enfermagem à Criança e ao Adolescente Hospitalizado pela USP-SP. Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela UNIFESP. Graduada pela Universidade Estadual de Minas Gerais. Joinville - SC. E-mail: lidiane.schultz@amsic.com.br.

INTRODUÇÃO: na infância, o brincar favorece o desenvolvimento motor, emocional, mental e social da criança, além de propiciar prazer e relaxamento. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente descreve o direito de brincar de todas as crianças. Este brincar também precisa acontecer nos contextos de serviços de saúde estando a criança saudável, doente ou hospitalizada. A Resolução nº41 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado (CONANDA), descreve que o direito a desfrutar de alguma forma de recreação deve ser preservado na internação hospitalar da criança porque o brincar auxilia a criança a compreender e adaptar a situações que são diferentes do seu cotidiano, favorece a sua compreensão, possibilita melhores interações com profissionais, auxilia no processo de recuperação e o reestabelecimento da saúde física e psíquica. Quando a hospitalização ocorre na infância, procedimentos dolorosos realizados pela equipe de saúde podem provocar medo, insegurança, tristeza, dor, angústias e sofrimento. Estes sentimentos também podem estar presentes em crianças no momento da vacinação. Esclarecer, preparar, dar segurança e apoiar o infante e sua família são responsabilidades do enfermeiro. Uma tecnologia de cuidado garantida a equipe de Enfermagem pelo Conselho Federal de Enfermagem em sua Resolução nº 295/2004, revogada pela Resolução 546/2017 é o brinquedo terapêutico-BT, este é classificado em três tipos, BT dramático, BT instrucional e BT capacitado das funções fisiológicas. O uso do brinquedo terapêutico instrucional (BTI) no preparo da criança para a vacinação é fundamental e tem como finalidade preparar as crianças para a realização da vacina, demonstrando todo o procedimento, esclarecendo dúvidas, oportunizando à criança a realização da técnica em um brinquedo e após a imunização pode possibilitar a catarse através da repetição. Um estudo nacional demonstrou a influência do uso do BTI no comportamento de

cooperação da criança durante a imunização. Assim, a equipe de enfermagem exerce papel fundamental para o cuidado humanizado, individualizado, atraumático e educativo sempre que a criança precisar realizar um procedimento que possa ocasionar medo e dor. **OBJETIVO:** relatar a criação e confecção de uma boneca para uso como brinquedo na técnica do brinquedo terapêutico instrucional para preparo da criança para imunização. **METODOLOGIA:** trata-se de um relato de experiência analítico descritivo realizado pelas acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem de uma instituição de ensino superior localizado no norte de Santa Catarina sobre a confecção e elaboração de uma boneca para preparo da criança para imunização no ano de 2019. Esta atividade foi desenvolvida para a disciplina de saúde da criança e do adolescente hospitalizado na sétima fase do curso após aprender sobre a temática brincar, brinquedo e brinquedo terapêutico como uma tecnologia de cuidado do enfermeiro. Sendo pré-requisito para o processo avaliativo da disciplina e apresentado em uma exposição na semana de enfermagem da própria faculdade. **RESULTADOS:** foi confeccionada uma boneca de tecido, cujo nome é Tatá, indicada para crianças em idade pré-escolar e escolar e permite a explicação e realização dos procedimentos de enfermagem conforme técnica do BTI. Foram utilizados os seguintes materiais: tecido de algodão, fibra, lã, fio, fita, tecido com estampa de unicórnio, seringa e glitter colorido. Esta boneca também possui nos locais de aplicação da vacina um encaixe para a seringa com glitter colorido que durante a realização da técnica do BTI representará os “soldadinhos do bem” que protegerão as crianças contra a doença assemelhando a brincadeira ao procedimento de enfermagem de maneira lúdica. As orientações serão de forma lúdica e educativa, ensinando a importância da imunização com a aplicação da técnica do BTI mostrando os locais de aplicação a vacina e preparando a criança para o procedimento. Sua aplicabilidade prática na enfermagem pediátrica também objetiva esclarecer as dúvidas das crianças, amenizar os medos, diminuir a ansiedade, criar uma aproximação entre o profissional-criança-família e melhorar a confiança e segurança na hora do procedimento da vacinação. Este material lúdico construído será utilizado na atividade teórica-prática dos graduandos em enfermagem e os locais possíveis para sua aplicabilidade serão: unidades básicas de saúde/Estratégia da Saúde da Família, clínica de imunização e hospital. **CONCLUSÃO:** essa experiência de criação e elaboração de um material lúdico possibilitou ampliar o conteúdo teórico aprendido sobre o brincar, brinquedo e brinquedo terapêutico. Permitiu relembrar atividades criativas desenvolvidas durante a infância dos graduandos e revisitar o “pensar criança”, seu crescimento e marcos do desenvolvimento infantil pois foi preciso realizar essa associação para confeccionar o material. Foi possível também compreender a importância da utilização de uma ferramentas e materiais criados pelo próprio profissional enfermeiro para uso na prática assistencial com a criança, além de oportunidade de empreendedorismo a partir destas vivências. Criar algo que

ajude outros profissionais no seu trabalho na pediatria torna possível a ampliação do cuidado.

DECS: Criança. Jogos e brinquedos. Enfermagem Pediátrica.

REFERÊNCIA:

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 16 set. 2017.

Brasil. Resolução CONANDA nº 41, de 13 de outubro de 1995. **Diário Oficial da União República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 out. 1995. Disponível em: < <http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-1-a-99.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2017.

Brasil. Resolução COFEN nº 546, de 9 de maio de 2017. **Diário Oficial da União, República Federativa do Brasil**. 2017 [citado 2017 set 16]. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-546-17.pdf>>

Sanders, J. Cuidado centrado na família da criança durante a doença e hospitalização. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. **Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 675-702.

Pontes, JED et al. Therapeutic play: preparing the child for the vaccine. **Einstein**. 2015;13(2):238-42. DOI: 10.1590/S1679-45082015AO2967.

Green, CS. Understanding children's needs through therapeutic play. **Nursing**. 1974;4(10):31-2.

Título: Aspectos clínicos e terapêuticos de crianças que sofreram queimaduras em acompanhamento ambulatorial

Autores: Beatriz Furtuoso Petry - Acadêmica de Enfermagem do 7º semestre do curso de graduação em enfermagem e Membro do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoas em condições Crônicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Bolsista de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq,- Processo 105707/2019-8). e-mail - petry.beatriz@gmail.com;
Letícia Machado Ferreira - Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre do curso de graduação em enfermagem e Membro do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoas em condições Crônicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Bolsista de Extensão pelo Programa Probolsas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - 2018-2019. e-mail - lelemachadoferrer@gmail.com; **Natália Gonçalves** - Enfermeira. Doutora em Ciências. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem e Pesquisadora do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoas em Condição Crônica da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. e-mail - nataliasjbv@gmail.com; **Paola Gama Almeida** - Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre do curso de graduação em enfermagem e Membro do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoas em condições Crônicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Bolsista de Iniciação científica do Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica - PIBIC/CNPq 2018/2019. e-mail - paolagamapd@gmail.com; **Maria Elena Echevarría-Guanilo** - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor adjunto do Programa de Pós-graduação e Pesquisadora do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoas em Condição Crônica da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. e-mail - elena_meeeg@hotmail.com.

Descritores: Crianças; Queimadura; Reabilitação; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: as queimaduras são lesões decorrentes de agentes (tais como a energia térmica, química ou elétrica) capazes de produzir calor excessivo os quais danificam os tecidos corporais e acarretam a morte celular. Esses agravos podem ser classificados como queimaduras de primeiro grau, de segundo grau ou de terceiro grau. No Brasil as queimaduras representam a quarta causa de morte e hospitalização, por acidente, de crianças e adolescentes de até 14 anos. A maioria das queimaduras ocorre na cozinha e na presença de um adulto. Em muitos casos o tratamento é muito doloroso, demorado e deixa marcas para sempre. O prognóstico da queimadura pode ser influenciado pela profundidade da lesão e a extensão da superfície corporal queimada. Assim, queimaduras mais superficiais, como aquelas que atingem a epiderme e derme papilar, tendem a se recuperar com sequelas mínimas e mais rapidamente, enquanto àquelas que atingem a derme reticulada, além do processo de recuperação mais prolongado, tem maior potencial para

cicatrizes hipertróficas. Ainda, nesses casos de queimaduras mais profundas, a presença de algum tipo de sequela física, como retração e deformidade podem ser um resultado final comum, visto que o tecido não tem condições de regeneração espontânea. Outras complicações relacionadas às queimaduras são distorção da imagem corporal, prurido, dor e piora da qualidade de vida. Portanto, entende-se, que seja importante identificar as complicações que podem alterar a vida da pessoa que sofreu queimaduras e quais as terapêuticas que têm sido recomendadas para melhorar esses aspectos. Dessa forma, este estudo buscou descrever as características clínicas e terapêuticas de crianças que sofreram queimaduras e que se encontram na fase crônica da reabilitação, em um centro especializado de tratamento para queimaduras. **MÉTODO:** trata-se de estudo quantitativo, descritivo, realizado no período de dezembro de 2018 a junho de 2019, no ambulatório especializado em queimaduras, do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no Sul do Brasil. Neste estudo foram incluídas crianças e/ou adolescentes com idade até 15 anos, que tinham sofrido queimaduras e estavam em seguimento ambulatorial, bem como, seus pais e/ou responsáveis. Os dados foram coletados através de entrevista direta, utilizando instrumento norteador para a consulta de enfermagem, o qual continha as seguintes informações: identificação da criança e do responsável, idade, sexo, grau de escolaridade, local da lesão, porcentagem da superfície corporal queimada utilizando a Escala de Lund & Browder, local do acidente, agente causador, predomínio da queimadura, presença de prurido, hidratação da cicatriz, se havia limitação funcional e o tipo, se o paciente usava alguma proteção contra o sol, se fez cirurgia, enxertia, região da área doadora e a avaliação da cicatriz utilizando a Escala de Vancouver, variando de zero a 10 pontos. Os dados foram digitados no programa SPSS V 20.0 e analisados em estatística descritiva. O estudo recebeu aprovação pelo Comitê de ética em pesquisa (CAAE: 90838318830015361). **RESULTADOS:** no período de coleta, foi possível entrevistar 34 crianças, sendo 23 (67,6%) do sexo masculino e 11 (32,4%) do feminino. A idade média foi de 37 meses (variando de 6 à -125; D.P.=31,0). Em relação ao acidente por queimaduras, o tempo médio desde o trauma foi de nove meses (DP: 20,8). Trinta crianças (91%) sofreram o acidente em casa, com líquidos aquecidos (88,2%), seguido de chama direta (n: 3; 09%). Os dados encontrados neste estudo estão em acordo com a literatura nacional e internacional, na qual se apresenta que a maioria das queimaduras ocorrem com meninos, em casa e com líquidos superaquecidos. A superfície corporal queimada variou de 0,43 a 34% e o predomínio da queimadura foi de espessura parcial profunda (n: 12; 48%) seguida da parcial profunda e total (n: 9; 36%). As regiões corporais mais atingidas foram: tronco anterior (n: 20; 71,4%), cabeça (n: 14; 54%), mão esquerda (n: 9; 34,6%), coxa esquerda (n: 9; 36%), braço esquerdo (n: 8; 30,8%) e mão direita (n: 8; 32%) sendo que uma criança poderia ter mais de uma área lesionada. Em estudo realizado em centro especializado para queimaduras, os autores também encontraram

resultados semelhantes à este estudo referente as partes do corpo atingidas. Pode-se supor que ao puxar o recipiente, toalha ou ao cair do líquido escaldante, considerando a faixa etária, os locais mais facilmente atingidos são aqueles encontrados como nesse estudo, ou seja, tronco anterior e braços. A enxertia foi realizada em 20 (60,8%) pacientes. Destes, sete (36,8%) realizaram enxertia tipo lâmina, 12 tipo malha (63,2%). A enxertia de pele é um dos procedimentos utilizados para o tratamento de pessoas que sofreram queimaduras ou outros acidentes que envolvam a perda tecidual. Cinquenta por cento das crianças (n: 17) apresentavam prurido no momento da entrevista (relatado pelas próprias crianças ou observadas pelos responsáveis). A pontuação média obtida pela escala de Vancouver foi de 4,4 (D.P.= 2,2). O prurido associado a queimaduras surge devido ao dano à pele, alteração nas vias neuronais aferentes e pela existência de substâncias pruritogênicas que ativam receptores. No caso das crianças deste estudo, a pontuação pela escala de cicatriz foi baixa, indicando uma melhor qualidade da cicatriz. De 33 pacientes, apenas quatro (12,1%) apresentavam limitação funcional. Dentre eles, dois tinham limitação de flexão e extensão e um de retração. As sequelas pós-queimadura podem levar a retrações e limitações importante de movimento. Como terapêutica para a cicatriz, nove (33,3%) utilizam óleo, quatro (14,8%) utilizam creme e 14 (52%) utilizam óleo e creme. A International Society for Burn Injuries (2016) traz que manter a cicatriz hidratada também pode ajudar a combater o prurido que pode levar à uma nova injúria das áreas cicatrizadas. Ainda, 33 (97,1%) faziam uso de algum tipo de proteção solar: 13 (43,3%) usavam chapéu, 21 (61,8%) protetor solar creme, 24 (80%) vestiam roupas de manga comprida, sendo que as crianças podiam fazer uso de mais de uma opção. **CONCLUSÃO:** esse estudo possibilitou a descrição das características clínicas de crianças com queimaduras na fase crônica da reabilitação e as terapêuticas mais utilizadas por elas nessa fase. Destaca-se, que embora nesses resultados, as crianças não apresentavam complicações severas das queimaduras, como hipertrofias, contraturas e limitações funcionais, o cuidado com a pele e cicatriz necessita de atenção para evitar hiperpigmentações ou mesmo piora do quadro ao longo do crescimento e desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 20 p.

Caruso, PEM. Retração cervical após queimadura em criança. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 60 - 61, 2019.

Disponível em: <http://www.rbcp.org.br/details/2384/retracao-cervical-apos-queimadura-em-crianca>. Acesso em: 12 ago. 2019.

Daga, H; Morais, IH; Prestes, MA. Perfil dos acidentes por queimaduras em crianças atendidas no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 14, n. 4, p.268-272. 2015.

Garcia, CSC *et al.* Enxerto autólogo de células-tronco derivadas do tecido adiposo: uma nova visão de sua aplicação no tratamento de queimados e na cirurgia plástica reparadora. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 417 -423, 2016. Disponível em: <http://www.rbcp.org.br/details/1773/pt-BR/enxerto-autologo-de-celulas-tronco-derivadas-do-tecido-adiposo--uma-nova-visao-de-sua-aplicacao-no-tratamento-de-queimados-e-na-cirurgia-plastica-repa>. Acesso em: 12 ago. 2019.

Hernández, CMC; Núñez, VP; Doural, KG; Machado, AAB. Características de crianças hospitalizadas por queimaduras em um hospital em Manzanillo, Cuba. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 16, n. 3, p. 169-173. 2017.

International Society for burn injuries. ISBI Practice Guidelines for Burn Care. **Burns**. v. 42, n. 5, p. 953 – 1021, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916301449>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

Mendonça, ML. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Queimaduras**. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/queimaduras/>>. Acesso em: 10 de agosto. 2019.

Morais, IH; Daga, H; Prestes, MA. Crianças queimadas atendidas no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba: perfil epidemiológico. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 4, p. 256-260, 2016.

Oliveira, DS; Leonardi, DF. Sequelas físicas em pacientes pediátricos que sofreram queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Palhoça, SC, v. 11, n. 4, p. 234 - 239, 2012. Disponível em: <<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/128/pt-BR/sequelas-fisicas-em-pacientes-pediatricos-que-sofreram-queimaduras>>. Acesso em: 10 ago. 2019.1.

Mola, R. et al. Características e complicações associadas às queimaduras de pacientes em unidade de queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 17, n. 1, p. 8-13. 2018.

Sanches, PHS et al. Perfil epidemiológico de crianças atendidas em uma Unidade de Tratamento de Queimados no interior de São Paulo. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 4, p. 246-250, 2016.

Santos, MC; Tibola, J; Marques, CMG. Tradução, revalidação e confiabilidade da Escala de Cicatrização de Vancouver para língua



portuguesa - Brasil. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 13, n. 1, p. 26-30. 2014.

Silva, RMC et al. Revisão integrativa sobre terapêutica do prurido após queimadura. **Revista Brasileira de Queimadura**, Aracajú, SE, v. 13, n. 3, p. 123 - 126, 2014. Disponível em:

<<http://rbqueimaduras.org.br/details/209/pt-BR/revisao-integrativa-sobre-terapeutica-do-prurido-apos-queimadura>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

Romanoski, PJ et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes após queimadura: Revisão integrativa. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 17, n. 2, p. 113-122. 20.

Título: Cuidar da criança e do adolescente com transtorno mental no hospital: um desafio diário

Autores: Morgana Pereira da Rocha - Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC – Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: itsmorganarocha@hotmail.com; **Jane Cristina Anders** - Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jane.anders@ufsc.br; **Ana Izabel Jatobá de Souza** - Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jatoba.izabel@ufsc.br; **Micheline Fátima da Silva** - Doutora em Enfermagem. Enfermeira no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: michelinisilva@yahoo.com.br; **Gisele Cristina Manfrini Fernandes** - Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: gisele.manfrini@ufsc.br; **Amanda Santos de Souza** - Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: amandasouza062@gmail.com.

Descritores: Enfermagem Pediátrica; Saúde Mental; Hospitalização.

INTRODUÇÃO: o surgimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes tem crescido de forma progressiva e significativamente nas últimas décadas, compondo um dos grandes desafios de saúde pública no mundo. Os transtornos mentais repercutem no desenvolvimento e na autonomia da criança e do adolescente e apresentam impactos negativos e graves, com repercussões no âmbito familiar, educativo e social. Os problemas de saúde mental que ocasionam grande sofrimento e uma limitação funcional podem interferir na qualidade de vida e produtividade dos envolvidos. Os profissionais atuam de forma a prestar um cuidado integral à criança e ao adolescente, visando considerá-los como um ser singular, inserida em um contexto e com suas particularidades. Os hospitais gerais que possuem unidade de internação pediátrica recebem com maior frequência crianças e adolescentes com transtornos mentais, de acordo com os estudos e pesquisas citados anteriormente. Durante as atividades acadêmicas no Curso de Graduação em Enfermagem e no projeto de extensão realizado na brinquedoteca de uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP), pudemos vivenciar o processo de hospitalização de crianças e adolescentes com transtornos mentais e sua família, bem como os desafios do cuidado integral realizado pela equipe multidisciplinar. Neste sentido torna-se importante a realização de estudos na área de saúde mental para aprofundar e avançar na

identificação das reais demandas neste cuidado, de acordo com as necessidades da criança, do adolescente e sua família. Assim, o estudo objetivou descrever a experiência da equipe multidisciplinar no cuidado às crianças e aos adolescentes hospitalizados com transtornos mentais.

MÉTODO: trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital público do sul do país. Participaram do estudo 17 profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, dentre eles: 5 enfermeiros(as), 8 técnicos(as) de enfermagem, 2 psicólogas, 1 assistente social e 1 pedagoga. Os critérios de inclusão foram: estar atuando, no mínimo, um mês na unidade e os critérios de exclusão: estar em período de férias, licença para tratamento de saúde, licença gestação, licença prêmio, e/ou atestado médico no período de coleta de dados. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019, através de entrevista semiestruturada, individualizada, no local de trabalho dos profissionais. Na análise de dados utilizou-se a Análise Temática proposta por Minayo (2014). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição e obteve parecer favorável, sob o parecer nº 2941341e o CAAE 93684318200000121. **RESULTADOS:** a partir das entrevistas e análise dos dados emergiu a categoria: “Cuidar da criança e do adolescente com transtorno mental: um desafio diário”, que foi desdobrada em: “muitas vezes é difícil cuidar”. Os resultados da pesquisa evidenciaram que os profissionais que compõem a equipe multiprofissional possuem uma experiência difícil em relação ao cuidado prestado às crianças e adolescentes com transtornos mentais. Enfatizou-se que as dificuldades encontradas partem de todos os profissionais e que o diagnóstico em saúde mental é um fator complicador para a realização da assistência. O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes apresentam algumas barreiras e dificuldades que precisam ser enfrentadas e superadas para o alcance de uma prática efetiva. Com isto, a atuação em equipe é fundamental, mas também desafiadora, visto que a interação na equipe multidisciplinar deve reforçar as relações interpessoais para prestar um melhor cuidado e criar vínculo com os pacientes. O desafio destes profissionais também está relacionado à participação e a abordagem à família, considerando a especificidade da criança e do adolescente. Estes quando são hospitalizados encontram-se acompanhados de familiares ou responsáveis, o que também implica em um cuidado que deve ser prestado de forma integral, visto que os acompanhantes também necessitam de atenção. A presença do familiar gera segurança e conforto emocional para a criança e adolescente, além de poder observar e intervir auxiliando a equipe. A necessidade de encaminhamento após a alta hospitalar foi um aspecto apontado pelos profissionais e que também gera dificuldades no cuidado destas crianças e adolescentes. Para que a continuidade deste cuidado em saúde mental seja garantida à criança, ao adolescente e familiares após a alta hospitalar, é necessário um fortalecimento da rede e uma articulação entre os

serviços de saúde da atenção primária, secundária e terciária, garantindo uma estruturação de uma rede de cuidados adequado. Os impactos emocionais durante a realização dos cuidados com as crianças e adolescentes com transtornos mentais foram citados como um desafio. Com as dificuldades diárias, os sentimentos de medo, frustração e a insegurança no cenário de cuidado podem desencadear em desequilíbrios para a saúde mental dos profissionais envolvidos neste cuidado. Um estudo enfatiza que os profissionais da área da saúde podem ter consequências na saúde física e emocional e isto pode afetar em suas relações pessoais e de trabalho. A carga emocional do profissional pode refletir no seu dia a dia de trabalho e é importante fazer a reflexão de que o cuidador precisa estar bem para prestar um cuidado que seja efetivo a estes pacientes. **CONCLUSÃO:** Os resultados ressaltam a importância de uma equipe multidisciplinar no cuidado integral às crianças, aos adolescentes e familiares. Além disto, traz a urgente necessidade de reflexão, discussão e definição do cuidado prestado à criança e ao adolescente com transtorno mental. Os resultados podem subsidiar coordenadores da linha de cuidado em saúde da criança e do adolescente para (re)organizá-la e contribuir para o planejamento de ações que favoreçam a composição do cuidado às crianças e aos adolescentes com transtornos mentais e sua família na unidade. Também mostra a importância da atenção em saúde mental para os profissionais, sendo que estes necessitam de cuidados para poder oferecer uma assistência integral às crianças e adolescentes com transtornos mentais. Apresentou como limitação a ausência de representatividade da equipe médica, considerando a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar na área de saúde mental.

REFERÊNCIAS:

Campelo, LLCR; Costa, SME; Colvero, LA. **Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa.** 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-196.pdf>. Acesso em: 16 maio 2019.

Castan, JU; Junges, N; Cunegatto, FR. **O psicodiagnóstico no trabalho em equipe multiprofissional em unidade de internação psiquiátrica de crianças e adolescentes em hospital geral.** 2015. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3143/2322>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

Fatori, D et al. **Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária.** 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000903013&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2019.

Júnior, JMP et al. **Formação em saúde mental e atuação profissional no âmbito do hospital psiquiátrico.** 2016. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Miranda5/publication/308928989_formacao_em_saude_mental_e_atuacao_profissional_no_ambito_do_hospital_psiquiatrico/links/57f7fb1608ae8da3ce5913c4/formacao-em-saude-mental-e-atuacao-profissional-no-ambito-do-hospital-psiquiatrico.pdf>. Acesso em: 16 maio 2019.

Martellet, EC; Motta, RF; Carpes, AD. **A saúde mental dos profissionais da saúde e o programa de educação pelo trabalho.** 2014. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00637.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2019.

Moll, MF et al. **O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde.** 2017. Disponível em:
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11881/14338>>. Acesso em: 21 maio 2019.

Moura, M et al. **Psicopatologia na infância: levantamento epidemiológico.** 2017. disponível em:
<<http://www.gazetamedica.com/index.php/gazeta/article/view/135/96>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

Santos, MC. **Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: identificar, avaliar e intervir.** 2015. Disponível em:
<https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/51316529/SAUDE_MENTAL_EM_CRIANCAS.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1555445562&Signature=cnRrs8B9wURT%2BXP%2BKbXnnExy9A%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSAUDE_MENTAL_EM_CRIANCAS.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

Santos, PM et al. **Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada.** 2016. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0646.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

Suguyama, P; Buzzo, LST; Oliveira, MLF. **Desvelando a vivência da equipe multiprofissional no cuidar do paciente esquizofrênico.** 2016. Disponível em:
<<http://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/viewFile/4574/2750>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

Título: Análise da cobertura vacinal da grande Florianópolis no período de 2014 a 2018: desafios e perspectivas

Autores: Jaini Baschirotto Perin – Acadêmica de Enfermagem – UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: jainiitec.enf@gmail.com; **Graziella Luzia Wernke** – Acadêmica de Enfermagem – UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: grasibn@hotmail.com; **Silvana dos Santos Ismera Saturnino** – Acadêmica de Enfermagem – UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: silvanasaturninoismera@hotmail.com; **Karine Lunardi** – Acadêmica de Enfermagem – UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: karinelunardi@hotmail.com; **Greice Lessa** – Doutora em Enfermagem – UNIBAVE, Orleans/SC. E-mail: greicelessa@hotmail.com.

Descritores: Enfermagem, Saúde da Criança, Imunização.

INTRODUÇÃO: o Programa Nacional de Imunização (PNI) brasileiro criado em 1973 é reconhecido mundialmente pela efetividade em imunização, tem por objetivo a erradicação e controle de doenças imunopreveníveis em todas as faixas etárias, atuando por meio de normatização, implantação e supervisão de políticas e ações de imunização. Atualmente disponibiliza mais de 19 tipos de vacina em diferentes esquemas vacinais, sendo que a maior parte constitui o calendário vacinal infantil, visto que as crianças são mais susceptíveis a contrair doenças. Para identificar o nível de adesão vacinal, o programa conta com a estratégia de cobertura vacinal, que consiste em um indicador de vacinas aplicadas em uma população alvo, de acordo com as metas determinadas, com variantes entre 90 a 95% de cobertura conforme vacina, esse dado vacinal é de extrema importância para reavaliar e realizar diferentes estratégias de imunizar. A cobertura vacina infantil desde a década de 1990 apresentou valores positivos, acima de 95%, porém esse percentual tem diminuído nos últimos anos e conseqüentemente, houve um aumento da mortalidade infantil e novos casos de doenças já erradicadas no Brasil, a exemplo do sarampo. Nesse sentido, este estudo torna-se importante para discutir quais os desafios presentes para a imunização, com foco na cobertura vacinal infantil, e assim rever novas abordagens de imunizar. Diante disso, originou-se a seguinte questão norteadora: Qual a cobertura vacina na grande Florianópolis? O objetivo desse trabalho é apresentar os índices de cobertura vacinal infantil da região da Grande Florianópolis no período de 2014 a 2018. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativo baseado em dados obtidos pelo Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados foram coletados no mês de agosto de 2019, relativos ao calendário vacinal infantil, de 0 a 4 anos, consolidados por meio de uma tabulação do programa TABNET, apresentados em valores absolutos referentes ao percentual esperado de cobertura. A partir

da análise de dados, percebe-se que os índices estão significativamente inferiores ao percentual estabelecido em todas as vacinas do esquema vacinal infantil. No esquema vacinal de 0 a 6 meses, os menores indicadores são da vacina pneumocócica 10 valente (81,85) com esquema de 3 doses (2, 4 e 12 meses) e pentavalente (83,42) com esquema de 3 doses (2, 4 e 6 meses), assim como outras vacinas, essas podem ocasionar reações adversas como dor e febre, devido a isso muitos pais apresentam ressentimento de dor e medo de reações adversas, outro ponto é o fato de ser vacinas com múltiplas doses o que leva os pais a acreditar que não ter necessidade de novos reforços. As menores coberturas do calendário vacinal infantil são da vacina contra Febre Amarela (6,17) recomendado aplicação com 9 meses; E em crianças de 15 meses com valores de 70,30 (Tetra -viral), 72,56 (Tríplice Bacteriana - DTP), 72,77 (Hepatite A), e 74,53 (vacina oral contra Poliemielite - VOP), no entanto os dados mais preocupantes são em crianças com 4 anos, com valores de 2,15 para vacina DTP e 0,19 para VOP, esse atraso vacinal está relacionado a fatores socioeconômicos e culturais, tais como a jornada de trabalho coincidir com o horário de atendimento da unidade de saúde, distância até a unidade e gastos com deslocamento, pais muito jovens que não possuem maturidade sobre das responsabilidades com o cuidado a criança, baixo nível de escolaridade das mães que consequentemente dificulta o entendimento, visto que pais com maior escolaridade apresentam menor atraso vacinal das crianças. Por outro lado, a falta de imunobiológicos nas salas influenciam o atraso vacinal, visto a dificuldade de comparecimento exposta pelos pais. Além disso, a relatos de indicação médica para atrasar a vacina ou não realizá-la, justificando que vacinas atenuadas como tríplice viral(VTV), varicela e febre amarela (FA), podem desencadear reações adversas mais graves devido a pouca idade da criança, oque leva os pais a hesitar a vacinação, no entanto, essa contraindicação médica é totalmente errônea e contraditória as recomendações do Ministério da saúde em que os únicos casos contraindicados a vacinação por vacinas atenuadas são portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida, neoplasias malignas, pessoas submetidas a drogas imunodepressoras como quimioterapia e radioterapia, ou uso de corticosteroide contínuo. Nesse contexto de informações, os movimentos antivacinas, fake-news, ou informações midiáticas distorcidas, e mesmo orientação profissional de forma conflua promove a população um entendimento falho de vacinação e consequentemente o atraso ou recusa vacinal. Vale ressaltar que a baixa cobertura vacinal sofre influência da vacinação em rede privada, visto que as vacinas aplicadas nessa rede não fazem parte do calendário vacinal do Ministério da Saúde. Além disso, os profissionais de enfermagem das Estratégias da saúde da Família (ESFs), durante consultas de puericultura se atentam a situação vacinal da criança, aproveitando a oportunidade de vacinação, no entanto, quando esse acompanhamento puerperal ocorre em redes privadas não há essa observação ou os pais são orientados a realizar vacinação em redes privadas. Com base

no estudo, percebe-se que a cobertura vacinal na região da Grande Florianópolis é extremamente preocupante, e que está relacionada a diferentes fatores socioeconômicos e culturais, o que ressalta a importância de reavaliar e promover diferentes estratégias de imunização, de transmitir a informação de forma clara e concisa por diferentes meios de comunicação. Os profissionais de enfermagem têm grande valor na prevenção e promoção da saúde, sendo assim de extrema relevância participar das atualizações vacinais frequentemente para que se tenha empoderamento em esclarecer todas as dúvidas, e conscientizar a população sobre o direito e a importância da vacinação. Sugere-se ainda, uma melhor investigação das características sociodemográficas, a fim de desenvolver um melhor planejamento de ações mais efetivas de acordo com os desafios inerentes.

REFERÊNCIAS:

Andrade, DRS; Lorenzini, E; Silva, EF. Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 94-100, mar. 2014. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141485362014000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 31 ago. 2019.

Barros, MGM et al. Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 701-710, dez. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742015000400012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 02 set. 2019.

Carvalho, IVRL et al. Conhecimento das mães a respeito das vacinas administradas no primeiro ano de vida. **Rev. Bras. Cienc. Saúde**, v 19, n. 3, p. 205-210, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/15885/15071>. Acesso em: 01 set. 2019.

Fernandes, ACN et al. Análise da situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina (PI). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 870-882, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2015000400870&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações. 2014 a 2018. **Dados cobertura Santa Catarina**. Disponível em www.datasus.gov.br. Acesso em 30 ago. 2019.

Sato, APS. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 96, 2018. Disponível em:



http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102018000100601&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 set. 2019.

Siewert, JS et al. Motivos da não adesão de crianças à campanha de vacinação contra a influenza. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 23, n. 3, e53788, 2018. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414853620180003-00306&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 set. 2019.

Silva, FS et al. Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, 00041717, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X20180003050-12&lng=en&nrm=iso. Acesso: 02 set. 2019.

Vieira, DS et al. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 4, e4890017, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000400318&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 ago. 2019.

Título: Musicoterapia aplicada a assistência de enfermagem em pacientes pediátricos

Autores: **Morgana Da Silva Del Canalle** - Enfermeira. HST. Braço do Norte/SC. Email: morgana81@hotmail.com; **Elenir Cristiane Allein Baggio**. Técnica em Enfermagem. HST. Braço do Norte/SC. Email: cristianebaggio@hotmail.com; **Evilasio Barcelos** - Enfermeiro Obstetra. HST. Braço do Norte/SC. Email: maternidade@hospitalsantateresinha.org.br; **Taynara Goulart Veronez** - Enfermeira. HST. Braço do Norte/SC. Email: goularttaynara0@gmail.com; **Vitor Hugo Abitante** - Diretor Geral. HST. Braço do Norte/SC. Email: vitorabitante@hospitalsantateresinha.org.br.

Descritores: Musicoterapia. Enfermagem. Pediatria.

INTRODUÇÃO: existem relatos muito antigos de que a música faz bem para a saúde do ser humano, desde o período de antes de Cristo. A musicoterapia é uma maneira de utilizar os sons como forma auxiliar do tratamento hospitalar, da reabilitação ou da prevenção de doenças, promovendo o bem-estar do paciente assistido na instituição. O trabalho foi iniciado e realizado devido ao grande número de pacientes pediátricos atendidos no Hospital Santa Teresinha, o qual foi fundado em 30 de junho de 1935, o primeiro a ser construído na região, fato que repercutiu positivamente, pois passou a atender toda a população da região do Vale do Braço do Norte. O Hospital Santa Teresinha mantém sua sede na Rua Jacob Batista Uliano, °1370, cidade de Braço do Norte - SC, é mantido pela Sociedade Beneficente Santa Teresinha, de caráter eminentemente filantrópico. Tem como missão promover a saúde com qualificação profissional e atendimento humanizado, como visão, ser referência na região do Vale do Braço do Norte em média complexidade com excelência no atendimento, seus valores são, comprometimento, respeito e ética, tendo como negócio, compromisso e determinação a serviço da vida. A instituição tem portal transparência e projeto em aprovação para aumento da estrutura e leitos de UTI adulto, para melhor atender a população, conta atualmente com 2 setores de internação clínica e cirúrgica, pronto atendimento, maternidade, centro cirúrgico, pediatria, um total de 74 leitos, sendo 15 destinados a pediatria e 12 leitos destinados a maternidade, atendendo pacientes SUS, de convênios e particulares. O HST conta ainda com serviços de apoio, Farmácia, Centro de Diagnóstico por Imagem, Ambulatório, Higienização, Hotelaria, Nutrição e Dietética e Ouvidoria. A maternidade atende cerca de 85 partos ao mês, em torno de 700 a 800 nascimentos ao ano, contando com profissionais capacitados e enfermeiros obstetras 24 horas dentro do hospital, e a taxa média de ocupação da pediatria se mantém em 26,96%, a qual conta com um atendimento de enfermagem também especializado e mais 4 médicos pediatras constituem a equipe. O objetivo do trabalho foi levar tranquilidade aos pacientes neonatais e pediátricos atendidos na instituição, e oferecer um atendimento cada vez de

maior qualidade e humanização, levando em consideração que a música faz com que sintamos emoções positivas. **MÉTODO:** é uma pesquisa de abordagem qualitativa e descritiva, classificada como pesquisa bibliográfica e de campo, a qual foi aplicada na prática diária na assistência de enfermagem do berçário e da pediatria, onde os pacientes pediátricos permanecem durante a internação e o nascimento, utilizou-se uma amostra de cerca 30 pacientes pediátricos e 25 pacientes neonatais, no período de maio a agosto de 2019. **RESULTADO:** percebeu-se que ao realizar algum procedimento ou na hora do banho, momentos em que a musicoterapia era aplicada, uma sensação de imensa tranquilidade tomava conta da sala, dos pacientes, dos acompanhantes e também dos profissionais da Equipe de Enfermagem que atuava, onde do total da amostra, apenas 7 pacientes\familiares não conseguiram perceber e se entregar a tranquilidade transmitida no momento. A musicoterapia teve uma aceitação importante e satisfatória entre a Equipe Médica e de Enfermagem, com total apoio da direção do hospital, deixando a jornada de trabalho diária mais leve e tranquila, aos olhos de quem observa a correria de um ambiente hospitalar. A musicoterapia teve objetivo também de fazer o profissional que atende o paciente pediátrico e neonatal a esquecer as demais atribuições e pendências naquele momento, e direcionar toda a sua atenção apenas para aquele momento, que é de suma importância para os familiares que acompanham o paciente, ressaltando que nesses casos, não se atende apenas o paciente, têm-se uma internação coletiva, com os pais, avós, irmãos, tios, primos, todo mundo vive o momento junto, sendo ele feliz, que é o momento do nascimeto, ou um momento de tensão, como nos procedimentos mais invasivos. **CONCLUSÃO:** observou-se que ao utilizar da musicoterapia como forma de tratamento auxiliar, os pacientes neonatais e pediátricos demonstravam uma maior tranquilidade no momento da realização de procedimentos um tanto dolorosos e que acabam causando medo, principalmente na pediatria, por acomodar crianças realmente doentes, já na maternidade os pacientes eram saudáveis, e a musicoterapia utilizada no momento do banho do recém nascido, acalmando além do mesmo, a família, que é parte fundamental do tratamento e período de internação. Além disso, ao modificar a rotina dos pacientes, trouxe também maior tranquilidade e leveza ao trabalho dos profissionais de saúde da instituição, com boa aceitação e elogios por parte da população do Vale de Braço do Norte, a qual é e sempre tem sido de extrema importância para o crescimento do Hospital Santa Teresinha.

REFERÊNCIAS:

Souza, RA. Psicologia viva. **O que é musicoterapia?** Disponível em: <https://www.psicologiaviva.com.br/blog/musicoterapia/>. Acesso em: 10 de agosto 2019.



Hospital Sírio Libanês. **Conheça a musicoterapia e seus benefícios.** Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/imprensa/noticias/Paginas/Conhe%C3%A7a-a-musicoterapia-e-seus-benef%C3%ADcios.aspx>. Acesso em: 19\06\2019.

Gil, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009. p.175

Gil, AC. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Marconi, MA; Lakatos, EM. **Técnicas de pesquisa.** In: Lakatos, EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 7 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2010. p. 157-197.

Título: Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com queimaduras agudas atendidos em consulta de enfermagem ambulatorial

Autores: Paola Gama Almeida - Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre do curso de graduação em enfermagem e Membro do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde às Pessoas em condições Crônicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Bolsista de Iniciação científica do Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica - PIBIC/CNPq 2018/2019. e-mail - paolagamapd@gmail.com;
Letícia Machado Ferreira - Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre do curso de graduação em enfermagem e Membro do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde às Pessoas em condições Crônicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Bolsista de Extensão pelo Programa Probolsas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - 2018-2019. e-mail - lelemachadoferrer@gmail.com;
Beatriz Furtuoso Petry - Acadêmica de Enfermagem do 7º semestre do curso de graduação em enfermagem e Membro do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde às Pessoas em condições Crônicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Bolsista de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq,- Processo 105707/2019-8). e-mail- petry.beatrizz@gmail.com;
Natália Gonçalves - Enfermeira. Doutora em Ciências. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem e Pesquisadora do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. e-mail - nataliasjbv@gmail.com;
Maria Elena Echevarría-Guanilo - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor adjunto do Programa de Pós-graduação e Pesquisadora do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoas em Condição Crônica da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. e-mail -elena_meeg@hotmail.com.

INTRODUÇÃO: as queimaduras constituem a maior causa de morbidade dentre lesões traumáticas, elas podem atingir todos os níveis da estrutura corpórea, desde a epiderme até tendões e ossos. Sua gravidade depende do agente causador da lesão e tempo de exposição aos agentes físicos (térmicos, radioativos e elétricos) ou químicos (álcalis, ácidos e compostos orgânicos), mas podem ser causadas também por abrasão, comuns em acidentes automobilísticos. Mulheres e crianças são a população mais atingida, normalmente em ambiente domiciliar, especificamente na cozinha, por líquidos escaldantes. As crianças menores possuem função motora em desenvolvimento e devido à curiosidade da faixa etária torna-se uma população vulnerável a acidentes que causam queimaduras, além disso, os líquidos escaldantes, como água fervente, são mais comuns para essa população. Em geral crianças com mais de 10% de superfície corporal queimada são tratados em centros especializados para o tratamento de queimaduras. O tratamento da vítima de queimadura requer equipe interdisciplinar preparada e qualificada para o suporte total do paciente e sua família, é necessário a compreensão profissional de que não só a vítima está

passando por um momento de sofrimento e estresse, mas todos os envolvidos no processo de cura e reabilitação. Além disso, sequelas pós-queimaduras podem acontecer devido imobilização inadequadas, falta de enxertia precoce, falta de recomendações importantes, tratamento curativo ou psicológico incorreto. Estas lesões podem ocasionar limitações não apenas físicas e funcionais, por cicatrizes espessas, mas também psicológicas e sociais. Embora as queimaduras possam ocasionar todas essas repercussões, na sua grande maioria, podem ser tratadas a nível ambulatorial. **OBJETIVO:** assim, este estudo teve como objetivo caracterizar as crianças e adolescentes que sofreram queimaduras e estavam realizando acompanhamento ambulatorial. **MÉTODO:** estudo quantitativo, descritivo e longitudinal. Os dados foram coletados por meio de entrevista direta, utilizando-se de um instrumento norteador para a consulta de enfermagem, previamente desenvolvido. A entrevista era realizada antes ou depois da consulta médica, em ambiente privativo. O período de coleta de dados se deu entre dezembro de 2018 e junho de 2019, no ambulatório especializado em queimaduras, no Sul do país. Foram incluídos crianças e adolescentes, até 15 anos, que se queimaram e estavam em tratamento agudo do trauma, bem como seus responsáveis. Os dados foram digitados no programa SPSS e analisados em estatística descritiva. O estudo recebeu aprovação do Comitê de ética e pesquisa local (CAAE: 90838318830015361). **RESULTADOS:** trinta e cinco crianças participaram da pesquisa no período de coleta, sendo 22 (63%) do sexo masculino e 13 (37%) do sexo feminino. A idade variou de seis a 161 meses, tendo uma média de 39,6 meses, sendo a idade máxima de 13 anos e 4 meses e a média de três anos e três meses. O tempo de estudo dos entrevistados variou de zero a sete anos, razão pela qual 83% não possuía nenhum grau de escolaridade. Em relação à religião autodeclarada pelos responsáveis no momento da entrevista, destacou-se a católica e o ateísmo, com 13 (39,3%) cada. Quatorze (40%) das crianças moravam com pais e mães, 13 (37,1%) com pais, mães e irmãos e seis (17,1%), apenas com as mães. Culturalmente no Brasil, os meninos são educados a participar de brincadeiras e atividades de maior risco mesmo quando distantes da supervisão de adultos. Além disso, observa-se que queimaduras em crianças ocorrem em casa, principalmente na cozinha. Nos relatos dos pais, na descrição do ocorrido, tem-se o acidente ocorrer em fração de segundos, quando a criança puxa para si o objeto com líquido quente. Esses dados também são encontrados na literatura nacional. Ainda, esses autores descrevem que a imaturidade física e mental, a tendência a imitar comportamentos e a curiosidade relacionada a idade, são fatores que predispõe a ocorrência de queimaduras em crianças. Das 35 entrevistadas, cinco (14,3%) já haviam se queimado anteriormente, três (8,6%) apresentavam algum tipo de alergia, sete (20%) apresentaram alguma comorbidade, relacionadas a problemas neurológicos ou respiratórios e oito crianças (22,9%) já tinham sido internadas previamente dados outras situações de saúde. Em relação a uso de terapia alternativas, como chás, pomadas, benzedadeiras, entre

outros, oito crianças faziam uso. Considerando os aspectos do trauma, o principal agente causador das queimaduras foi o líquido escaldante 24 dos 35 entrevistados, totalizando 68,6 %, seguido de três (8,6%) casos por chama e por 01 (2,9%) por causa elétrica e 07 (20%) por outros agentes. Trinta acidentes (85,7%) ocorreram em casa, um (2,9%) na rua e quatro (11,4%) em outros ambientes. As áreas corporais afetadas com maior predomínio foram: cabeça e pescoço (n=4;12%), tronco e/ou abdome (n=6; 18,2%); tronco posterior (n=5;15,2%); braço esquerdo (n=5; 15,2%); mão direita (n=6; 18,2%); mão esquerda (n=8; 23,5%); coxa direita (n=6; 18,2%); pé esquerdo (n=8; 24,2%) e pé direito (n=6; 18,2%), sendo que as crianças poderiam apresentar mais de uma área afetada. A média da superfície corporal queimada foi de 4,65% (D.P.= 3,8). Houve predomínio de queimadura de espessura parcial profunda (n=9; 30%), seguida de espessura parcial superficial e mista (parcial e profunda), com n=8 (26,7%) cada. Por se tratar de queimaduras agudas, ressalta-se que todos estavam realizando curativos para o fechamento das lesões. Assim, em relação às coberturas, a mais utilizada foi o AGE, em 18 pacientes (52,9%), o que pode ser justificado pelo número de crianças com queimaduras de espessura parcial superficial, mas também pelo estágio em que se encontrava a lesão no momento da entrevista. Outros agentes tópicos como a desbridante enzimático (n=08; 23,5%), espuma com prata (n= 04; 11,8%) foram os mais utilizados. Em queimaduras mais profundas, recomenda-se a utilização de coberturas com prata para evitar infecções. Segundo Pedro et al, (2014) os dados brasileiros acerca das queimaduras não são precisos, pois o registro desse trauma está inserido em um grande grupo de causas externas e não há um sistema nacional de notificação de queimaduras no país. Por isso, estudos científicos descritivos acerca destes acidentes agregam e podem identificar situações potencialmente previstas a fim de evitá-las, dando mais suporte a estratégias de prevenção. **CONCLUSÃO:** este estudo possibilitou a obtenção de informações sobre a prevalência e características de acidentes infantis por queimaduras. Dados como estes possibilitam a criação de estratégias de educação em saúde mais eficazes e direcionadas a realidade situacional da região.

REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 20 p.

Brasche, CT et al. Reconstrução de sequela de queimadura: Relato de caso. **Rev Bras Queimaduras**. São José, v. 14, n. 3, p.233-237, 2015.

Echevarria-Guanilo, ME; Gonçalves, N; Scapin, S. Avaliação e tratamento



de lesões por queimaduras. In: Tristão, FSA; Padilha, MA. **Prevenção e tratamento de lesões cutâneas**: perspectivas para o cuidado. Porto Alegre: Moriá. 2018.

Lacerda, LM et al. Estudo epidemiológico da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo. **Rev Bras Queimaduras**, v.9, n. 3, p. 82-88. 2010.

Machado, LG; Gonçalves, N. Instrumento para consulta de enfermagem à pessoa com queimadura: relato de experiência. In: III Jornada Brasileira DE pesquisa em condições crônicas, 2018, Florianópolis.

Pedro, ICS et al. **Perfil das hospitalizações para o tratamento agudo de crianças**. Anais da III Jornada Brasileira de Pesquisa em Condição Crônica. Florianópolis: Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica, 2018. p. 126-129.

Título: Consulta de puericultura realizada por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Autores: Tamara Tasca Faller - Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Residente em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente. Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná. tamara_faller@hotmail.com.

Descritores: Atenção primária à saúde; saúde da criança; consulta de puericultura.

INTRODUÇÃO: diante do histórico das políticas e ações voltadas para promoção da saúde da criança a consulta de puericultura destaca-se como uma das mais efetivas ações existentes atualmente, para promoção da saúde da criança e detecção precoce de possíveis agravos, de forma que esta criança se torne um adulto saudável. Tendo em vista esta importância da consulta de puericultura para acompanhar o crescimento da criança e garantir prevenção do adoecimento e/ou diagnóstico e tratamento precoce de patologias, questiona-se se a consulta de puericultura desenvolvida pelo profissional enfermeiro compreende orientações suficientes e adequadas e ocorre como o preconizado, para o melhor acompanhamento da criança. Assim este estudo teve como objetivo avaliar a consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro, identificando as características de seu processo de desenvolvimento. **MATERIAIS E MÉTODOS:** pesquisa descritiva, exploratória e transversal e quantitativa de acordo com sua finalidade. A população alvo desta pesquisa foram enfermeiros vinculados às 11 Unidades de Saúde da Família, da área urbana do município onde a pesquisa ocorreu. Os dados foram colhidos por meio de instrumento testado quanto ao seu conteúdo e forma, no período de julho a agosto de 2017, em oito unidades de saúde da família do município de Cascavel, Paraná. A técnica de coleta de dados foi a observação não participante, aplicada durante as consultas de enfermagem em puericultura. Os dados foram organizados para análise estatística descritiva. Este estudo deu-se em conformidade com a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob parecer nº 1.999.973. Todos os sujeitos participantes desta pesquisa encontravam-se cientes e assinaram termo de consentimento livre esclarecido em duas vias de igual teor. **RESULTADOS:** após a coleta de dados emergiram dos resultados como pontos de maior relevância, o acolhimento, anamnese e histórico de enfermagem, avaliação do crescimento, exame físico, avaliação da situação vacinal, educação em saúde e registros na Carteira de Saúde da Criança – CSC. Desta forma os resultados obtidos nessas categorias demonstraram que o acolhimento da criança e seu cuidador ocorre em consonância com as

premissas da saúde da família haja visto que o binômio mãe/bebê é recebido de forma acolhedora em 100% das observações, contudo são reconhecidos pelo nome em 56% das vezes. No âmbito do acolhimento, a Política Nacional de Humanização traz que este deve sustentar a relação entre equipe de saúde e usuários, com o objetivo de construir uma relação de confiança e vínculo entre esses indivíduos. Quanto à anamnese e o histórico de enfermagem, a maioria dos questionamentos foi referente às intercorrências com as crianças, que ocorreu em 81,2% das observações, 37,5% perguntam sobre o desenvolvimento da criança. Sobre os cuidados com a criança, predominou a interrogação sobre alimentação, (100%), assim como a solicitação da CSC para avaliação. O aspecto menos avaliado diz respeito aos hábitos de higiene com a criança (18,7%). Souto, et al. (2014) apontam em seu estudo que as consultas de enfermagem voltadas a criança ainda estão centradas neste modelo biomédico de atenção, para ele tanto para a população como para os profissionais o foco da consulta está apenas no contexto tratamento-doença. Tal afirmação corrobora com o presente estudo, onde predominaram os questionamentos com o foco biológico, e ficaram enfraquecidos os de cunho social e afetivo. A avaliação do crescimento ocorre conforme o preconizado, as unidades se encontram bem equipadas para tal, no entanto, por vezes é ignorada a importância de medidas como os perímetros torácico e abdominal. O exame físico da criança se mostrou incompleto. Segundo Santos, Veiga e Andrade (2011), o exame físico é uma ferramenta que permite ao enfermeiro, identificar problemas, para em seguida implementar ações resolutivas ao paciente e posteriormente fazer o acompanhamento da evolução deste. Assim, o exame físico deve ser realizado de forma sistematizada, preferencialmente céfalo-caudal, com uma revisão minuciosa e detalhada de todos os segmentos e regiões corporais para detectar plenamente os problemas identificados e que necessitam de sua intervenção. A avaliação da situação vacinal da criança foi um dos pontos fortes da consulta de puericultura, esta foi avaliada pelo enfermeiro em 100% das vezes, e que em 56,25% dessas avaliações a data da vacina e da consulta de puericultura não coincidem, não havendo necessidade de encaminhamento para sala de vacina. Tal resultado pode estar relacionado a grande efetividade do Programa Nacional de Imunização. No entanto o mesmo não ocorreu com a suplementação de ferro e vitamina A. Apesar de serem programas do Ministério da Saúde, instituídos no país desde o ano de 2005, pelas portarias Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005 e Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005 respectivamente a prescrição desses suplementos foi feita em 12,50% das consultas, e em 50% dessas o enfermeiro fez o encaminhamento da criança para o pediatra de referência, para que este fizesse o fornecimento do suplemento. Não se observou o fornecimento de suplementação de vitamina A para a mãe. Com relação à educação em saúde, as orientações fornecidas também se mostraram insuficientes. Foram observadas orientações apenas sobre alimentação, que ocorreu em 87,50% das vezes, não havendo orientações sobre higiene corporal e sinais de alerta,

nem sobre brincadeiras para estimulação do desenvolvimento com a criança no domicílio e a realização do banho de sol. Em 100% das vezes as orientações foram feitas com linguagem clara e de fácil compreensão, de forma que o enfermeiro se certificou de ter sido compreendido. Os dados da criança gerados durante a consulta de puericultura são registrados na caderneta de saúde da criança e no prontuário em 100% das vezes. Os gráficos de Perímetro Cefálico, Peso X Idade e Comprimento X Idade são registrados adequadamente em todas as consultas, contudo em 50% das vezes não há registro da avaliação dos marcos de desenvolvimento seus devidos gráficos. De acordo com Pedrosa, Souza e Monteiro (2011), os registros de enfermagem não devem ser encarados como uma simples norma burocrática. É preciso entender sua real importância e as implicações decorrentes do não o fazer. **CONCLUSÃO:** a consulta de puericultura realizada por enfermeiros de saúde da família privilegia alguns aspectos, como presença de intercorrências com a criança e sua alimentação, assim como avaliação do crescimento e imunização, enquanto outros como a avaliação do desenvolvimento e orientações próprias a cada faixa etária são realizados de modo incompleto, mesmo com programação e dedicação da agenda para essa atividade.

REFERÊNCIAS:

Barros, AJS; Lehfeld, NAS. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

Brasil. **Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005**. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 13 mai. 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. **Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005**. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 13 mai. 2005c.

Brasil. Ministério da Saúde. Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história [Internet]. 2011a. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.



Pedrosa, KKA; Souza, MFG; Monteiro, AI. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p.568-73.

Santos, N; Veiga, P; Andrade, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p.355-8, mar/abr 2011.

Souto, MC; Zaccara, AAL; Fernandes, MA; Platel, ICS; Albuquerque, TM; Felix, ZC. Consulta de enfermagem para a criança e o idoso: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 18, n. 3, p. 241-248, 2014.

Título: Prevenção de infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes: criação de um jogo de tabuleiro

Autores: **Aline Oliveira** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. Joinville – SC. E-mail: ana.b_c@hotmail.com; **Ana Beatriz Bruns Camacho** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. Joinville – SC. E-mail: ana.b_c@hotmail.com; **Eloisa Sabatke** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. Joinville – SC. E-mail: ana.b_c@hotmail.com; **Leticia Medeiros dos Passos** - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IELUSC. Joinville – SC. E-mail: ana.b_c@hotmail.com; **Lidiane Ferreira Schultz** - Enfermeira. Dotouranda em Saúde e Meio Ambiente pela UNIVILLE. Docente Adjunta da Faculdade IELUSC. Joinville – SC. E-mail: lidiane.schultz@ielusc.br

INTRODUÇÃO: a Organização Mundial da Saúde estima a ocorrência de mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) por dia no mundo. Aproximadamente 376 milhões de novas infecções por ano entre as quatro infecções clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase acometem a população. O comportamento de risco sexual na adolescência constitui um grave problema de saúde pública, aumentando suas disparidades de saúde, gastos públicos, riscos de infecções sexualmente transmissíveis entre outros fatores associados direto e indiretamente, de imediato ou tardio com o processo de adoecimento e tratamento destas infecções. No Brasil, as ISTs não são de notificação compulsórias dificultado sua real dimensão e complicações associadas, além da escassez de estudos sentinelas e de base populacional. É importante que adolescentes e jovens sejam orientados em relação às suas práticas sexuais, anatomia, empoderamento, autoestima, comportamento de risco e educação sexual proporcionando acesso a informações sobre diferentes aspectos da sexualidade. Políticas, programas e estratégias que são fundamentados em mudança de comportamento e que incluem informações precisas sobre temáticas diversificadas e que apresentam a sexualidade em uma perspectiva positiva, visando melhorar as habilidades e valores dos adolescentes são descritas como fundamentais para redução da morbidade e mortalidade por essas causas. Assim, faz-se necessário elaborar e utilizar instrumentos e materiais para educar, conscientizar e assistir os adolescentes sobre o autocuidado e o sexo seguro. Na atualidade, o uso de materiais lúdicos, jogos e aplicativos móveis projetados para educação em saúde sexual é uma estratégia que precisa ser ampliada por profissionais de saúde pois têm o potencial de atingir adolescentes e jovens adultos. A realização da educação em saúde pelo enfermeiro proporciona autonomia e conhecimento para promover a qualidade de vida junto aos adolescentes sendo fundamental a elaboração e incorporação destas tecnologias e instrumentos no cuidado.

OBJETIVO: descrever a criação de um jogo lúdico de tabuleiro para a prevenção de ISTs. **MÉTODO:** trata-se de um relato de experiência analítico descritivo realizado pelas acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem

de uma instituição de ensino superior localizado em Santa Catarina sobre a elaboração de um jogo de tabuleiro sobre ISTs no ano de 2019. Esta atividade foi desenvolvida para a disciplina de saúde da criança e do adolescente hospitalizado na sétima fase do curso após aprender sobre a temática brincar, brinquedo e brinquedo terapêutico como uma tecnologia de cuidado do enfermeiro. **RESULTADOS:** o jogo de tabuleiro foi pensado à partir dos questionamentos e dúvidas dos adolescentes que fazem parte do convívio familiar das pesquisadoras sobre ISTs, e foi construído após leituras de artigos e literaturas científicas sobre a temática. Todo o desenho, conteúdo científico, estética e regras do jogo de tabuleiro foi elaborado de maneira lúdica, colorida e adequada para a proposta de aplicação. O jogo recebeu o nome de: "Entre Nós", contém um tabuleiro, 04 peões, 02 dados, 01 folheto explicativo e 130 cartas com perguntas e respostas em formato de alternativas de múltiplas escolhas. As cartas do jogo são divididas em seis categorias: sintomas, transmissão, tratamento, prevenção, atualidades e mix. Todas as regras do jogo foram escritas e determinadas e estão registradas em um folheto que encontra-se juntamente com o jogo. O tabuleiro do jogo possui o ponto de início e de término da jogada, sendo campeão aquele que primeiro finalizar a partida. Todo material do jogo criado foi impresso em gráfica. A faixa etária indicada para a aplicação do material são os adolescentes acima de 12 anos de idade, respeitando sempre a aceitação quando for utilizado na prática do enfermeiro. Os locais para utilização do jogo de tabuleiro são diversificados, sendo na unidade básica de saúde, no ambiente hospitalar, brinquedotecas, escola, faculdades e universidades, no domicílio do adolescente juntamente com a família, instituições que abrigam crianças e adolescentes, casa Lar entre outros espaços. Com o jogo de tabuleiro, o profissional enfermeiro poderá aplicar em diferentes abordagens e contextos, desde a avaliação do conhecimento que o adolescente tem sobre ISTs, educação em saúde, formação de vínculo, ações de promoção da saúde, em tratamento de doenças, para o ensino, pesquisas e projetos de extensão nas universidades. **CONCLUSÃO:** a elaboração do jogo possibilitou para os acadêmicos ampliação do conhecimento teórico sobre brincar, brinquedo e brinquedo terapêutico instrucional além das ISTs. Esta atividade também contribuiu para o resgate da criatividade para a formação como enfermeiro, além de tornar-se um projeto para o trabalho de conclusão do curso que será o jogo de tabuleiro em formato eletrônico. Educação sexual baseada em teorias e evidências e que utilizem ferramentas para aplicabilidade prática realizadas de forma lúdica sugerem uma melhor viabilidade do processo de educação em saúde e da efetividade das ações desenvolvidas com adolescentes. Desenvolver materiais, jogos e tecnologias para uso na área da saúde, em especial para educação em saúde para adolescentes faz-se necessário e constitui um desafio a ser conquistado pelo profissional enfermeiro.

Descritores: Jogos e brinquedos, Promoção da saúde, Doença sexualmente transmissível

REFERÊNCIAS:

Organização Mundial da Saúde. **OMS: 1 milhão de novos casos de ISTs curáveis são registrados diariamente no mundo.** 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5958:a-cada-dia-ha-1-milhao-de-novos-casos-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis&Itemid=812. Acesso: 14 de ago de 2019.

Sockolow, P; Joppa, M; ZHU, J. Assessment of Evaluation Frameworks for Design of a Sexual Risk Prevention Game for Black Adolescent Girls. **Stud Health Technol Inform.** 2018; 250:101-105.

Pinto, VM; Basso, CR; Barros, CRS; Gutierrez, EB. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2018. 23(7), 2423-2432. Doi:10.1590/1413-81232018237.20602016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Kalke, KM; Ginossar, T; Shah, SFA; West, AJ. Sex Ed to Go: A Content Analysis of Comprehensive Sexual Education Apps. **Health Education & Behavior.** 2017. 45(4), 581-590. doi:10.1177/1090198117749259.

Fiellin, LE; Kyriakides, TC; Hieftje, KD; Pendergrass, TM; Duncan, LR; Dziura, JD; Fiellin, DA. The design and implementation of a randomized controlled trial of a risk reduction and human immunodeficiency virus prevention videogame intervention in minority adolescents: PlayForward: Elm City Stories. **Clinical Trials: Journal of the Society for Clinical Trials.** 2016. 13(4), 400-408. doi:10.1177/1740774516637871.

Título: Implantação e implementação do processo de enfermagem em unidade pediátrica: uma construção coletiva

Autores: Larissa Jaíne Pinheiro - Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem - bacharelado; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; larie.jainee@outlook.com; **Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt** - Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, julia.bitencourt@uffs.com; **Ariel Larissa Scolari Teixeira** - Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem - bacharelado; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; ariellarissascolari@gmail.com; **Francielli Gomes** - Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem - bacharelado; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; ariellarissascolari@gmail.com.

Descritores: Processo de Enfermagem; Pediatria.

INTRODUÇÃO: a qualificação do cuidado é um dos principais objetivos almejados pela enfermagem, para tal é intrínseca a necessidade de um cuidado baseado em evidências científicas e pautado no raciocínio clínico, que garanta a segurança do paciente e a documentação do trabalho. Desta forma, o Processo de Enfermagem (PE) constitui-se em ferramenta fundamental para alcançar tais resultados, por propiciar uma orientação do cuidado em sequências lógicas, sistematizando a avaliação clínica do paciente, os diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e as intervenções. As referidas etapas do PE são utilizadas baseadas em Sistemas de Classificação de Linguagem (SCL) que norteiam a prática, como por exemplo, NANDA *International* (NANDA -I) para Diagnósticos de Enfermagem (DE), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) para os Resultados de Enfermagem (RE) e *Nursing Interventions Classification* (NIC) para as Intervenções de Enfermagem (IE). O uso de taxonomias é indispensável para que os atributos do PE se concretizem, no entanto, para o cotidiano da assistência de enfermagem sua utilização carece de adaptações e ajustes visto que as classificações existentes nestas taxonomias são abrangentes, para justamente dar conta do maior número de situações de saúde da área da enfermagem, portanto a sua operacionalização exige dos profissionais a criação de estruturas que permitam obter das taxonomias os conteúdos que serão efetivamente utilizados considerando-se as especificidades desta assistência. Assim sendo, o objetivo do trabalho consiste em descrever o processo de operacionalização desenvolvido por profissionais, estudantes e docentes para implementar o PE em unidade pediátrica. **MATERIAIS E MÉTODOS:** trata-se de um relato de experiência, assim, para atingir o objetivo proposto, é necessário contextualizar o processo de operacionalização do PE na unidade pediátrica foco do estudo. Dessa forma, destaca-se que em 2016 criou-se a Comissão do

Processo de Enfermagem (COMPENf) junto a um Hospital do Oeste de Santa Catarina, oriunda da parceria entre ensino e serviço, articulada por três instituições de ensino superior (IES) que ofertam o curso de graduação em enfermagem, sendo as ações realizadas, sustentadas por um macro projeto de pesquisa e extensão, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob parecer: 1.836.351, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A implementação do PE iniciou-se através de uma construção coletiva, entre enfermeiros do serviço, docentes das IES e estudantes, de uma matriz, por meio de "rodas de conversa", realizadas nas dependências do hospital a partir de um cronograma de encontros quinzenais. A matriz inclui os DE com base na NANDA-I, os RE da NOC, e as IE da NIC, considerando o perfil epidemiológico e social dos pacientes. Apoiados na matriz, os enfermeiros desenvolviam o PE gerando um formulário denominado NNN que compreende as taxonomias NANDA-I/NOC/NIC. Após a total implementação do PE na unidade, as “rodas de conversa” passaram a ter uma frequência mensal assumindo um caráter formativo, visto que, são desenvolvidos estudos de casos, que permitem analisar a aplicabilidade das etapas do PE e o desenvolvimento do raciocínio clínico. Ademais, a aplicação das etapas do PE é acompanhada através de procedimentos de auditoria. Por fim, a matriz desenvolvida foi compilada em um sistema informatizado. **RESULTADOS:** inicialmente foram oferecidos aos enfermeiros do serviço momentos de orientação, explicação e discussão sobre o que é o PE, suas etapas, como desenvolvê-lo, sua importância para a prática clínica e as possíveis sugestões para sua implantação e implementação. Após a sensibilização, nos encontros quinzenais, iniciou-se a construção do perfil diagnóstico da Unidade com base nos DE da NANDA por meio de rodas de conversa em subgrupos, analisando todos os DE conforme os domínios da taxonomia. Além de discutir sobre a descrição dos diagnósticos, os fatores relacionados e as características definidoras também foram elencadas conforme julgado necessário. De acordo com esses DE construiu-se uma matriz, a qual foi avaliada e problematizada por todo o grupo quanto a sua aplicabilidade clínica. Percebeu-se entre o grupo a necessidade de dividir a matriz em três, conforme a idade dos pacientes, em lactente, pré-escolar e escolar, já que o perfil varia muito. Desta forma, a partir dos DE elencados, iniciou-se o processo de construção do Histórico de Enfermagem (HE), sendo desenvolvido um modelo para cada perfil. Esse movimento contrário favorece a construção do HE, já que para desenvolver um PE com qualidade os fatores relacionados e as características definidoras precisam estar descritos no HE. Seguindo a construção da matriz, os RE com base na NOC foram elencados. A NOC faz uma ligação com os DE da NANDA, assim eram analisados os RE e seus indicadores conforme os DE julgados necessários. Da mesma forma, a NIC faz a ligação com a NANDA, escolhendo desta maneira, as principais IE e atividades de acordo com os DE. Assim que cada etapa era desenvolvida os enfermeiros as aplicavam na prática, até que todas fossem implementadas de

forma contínua. Vale ressaltar, que o setor se organizou, para a execução do PE dividindo os pacientes para os enfermeiros de acordo com os turnos de trabalho, sendo realizado a cada 24 horas. Após a matriz estar finalizada e os enfermeiros aplicarem todas as etapas na prática, evidenciou-se a necessidade de revisões, pensando na sua qualificação, para tal cada DE e seus respectivos resultados, indicadores, intervenções e atividade foram aos poucos sendo revisados pelo grupo, discutindo seus elementos ou a falta deles. Esse movimento permitiu uma adequação entre as etapas, uma vez que as IE devem estar correlacionadas com os RE e com os DE, como um ciclo. Além disso, permitiu a problematização de casos e adequações da teoria com a prática. Mensalmente, estudos de caso eram desenvolvidos já que o PE possibilita o desenvolvimento do raciocínio clínico e seu estudo detalhado. Conforme os procedimentos de auditoria, adequações e instruções também são repassadas. Por fim, alcançou-se a informatização das matrizes desenvolvidas, otimizando sua aplicação. **CONCLUSÃO:** pondera-se que as formas descritas para a operacionalização do PE com enfoque ao cuidado da criança em ambiente hospitalar foi efetiva, uma vez que o PE foi implementado na referida unidade para 100% dos pacientes e conforme os resultados dos procedimentos de auditoria, vem sendo executado integralmente. Atribui-se a isso, a construção coletiva das ferramentas e o trabalho desenvolvido para compreensão da importância do PE através das discussões e estudos de caso.

REFERÊNCIAS:

- Adamy, EK; Metelski, FK; Argenta, C; Silva, OM; Zocche, DAA. Reflexão acerca da interface entre a segurança do paciente e o processo de enfermagem. **Rev Enferm Health Care [online]**, v.1, n.7, p. 272-278, jan-jul 2018.
- Lee, J; Lee, YJ; Bae, J; Seo, M. Registered nurses clinical reasoning skills and reasoning process: A think-aloud study. **Elsevier**, v.46, p. 75-80, nov. 2016.
- Meireles, GOAB; Lopes, MM; Silva, JCF. O conhecimento dos enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 16, n. 1, p. 69-82, 2012.
- Silva, MB; Almeida, MA; Panato, BP; Siqueira, APO; Silva, MP; Reisderfer, L. Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem na evolução de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada. **Rev. Latino-Am. Enf**, v.23, n.1, p. 51-8, jan-fev. 2015.
- Souza, JS. **Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem informatizada em um hospital universitário**. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, 2018.

Título: Realização de testes de acuidade visual: melhorando a qualidade de vida das crianças

Autores: **Ariel Larissa Scolari Teixeira** - Acadêmica da oitava fase do curso de graduação em Enfermagem - Bacharelado; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; ariellarissascolari@gmail.com; **Adriana Cristina Hillesheim** - Mestre em Envelhecimento Humano. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó/SC; adrianahilles@gmail.com; **Francielli Gomes** - Acadêmica da oitava fase do curso de graduação em Enfermagem - Bacharelado; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; francielligomes12@gmail.com; **Larissa Jaíne Pinheiro** - Acadêmica da oitava fase do curso de graduação em Enfermagem - bacharelado; Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; larie_jainee@outlook.com.

Descritores: Crianças; Acuidade Visual; Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO: a visão é um dos principais órgãos do sentido, é através dela que podemos observar o mundo e o universo, descobrir novos caminhos e avançar nas tecnologias. A função visual é exercida pelo órgão da visão chamado de olho, ele capta o espectro da luz e dá origem às imagens. Dentro da área da saúde, especialmente para a Oftalmologia é fundamental a quantificação da visão, assim como a determinação da acuidade visual que é a qualidade da visão. Para se avaliar a qualidade da visão e quantificar um padrão pode-se usar a tabela Snellen, que é padronizada mundialmente. A tabela normalmente utilizada é composta por várias linhas, cada linha possui duas fileiras, a primeira fileira comporta cinco letras e a segunda fileira cinco números. O espaçamento entre linhas é igual ao tamanho das letras, sendo que o tamanho é decrescente, aumentando assim o grau de dificuldade visual. Essa tabela é uma forma de avaliação inicial, a qual é comumente utilizada como um meio de classificação visual, principalmente na infância, para possíveis encaminhamentos oftalmológicos. Um local propício para a aplicação desse teste são as escolas, por meio da atenção primária de saúde, que possui os meios, conhecimentos e pessoal necessário para esse trabalho. Podendo-se constituir um grupo multiprofissional, ou pessoal de enfermagem capacitado para realizar os testes, e a partir destes promover o encaminhamento das crianças com alteração visual ao acompanhamento específico, auxiliando para que não haja progressão na perda visual. Perante o observado, o presente resumo tem por objetivo relatar a atividade que levou a aplicação do teste de acuidade visual de Snellen em uma escola de ensino primário e fundamental, durante Atividades Teórico Práticas do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, no município de Chapecó-SC. **MÉTODOS:** o presente resumo trata-se de um relato de experiência, a partir da aplicação de testes de Snellen, durante Atividades

Teórico Práticas (ATP) no Componente Curricular “Cuidado no Processo de Viver Humano II” no período de maio a julho de 2019. Ministrado como domínio específico da matriz curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, na Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó. O componente abrange, entre outros temas, a saúde da criança, que contempla a saúde no meio escolar. Sendo assim, o presente trabalho relata as atividades desenvolvidas em uma escola com turmas entre quarta e nona série, para análise da acuidade visual dos estudantes. **RESULTADOS:** o âmbito educacional é de grande importância para a promoção da saúde infantil e análise da necessidade de intervenções, tanto pela adesão e disponibilidade das escolas, quanto pela colaboração dos escolares. Este é um meio facilitador para o contato com as crianças e jovens, uma forma de inserção das unidades básicas na esfera social, e auxílio aos mesmos durante o processo de crescimento e desenvolvimento tanto físico quanto psíquico. O envolvimento dos acadêmicos nas atividades dentro da escola promove o vínculo interinstitucional, tornando o processo de continuidade das ações mais efetiva e resolutiva. Pensando nisso, durante as ATP's, se desenvolveram atividades dentro de uma escola, uma destas atividades foi o teste de acuidade visual em todas as crianças do ensino fundamental. O processo para execução dos testes perpassou primeiramente pelo contato com a direção da escola e, assim que autorizada a atividade e selecionado dias e turmas foi realizado o planejamento com a definição do papel de cada estudante durante a realização das atividades, e organizado materiais necessários. No dia programado o grupo se desloca da unidade básica até a escola, lá fora separado uma sala para realização dos exames, com a colocação dos testes na parede, respeitando altura e distância de onde as crianças seriam sentadas. Para cada turma foi elaborada uma lista de chamada para fazer o controle de aplicação do teste, lista esta que ficou posteriormente sob responsabilidade da enfermeira da unidade para controle das atividades desenvolvidas. Em cada turma foi realizada a explicação do que seria realizado e a ordem pela qual se daria os trabalhos, dois estudantes de cada vez cada qual com um acadêmico de enfermagem aplicando o teste e outro marcando os resultados com os valores. Se a criança já usa óculos o teste é realizado com óculos, caso essa criança não realizou consulta oftalmológica há mais de um ano, é orientada a agendar consulta, como da mesma forma que a orientação é passada às crianças que não sabiam possuir uma dificuldade visual e o teste demonstra essa necessidade. Para essas crianças que demonstraram algum grau de dificuldade foi repassado primeiramente um encaminhamento para que os pais sejam orientados a procurar a unidade de saúde de referência para marcação de consulta com oftalmologista. **CONCLUSÃO:** portanto, ressalta-se a importância do vínculo educação-saúde, assim como intervenções de saúde dentro das escolas e comunidade. Também pode-se observar a grande relevância da realização dos testes de visão, tanto para estadiamento da perda de visão, como melhora da qualidade da visão e consequentemente do



cotidiano das crianças. Isso tudo com um teste simples e prático, através de integração entre escola atenção básica e centros de especialização.

REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Caderno Temático do PSE-8: Saúde Ocular**, Brasília, 2016.

Kronbauer, AL; Schor, P; Carvalho, LAV. Medida da visão e testes psicofísicos. **Arq Bras Oftalmol**, Porto Alegre, v.71, n.1, p.122-127, 2008. Disponível em: Acesso em: ago. 2019.

Oliveira, RS; Moraes, SH; Portugal, MEG; Silva, FB. Atuação do Enfermeiro nas Escolas: Desafios e Perspectivas. **Rev. Gestão e Saúde**, Rio Grande do Sul, v.18, n.2, p.10-22, 2018. Disponível em: Acesso em: ago. 2019.

Título: Liga acadêmica de pediatria e Hebiatria em Enfermagem e suas contribuições de um futuro profissional

Autores: Jennifer Clement - Discente da oitava fase do curso graduação em Enfermagem- bacharelado, Autora, Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó, Chapecó/SC, jenni_clement@outlook.com; Crhis Netto de Brum - Doutora em Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Coautora; Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó; Chapecó/SC; crhis.brum@uffs.edu.br; Vitoria Pereira Sabino - Discente da quarta fase do curso graduação em Enfermagem - bacharelado, Coautora, Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó, Chapecó/SC, vitoria.sabino31@outlook.com; Patrícia Aparecida Trentin (Discente da décima fase do curso de graduação em enfermagem - bacharelado, Coautora, Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó, Chapecó/SC, patricia01trentin@hotmail.com; Tayná Bernardino Coutinho - Discente da sexta fase do curso de graduação em Enfermagem - Bacharelado, Coautora, Universidade Federal da Fronteira Sul- Campus Chapecó, Chapecó SC, taynabercoutinho@gmail.com.

Descritores: Ensino; Pediatria; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: a comunidade acadêmica tem um papel fundamental na construção de conhecimento dentro das universidades, compartilhando vivências e aprendizados. Neste contexto, observou-se a necessidade de criar mecanismos para que o acadêmico fosse (co)partícipe neste âmbito, exemplo disso se vê na ampliação dos movimentos de Ligas Acadêmicas, a partir da Liga Acadêmica de Combate à Sífilis, da faculdade de medicina na USP, em 1920. Estas por sua vez, compartilham de um objetivo principal, o qual é suprir lacunas apontadas ao longo do processo formativo, além de atender a demanda dos acadêmicos, uma vez que se observa diferenças entre a rotina do serviço de saúde e o encontrado na literatura científica. Assim, o objetivo do trabalho é relatar a experiência/vivência da Liga acadêmica de Pediatria e Hebiatria em Enfermagem (LAPHE) e suas contribuições para formação de um futuro profissional da área da saúde. **MÉTODO:** a LAPHE foi fundada, em julho de 2018, a partir da demanda de um grupo de acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/SC) participantes do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Evidência no Cuidado em Pediatria e Hebiatria (GEPE-CPDH). A LAPHE, homologada na Pró-reitoria de Graduação e Pesquisa (PROGRAD-UFFS), contou com vinte e um membros e dois professores colaboradores, sendo das instituições UFFS, Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Foram realizadas, durante seu primeiro ano de fundação, três encontros de estudos para membros inscritos, quatro aulas públicas, abertas para os não membros, que

foram ministradas por enfermeiras dos serviços de saúde do município em conjunto com professores e três ações de extensão, que tem como principal objetivo inserir os membros da liga no cotidiano dos serviços de saúde e aplicar os conhecimentos adquiridos. **RESULTADOS:** de início, a mobilização para que a ideia saísse do papel organizou-se para além dos estudos da enfermagem, pois necessitou de conhecimento de demais áreas como: direito, administração, comunicação entre outras, impelindo o grupo a buscar novos conhecimentos e métodos, expandindo os olhares e incentivando as potencialidades de cada um para ademais da área de atuação do enfermeiro. Após concretizada, a liga pôde abranger os seguintes temas: Prevenção de parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar em pediatria; abordagens sobre crianças e adolescentes vivendo com o HIV, oncologia pediatria e Terapia Assistida por Animais, sendo estes os temas das aulas abertas ao público externo. As aulas abertas contaram com a participação de acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina, pedagogia, engenharia ambiental, administração, fisioterapia entre outras. Destaca-se que LAPHE organiza-se em três eixos: ensino: atendida pelas aulas públicas e encontros de estudo de caso e estudo sobre fases do desenvolvimento, brinquedo terapêutico e NANDA/NIC/NOC em Unidade de Terapia Intensiva Infantil; na pesquisa: a qual se encontra em discussão a fim de abordar o conhecimento sobre a liga no meio acadêmico; e na extensão: com a qual se realizaram três atividades em formato de intervenções explanando os seguintes temas: A relevância do aleitamento materno para os familiares de crianças hospitalizadas; Dezembro Vermelho e ações no serviço de acolhimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. As ações realizadas foram desenvolvidas em colaboração com Programas e Projetos extensionistas da instituição: Projeto de Extensão Enferma-Ria: a palhacaria como ferramenta na promoção da saúde da criança e do adolescente; Datas Comemorativas no âmbito da Saúde: Ações de Promoção à Saúde e Prevenção de Agravos e com o Programa Cãopanheiro: promovendo a saúde e a qualidade de vida das crianças e adolescentes por meio da terapia assistida por animais, respectivamente. Além disso, uma das formas de divulgar, organizar e desenvolver atividades de aspecto educacional, foi a criação uma rede de colaboradores, essa estabelecida por meio de parcerias com as demais Ligas Acadêmicas da instituição e Centro Acadêmico, possibilitando realizar posteriores atividades associadamente. As Ligas Acadêmicas atuam para sanar o desejo e a necessidade de contato com a prática, de integração e identificação com um grupo e o reconhecimento de si como adulto e futuro profissional, pleno da capacidade crítica-reflexiva para as tomadas de decisões dentro do ambiente de trabalho para que as demandas dos serviços públicos de saúde sejam atendidas. A produção e envolvimento acadêmico trouxe inúmeros benefícios, como o desenvolvimento prático e de trabalho em equipe, habilidade em comunicação além do aprimoramento do conhecimento da capacidade crítica-reflexiva das atividades privativas do enfermeiro, para os

participantes e foi notório o crescimento em conhecimento em diversos assuntos dentro da área da enfermagem. **CONCLUSÃO:** a LAPHE está conquistando o seu espaço dentro da Universidade, possibilitando aos acadêmicos e docentes uma integração e desenvolvimento de conhecimento, proporcionando o crescimento pessoal, acadêmico e profissional. Além disso, quando pensamos no tripé educacional que envolve ensino, pesquisa e extensão, entendemos que as atividades acadêmicas possuem relevância social, uma vez que a comunidade está inserida diretamente nas atividades, produzindo e (re) significando o conhecimento, e por vezes, transformando o aprendizado em científico, contribuindo para a disseminação de informações e o conhecimento para além do ambiente institucional de ensino. Portanto, se faz necessário o investimento e planejamento de mais ações envolvendo as ligas, para que desta forma haja possibilidades de construção do conhecimento de forma cada vez mais qualificada e científica, possibilitando assim, uma maior visibilidade e devolutiva social, favorecendo para além do futuro profissional individual, mas sim, aperfeiçoando o coletivo.

REFERÊNCIAS

- Cavalcante, ASP et al. As Ligas Acadêmicas na Área da Saúde: Lacunas do Conhecimento na Produção Científica Brasileira. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 199-206, jan. 2018.
- Burjato, JD. **História da liga de combate à sífilis e a evolução da sífilis na cidade de São Paulo (1920-1995)**. São Paulo; 1999. Mestrado [Dissertação] – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.