

**II JOCAS JORNADA DE CONDIÇÕES
AGUDAS DE SAÚDE 2015**



**II Jornada de Condições Agudas de
Saúde – JOCAS**

24 e 25 de setembro 2015

Bloco H - Centro de Ciências de Saúde CCS/UFSC - Campus Florianópolis

ANAIS

FLORIANÓPOLIS, 24 e 25 DE SETEMBRO DE 2015

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

J82a Jornada de Condições Agudas de Saúde - JOCAS (2. : 2015 : Florianópolis, SC)

Anais da II Jornada de Condições Agudas de Saúde - JOCAS / coordenação geral Eliane Regina Pereira do Nascimento ... [et al.]. – Florianópolis : UFSC, 2015. 72 p.

Evento realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, nos dias 24 e 25 de setembro de 2015.

Promoção do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde – GEASS

1. Enfermagem. 2. Condições agudas de saúde. I. Nascimento, Eliane Regina Pereira do. II. Título.

CDU: 616-083



PROMOÇÃO

Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC
Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde- GEASS

PATROCINIO

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina- FAPESC
Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC

APOIO

Departamento de Enfermagem da UFSC
Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC
Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn -Seção Santa Catarina
Conselho Regional de Enfermagem - COREn-Seção Santa Catarina

COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenação Geral

Eliane Regina Pereira do Nascimento (presidente da Jornada)
Kátia Cilene Godinho Bertencello (vice-presidente a Jornada)
Sabrina Guterres da Silva (presidente da Comissão Científica)
Luciana Hagemann (presidente da Comissão Local e Secretária)
Maíra Antonello Rasia (presidente da Comissão de Divulgação)

Comissão Científica

Sabrina Guterres da Silva
Patrícia Madalena Hermida
Keyla Nascimento
Mirela Schmidt Virgilio

Comissão Local e Secretaria:

Luciana Hagemann
Sabrina Regina Martins
Sarah Soares Barbosa

Comissão Divulgação:

Maíra Antonello Rasia
Odisséia Fátima Perão
Natyele Rippel Silveira
Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini
Rutes de Fátima Terres Danczuk

Monitores

Bárbara Aparecida Oliveira Forgearini
Bruna Gonçalves da Cunha
Heloísa Anastácia da Silva
Júlia Rodrigues Lenz
Karina Sofia Tavares
Letícia de Aguiar Dutra
Lucas de Liz Granemann
Raiza Santos Treich
Rebeca Coimbra
Savanah Reguse
Shara Bianca de Pin
Tainá Cardoso Gevaerd



MENSAGEM DA COMISSÃO ORGANIZADORA

A II Jornada de Condições Agudas de Saúde- JOCAS- é um evento de caráter científico, com abrangência regional, que tem como meta se consolidar como evento científico-cultural no estado de Santa Catarina e quiçá a nível nacional, na área de assistência à saúde e de enfermagem ao paciente crítico e em situação aguda. É fruto do trabalho desenvolvido pelo Grupo de Estudos no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS) da Universidade Federal de Santa Catarina.

Este evento ocorre a cada dois anos e tem como objetivo fomentar a discussão e reflexão em relação ao cuidado as pessoas em situação aguda de saúde no contexto pré-hospitalar e hospitalar, nas áreas de urgência, emergência e terapia intensiva; promover o aprimoramento técnico científico dos profissionais da saúde em especial da enfermagem, alunos do nível médio, graduação e pós graduação, assim como fomentar a pesquisa e extensão nessas áreas.

O evento é financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina – FAPESC e conta com a participação de renomados pesquisadores nacionais e estaduais, bem como profissionais e gestores em serviços públicos de assistência a pessoa em situação crítica de saúde.

AGRADECEMOS A PARTICIPAÇÃO.

PROGRAMAÇÃO	
<u>DIA 24/09/2015</u> <i>Quinta-feira</i>	
MINICURSOS	
TARDE INSCRIÇÕES: 12:00 às 13:00 Coffee Break - 15:00 às 15:30	
1. REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR (RCP): SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO DEVIDA Horário: 13:30 às 17:30 Local: Auditório da Pós Graduação (Bloco H) Expositor: - Sabrina Guterres (Enfermeira/HU/UFSC) - Luciana Hagemann (Enfermeira/HU/UFSC) - Bruno Quercia Barros (Médico/SAMU)	
2. TRAUMA ORTOPÉDICO E IMOBILIZAÇÕES Horário: 13:30 às 17:30 Local: Auditório da Graduação Expositor: - Keyla Nascimento (Enf ^a .Prof ^a /NFR/CCS/UFSC) - Euseli de Assis Batista (Enfermeira/SAMU/SC) - Fábio Sprada de Menezes (Fisioterapeuta Prof ^o /Faculdade Estácio de Sá).	
NOITE INSCRIÇÕES: 17:00 às 18 horas Coffee Break: 20:00 às 20:30 horas	
3. AUSCULTA CARDÍACA E PULMONAR Horário: 18:00 às 22:00 Local: Auditório da Graduação Expositor: - Kátia Cilene Godinho Bertencello (Enf ^a .Prof ^a /NFR/CCS/UFSC) - Juliana El- Hage Meyer de Barros Gulini (Fisioterapeuta/UTI/HU/UFSC) - Leilane Marcos (Fisioterapeuta. Prof ^a /UDESC/Estácio de Sá/Uniasselvi)	
4. INTERPRETAÇÃO FÁCIL DO ELETROCARDIOGRAMA Horário: 18:00 às 22:00 Local: Auditório Pós Graduação (Bloco H) Expositor: - Eliane R. P. do Nascimento (Enf. Prof ^a /NFR/CCS/UFSC)	

PROGRAMAÇÃO	
<u>DIA 25/09/2015</u> <i>Sexta-feira</i>	
PALESTRAS	
MANHÃ	
08:00 às 09:00	Credenciamento
09:00 às 09:30	Abertura Local: Auditório da Pós Graduação –Bloco H- CCS/UFSC
9:30 às 10:30	Conferência de abertura: <i>O futuro é aqui: avanços tecnológicos na cardiologia</i> Conferencista: Dra. Maria Christiane Valéria Braile Sternieri (Médica do Hospital Beneficência Portuguesa/SP)
10:30 às 12:00	Mesa redonda : O resgate, o atendimento e o transporte aeromédico em Santa Catarina <ul style="list-style-type: none"> • - <i>A relevância do enfermeiro no atendimento aeromédico</i> Expositor: André Ricardo Moreira (Enfermeiro/SAMU/FPOLIS) • - <i>As múltiplas atividades das aeronaves (Águia) do Batalhão de Aviação da Polícia Militar– BAPM/SC</i> Expositor: Ten. Cel. Valdonei Sergio Rohling (Comandante do BAPM) • <i>O atendimento e o transporte aeromédico das aeronaves (Arcanjo) do Batalhão de Operações Aéreas (BOA/SC)</i> Expositor: Ten. Cel. João Batista Cordeiro (Comandante do BOA)
12:00 - 14:00	Intervalo para o almoço
NOITE	
14:00 às 15:00	Mesa redonda: Emergências Clínicas Cardiológicas <ul style="list-style-type: none"> • <i>O que há de novo no tratamento das doenças da Aorta: dissecação aguda, aneurisma e endopróteses.</i> Expositor: Maria Christiane Valéria Braile Sternieri (Médica/ Hospital Beneficência Portuguesa- SP) • <i>Cuidados de enfermagem a pessoa com Síndrome Coronariana Aguda</i> Expositor: Ana Paula Trombeta (Enfermeira/Instituto de Cardiologia /São José-SC)



ANAIS DA II JORNADA DE CONDIÇÕES AGUDAS DE SAÚDE
FLORIANÓPOLIS, 24 e-25 DE SETEMBRO DE 2015.

15:00 às 16:00	<p>Mesa redonda: <i>Cuidados no pós-operatório de cirurgias cardíacas</i></p> <p>Expositor: Luciana de Freitas Campos (Enfermeira. Profª da Universidade Federal de Diamantina/MG)</p> <p>Expositor: Christiani Decker Batista Bonin (Fisioterapeuta Profª/IESGF)</p>
16:00 às 16:30	<p>Coffee break com Sessão Pôster no Hall do Auditório da Pós Graduação</p>
16:30 às 17:30	<ul style="list-style-type: none">• Mesa redonda: <i>Rede de Atenção às Urgências – RUE Panorama Nacional da RUE</i> Expositor: Fernanda Luiza Hamze (Enfermeira do Ministério da Saúde; Integrante da equipe SOS Emergência/ Rede de Atenção as Urgências e Emergências)• <i>Panorama da RUE em Florianópolis</i> Expositor: Miguel Angelo Acetta (Médico/Coordenador da RUE de Florianópolis)
17:30 às 18:30	<p>Mesa redonda: <i>Captação e transplante de órgãos e tecidos</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Contribuição da equipe multidisciplinar no processo de doação de órgãos e tecidos.</i> Expositor: Joel de Andrade (Médico/Coordenador da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos -CNCDO/SC)• <i>Contribuição do enfermeiro no gerenciamento do processo de doação de órgãos e tecidos</i> Expositor: Neide da Silva (Enfermeira/ Profª/Depto Enfermagem /UFSC)
18:30	<p>Sessão de encerramento</p>

PROGRAMAÇÃO SESSÃO POSTER

DIA 25/09/2015

Sexta-feira

TARDE – Hall Auditório Pós-Graduação

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ARTIFICIAL: ORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Luciana de Freitas Campos, Gilsiane Cristina de Oliveira, Leticia Aparecida Oliveira Thomaz de Aquino, Paulo Henrique da Cruz Ferreira, Fabiana Ferreira, Raina Pleis Neves.

ATUAÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NUM SETOR DE HEMODINÂMICA: RELATANDO EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Juliana Balbinot Reis Girondi, Karolina Terezinha de Oliveira, Roseli Schmoeller, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Darla Lusía Ropelato Fernandez.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REALIZAÇÃO E REFLEXÃO DOS ENFERMEIROS

Aline Colaço, Fernanda Menezes, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Sarah Soares Barbosa.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UTI ADULTO

Anita Hernández Rodriguez, Maria Bettina Camargo Bub, Odisséia Fátima Perão, Giseli Zandonadi, Magda Lima, Moisés dos Santos Fontes

CARRINHO DE EMERGÊNCIA: UM ATENDIMENTO RÁPIDO E EFICIENTE

Míriam Placêncio, Odisséia Fátima Perão, Magda Lima, Giliard Silva Almeida, Suelen Silva Teixeira, Yasmin Alencar de Melo.

CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO SOBRE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

Djeimis Willian Kremer, Eliane Regina Pereira do Nascimento.

COMPLICAÇÕES DE PACIENTE COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA CRÔNICA: UM ESTUDO DE CASO

Mirelly do Amaral, Mariana da Silva Bernardo, Ana Paula Padilha.

CUIDADO AO PACIENTE EM CONDIÇÃO AGUDA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DISCENTE

Shara Bianca De Pin, Keyla Cristiane do Nascimento, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Leandro Marins.

EDEMA DE GLOTE PÓS EXTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM UMA UTI: UM ESTUDO DE CASO

Ana Carolina Zanchet Cavalli, Mirelly do Amaral, Ana Paula Padilha, Nayala Lirio Gomes Gazola.

ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE ADMISSÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

José Altamir Batista da Costa, Patrícia Madalena Vieira Hermida.

PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PRIMEIROS SOCORROS NA EDUCAÇÃO ESPECIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maíra Antonello Rasia, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Luciana Bihain Hagemann, Walnice Jung, Nívia Michelli Garcia Vieira.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE FERIDAS EM CONDIÇÕES GRAVES

Mayara Ana da Cunha, Shirlei Marcelino Izabel, Maria Elizete Lopes Martins, Talita Raquel Teixeira dos Santos, Patrick Schneider.

O TECER DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Sabrina Guterres da Silva, Marciele Misiak, Luciana Bihain Haggeman, Eliane Regina Pereira do Nascimento

PRODUÇÕES CIENTÍFICAS: GRUPO DE ESTUDO NO CUIDADO DE PESSOAS NAS SITUAÇÕES AGUDAS DE SAÚDE 2013-2015

Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Eliane Regina Pereira do Nascimento.

RECURSOS HUMANOS NO SERVIÇO PRÉHOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Patrícia Madalena Vieira Hermida, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Maria Elena Echevarría-Guanilo, Luciana Bihain Hagemann.

REFLEXÕES ACERCA DO COTIDIANO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS EMERGENCISTAS

Luciana Bihain Hagemann, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Maíra Antonello Rasia, Sabrina Guterres da Silva

REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO PALIATIVO NA UTI

Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Rachel Duarte Moritz

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

Aline Cristina Vieira, Eduarda Cristhine Pereira, Maristel Rodrigues Cardoso, Milene Machado, Gabriela Bueno, Franciele dos Santos Specorte.

TRANSPLANTE HEPÁTICO E OS RESULTADOS DE APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS AOS PACIENTES NO PERIOPERATÓRIO

Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Karla Regina Fontana, Samir Samuel de Andrade, Sabrina Regina Martins.

SUMÁRIO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ARTIFICIAL: ORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	15
<u>Luciana de Freitas Campos, Gilsiane Cristina de Oliveira, Letícia Aparecida Oliveira Thomaz de Aquino, Paulo Henrique da Cruz Ferreira, Fabiana Ferreira, Raína Pleis Neves.</u>	
ATUAÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NUM SETOR DE HEMODINÂMICA: RELATANDO EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	18
<u>Juliana Balbinot Reis Girondi, Karolina Terezinha de Oliveira, Roseli Schmoeller, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Darla Lusía Ropelato Fernandez</u>	
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REALIZAÇÃO E REFLEXÃO DOS ENFERMEIROS.	21
<u>Aline Colaço, Fernanda Menezes, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Sarah Soares Barbosa.</u>	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UTI ADULTO	25
<u>Anita Hernández Rodriguez, Maria Bettina Camargo Bub, Odisséia Fátima Perão, Giseli Zandonadi, Magda Lima, Moisés dos Santos Fontes.</u>	
CARRINHO DE EMERGÊNCIA: UM ATENDIMENTO RÁPIDO E EFICIENTE	28
<u>Míriam Placêncio, Odisséia Fátima Perão, Magda Lima, Giliard Silva Almeida, Suelen Silva Teixeira, Yasmin Alencar de Melo.</u>	
CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO SOBRE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NO USO DE ANTINEOPLÁSICOS	31
<u>Djeimis Willian Kremer, Eliane Regina Pereira do Nascimento</u>	
COMPLICAÇÕES DE PACIENTE COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA CRÔNICA: UM ESTUDO DE CASO	34
<u>Mirelly do Amaral, Mariana da Silva Bernardo, Ana Paula Padilha.</u>	
CUIDADO AO PACIENTE EM CONDIÇÃO AGUDA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DISCENTE	37
<u>Shara Bianca De Pin, Keyla Cristiane do Nascimento, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Leandro Marins.</u>	

EDEMA DE GLOTE PÓS EXTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM UMA UTI: UM ESTUDO DE CASO	40
<u>Ana Carolina Zanchet Cavalli</u> , Mirelly do Amaral, Ana Paula Padilha, Nayala Lirio Gomes Gazola.	
ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE ADMISSÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR	43
José Altamir Batista da Costa, <u>Patrícia Madalena Vieira Hermida</u>	
PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PRIMEIROS SOCORROS NA EDUCAÇÃO ESPECIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	46
<u>Maíra Antonello Rasia</u> , Eliane Regina Pereira do Nascimento, Kátia Cilene Godinho Bertencello, Luciana Bihain Hagemann, Walnice Jung, Nívia Michelli Garcia Vieira.	
PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE FERIDAS EM CONDIÇÕES GRAVES	49
<u>Mayara Ana da Cunha</u> , Shirlei Marcelino Izabel, Maria Elizete Lopes Martins, Talita Raquel Teixeira dos Santos, Patrick Schneider.	
O TECER DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: UMA REFLEXÃO TEÓRICA	52
<u>Sabina Guterres da Silva</u> , Marciele Misiak, Luciana Bihain Haggeman, Eliane Regina Pereira do Nascimento.	
PRODUÇÕES CIENTÍFICAS: GRUPO DE ESTUDO NO CUIDADO DE PESSOAS NAS SITUAÇÕES AGUDAS DE SAÚDE 2013-2015	55
<u>Kátia Cilene Godinho Bertencello</u> , Eliane Regina Pereira do Nascimento.	
RECURSOS HUMANOS NO SERVIÇO PRÉHOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	58
<u>Patrícia Madalena Vieira Hermida</u> , Eliane Regina Pereira do Nascimento, Maria Elena Echevarría-Guanilo, Luciana Bihain Hagemann.	
REFLEXÕES ACERCA DO COTIDIANO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS EMERGENCISTAS	61
<u>Luciana Bihain Hagemann</u> , Eliane Regina Pereira do Nascimento, Kátia Cilene Godinho Bertencello, <u>Maíra Antonello Rasia</u> , Sabrina Guterres da Silva.	
REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO PALIATIVO NA UTI	64
<u>Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini</u> , Eliane Regina Pereira do Nascimento, Rachel Duarte Moritz .	
SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM	67
Aline Cristina Vieira, Eduarda Cristhine Pereira, Maristel Rodrigues Cardoso, Milene Machado, Gabriela Bueno, <u>Franciele dos Santos Specorte</u>	



**ANAIS DA II JORNADA DE CONDIÇÕES AGUDAS DE SAÚDE
FLORIANÓPOLIS, 24 e-25 DE SETEMBRO DE 2015.**

**TRANSPLANTE HEPÁTICO E OS RESULTADOS DE
APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS AOS
PACIENTES NO PERIOPERATÓRIO.**

70

Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Karla Regina Fontana, Samir Samuel de
Andrade, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Sabrina Regina Martins.



ANAIS DA II JORNADA DE CONDIÇÕES AGUDAS DE SAÚDE
FLORIANÓPOLIS, 24 e-25 DE SETEMBRO DE 2015.

SESSÕES DE POSTER

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ARTIFICIAL: ORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Luciana de Freitas Campos¹, Gilsiane Cristina de Oliveira², Letícia Aparecida Oliveira Thomaz de Aquino³, Paulo Henrique da Cruz Ferreira⁴, Fabiana Ferreira⁵, Raína Pleis Neves⁶.

A ventilação pulmonar fisiológica consiste no fluxo de ar para dentro e para fora dos pulmões a cada ciclo respiratório, que é composto por inspiração e expiração, de modo espontâneo. A ventilação mecânica artificial consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, conseguida com a aplicação da pressão positiva nas vias aéreas e classifica-se como invasiva e não invasiva. Durante o desenvolvimento dos estágios na atenção hospitalar foi observado, empiricamente, que os profissionais de enfermagem apresentam déficit de conhecimento sobre Ventilação Mecânica Artificial o que pode comprometer a assistência ao paciente, o custo dos serviços hospitalares e repercutir insatisfatoriamente no ensino-aprendizagem dos acadêmicos. A Ventilação Mecânica Artificial é utilizada, usualmente, em unidades com que atendem pacientes gravemente enfermos ou Centro Cirúrgico, mas é possível que o paciente necessite desse dispositivo na enfermaria. Outra situação observada em hospitais é o rodízio da equipe de enfermagem nos setores. Trata-se de relato de experiência de atividade de extensão que objetivou viabilizar o acesso a informações que possam promover melhores práticas no atendimento ao paciente em Ventilação Mecânica Artificial e divulgar os subsídios necessários para a assistência a estes pacientes. O público alvo foi à equipe de enfermagem de um hospital de uma cidade do interior de Minas Gerais. Foram elaboradas duas cartilhas, uma destinada aos auxiliares e os técnicos de enfermagem e a outra para os enfermeiros. A equipe do projeto constituída por enfermeiros, discentes e docente realizou reuniões para o levantamento, leitura, discussão e elaboração das cartilhas, com linguagem objetiva, clara e concisa, apresentadas por meio de texto e imagens, diferindo na profundidade da abordagem de acordo com a categoria profissional. Foram elencados os seguintes temas para a composição das mesmas: anatomia e fisiologia do sistema respiratório (ventilação, inspiração e expiração); função do ventilador mecânico, tipos de ventilação mecânica (não invasiva e invasiva), cuidados referentes ao paciente, ao

¹ Autora Relatora. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). E-mail: camposlf@gmail.com

² Discente do Curso de Enfermagem da UFVJM.

³ Enfermeira egressa do Curso de Enfermagem da UFVJM.

⁴ Enfermeiro da Santa Casa de Caridade de Diamantina. Mestrando da UFVJM.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Técnica do Laboratório de Práticas do Curso de Enfermagem.

⁶ Enfermeira. Técnica do Laboratório de Práticas do Curso de Enfermagem. Mestranda da UFVJM.

ambiente e ao ventilador mecânico. Foram realizadas visitas para a educação em serviço da equipe de enfermagem nos diversos setores de internação do hospital, no horário de trabalho, com a utilização da cartilha como material de apoio para a dinâmica, sendo que foi entregue uma cartilha para cada profissional e de acordo com a categoria, seguida de exposição teórica. Durante a exposição teórica foi aberto espaço para sanar dúvidas. A educação em serviço foi realizada por docentes e discentes participantes do projeto, no período de março a julho de 2014. A equipe de enfermagem manifestou interesse na temática proposta na ação extensionista sendo que a maioria deles referiu não ter tido conteúdo sobre Ventilação Mecânica Artificial em seus cursos; aqueles que tiveram contato com paciente em Ventilação Mecânica Artificial referiu receber orientação à beira do leito em momento pontual por aprendizagem por imitação e que a ação educativa que estavam recebendo foi um estímulo para a busca do conhecimento. A equipe de enfermagem sugeriu que ações semelhantes, em horário de serviço e com outras temáticas, elencadas pela equipe, fossem planejadas com mais frequência. Ainda, foi discutido com os enfermeiros a possibilidade do desenvolvimento de temas comuns a toda a equipe de saúde na perspectiva de ações educativas multidisciplinares e que viabilizem a divulgação dos Procedimentos Operacionais Padrão ou *guidelines*. A atividade extensionista permitiu divulgar e viabilizar o conhecimento acerca da assistência em Ventilação Mecânica Artificial e promoveu a instrumentalização básica da equipe de enfermagem sobre o tema. De forma indireta a atividade possibilitou a reflexão sobre a qualidade de assistência ao paciente. Como sugestão tem-se a elaboração de cartilha digital com inclusão de exercícios interativos a serem propostos ao Serviço de Enfermagem. Este material digital deve ser disponibilizado em *link* voltado a educação em serviço no site do hospital. Para a equipe participante do projeto o mesmo permitiu a busca e o aprofundamento do conhecimento sobre a assistência de enfermagem em Ventilação Mecânica Artificial, para os alunos foi possível a participação na elaboração e execução do projeto de extensão e a articulação da teoria com prática já na graduação. Este hospital é campo de estágio dos alunos da UFVJM e a partir do atendimento de qualidade ao paciente em suporte ventilatório, contribuirá com o aprendizado do aluno, salientado que uma forma de aprendizagem é por imitação. Para a equipe de enfermagem foi possível a sensibilização sobre o tema e a reflexão da prática baseada no conhecimento científico, bem como o estreitamento do serviço e universidade.

Referências

1. Camacho ACLF. Análise das publicações nacionais sobre educação à distância na enfermagem. Rev. Bras. Enf. 2009; 62(4):258-93.
2. Carvalho CRR, Toufen Junior C, Franca SA. III Consenso Brasileiro de

- ventilação mecânica. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades respiratórias. *J Bras Pneumol*. 2007;33(2):554-570.
3. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
 4. Molinario LC. A enfermagem e a avaliação dos parâmetros oxi-hemodinâmicos diante da aspiração traqueal de pacientes com ventilação mecânica. 2009. 79 fl. 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
 5. Mukherjee S. The emperor of all maladies: a biography of cancer. New York: Simon and Schuster, 2010.
 6. Rodrigues YCSJ et al. Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem. *Rev. Escola Anna Nery* 2012; 16(4):789-795.
 7. Smeltzer SC, Bare G. Princípios e práticas de reabilitação. Cuidados aos pacientes com distúrbios respiratórios. In: Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ATUAÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NUM SETOR DE HEMODINÂMICA: RELATANDO EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Juliana Balbinot Reis Girondi⁷, Karolina Terezinha de Oliveira⁸, Roseli Schmoeller⁹, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt¹⁰, Darla Lusia Ropelato Fernandez¹¹.

Introdução: Atualmente há a exigência de que os profissionais de saúde estejam cada vez mais qualificados para assumir posições que demandam de maiores complexidades e alto nível de conhecimento técnico-científico. Dentre as várias áreas de atuação do enfermeiro está o serviço de Hemodinâmica. A palavra hemodinâmica (HD) vem do grego e significa estudo dos movimentos do sangue e dos fatores que neles intervêm⁽¹⁾. Por ser uma área recente de conhecimento as instituições de ensino não apresentam este setor como parte do seu cronograma de ensino para os alunos⁽²⁾. A unidade de hemodinâmica é considerada setor de alta complexidade por realizar procedimentos com tecnologias inovadoras, contemplando exames com finalidade diagnóstica e terapêutica. Consoante, a equipe de enfermagem deste setor precisa estar em constante atualização visto que compreende grande área que está em evolução tecnológica, sendo que a qualidade do atendimento prestado dependente da atualização constante desses profissionais⁽³⁾. **Objetivos:** Relatar a experiência de uma estudante de enfermagem realizada durante estágio extracurricular num setor de Hemodinâmica de um hospital escola localizado no sul do país, de agosto do ano de 2013 a agosto de 2014. **Descrição Metodológica:** Relato de experiência com a descrição de situações vivenciadas por uma acadêmica de enfermagem da 3ª e 4ª fases durante estágio extracurricular desenvolvido num setor de Hemodinâmica de um hospital universitário do sul do Brasil subsidiadas com embasamento científico e análise crítica. O referido hospital presta atendimentos gerais à população através do Sistema Único de Saúde e dispõe de 208 leitos de internação. Participa do processo de formação de recursos humanos na área da saúde, assumindo papel de hospital escola. A unidade de Hemodinâmica, possui total de dois leitos de observação para realização dos procedimentos. Foi inaugurado no ano de 1991 sendo fechado para reforma em dezembro de 2001 e reabriu apenas em 2006 contando com nova estrutura espaçosa e com aparatos tecnológicos mais modernos. Iniciou o atendimento oferecendo exames diagnósticos restritos da dinâmica cardiovascular como cateterismo cardíaco e pulmonar e arteriografias. Em maio de 2008 foi realizada a primeira CPRE no setor e em junho 2011 adicionou aos serviços a realização de

⁷ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011). Professora Adjunta II no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e na Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁸ Autora Relatora. Acadêmica da 7ª fase de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina.

⁹ Mestre pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (2011). Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário no Serviço de Hemodinâmica

¹⁰ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (2011). Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e na Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

¹¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA) (2014). Professora Substituta da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

procedimentos terapêuticos por meio de angioplastias e endopróteses⁽³⁾. A equipe de enfermagem nos períodos matutinos e vespertinos conta com um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar de enfermagem em cada período. O horário de funcionamento é das 7 às 19 horas sendo que os funcionários também trabalham com escala de sobreaviso para procedimentos de urgência e emergência aos fins de semana e feriados. No ano de 2013 foram realizadas 132 arteriografias, três embolizações, 80 angioplastias e 38 endopróteses, além de 10 colocações de cateteres dialíticos e duas colocações de filtro de veia cava. Na área de cardiologia foram realizados cerca de 50 cateterismos cardíacos e 18 cateterismos pulmonares. E na gastroenterologia foram 109 Colangiopacreatografia Retrógrada Endoscópica, 08 dilatações esofágicas e 08 gastrostomias utilizando a HD⁽³⁾. Como técnica para coleta de informações necessárias para este relato de experiência utilizou-se a observação participante e os dados registrados em diário de campo, constando de observações descritivas e reflexivas, além de documentos do setor⁽⁴⁾. **Resultados:** Ao desenvolver o estágio extracurricular foi possível conhecer e vivenciar a rotina da unidade, além de realizar funções delegadas pelos enfermeiros, executar alguns procedimentos técnicos de enfermagem, interagir com pacientes/famíliares e equipe multiprofissional. A rotina da assistência de enfermagem no setor de HD começa com o período pré-exame nos casos de cateterismos, já nos demais exames esse acompanhamento prévio por parte da enfermeira do setor não ocorre, sendo realizado pela própria equipe médica responsável pela realização do exame. No entanto é notável a falta que faz a consulta de enfermagem no período pré-procedimento, no caso dos outros exames que não o cateterismo, pois diversos pacientes chegam ao setor sem entender o procedimento ao qual serão submetidos, nem se quer a razão pela qual o estão realizando. Antes do procedimento propriamente dito, os técnicos de enfermagem e a enfermeira fazem a montagem da sala, organizando e dispondo de todos os materiais/equipamentos utilizados de acordo com o procedimento que será realizado. No período trans-exame a enfermeira confirma com a equipe de enfermagem da unidade de origem do paciente como foi feito o preparo pré-exame, retiram-se próteses dentárias, roupas íntimas e todas as jóias, entregando-as a família. Realiza-se o posicionamento do paciente na maca do exame, sendo que este varia de acordo com o procedimento a ser realizado. Deve-se questionar o paciente quanto a alergias medicamentosas. À seguir procede à monitorização instalando os eletrodos cardíacos, o esfigmomanômetro e o oxímetro de pulso. No período pós-exame imediato, a enfermeira presta as informações sobre o repouso para o próprio paciente e seu acompanhante presente no momento. É realizada a evolução de enfermagem e a passagem de plantão para a enfermeira da unidade de internação do paciente. Uma técnica administrativa auxilia o enfermeiro em aspectos gerenciais tais como: pedidos de materiais consignados por meio de pregões aprovados nas licitações para repor os materiais de alto custo que são utilizados nos procedimentos e manter um estoque favorável para o caso de alguma situação emergencial. As demais práticas vivenciadas dizem respeito à educação em saúde envolvendo o paciente e, algumas vezes, o familiar. A educação em saúde inclui o esclarecimento de dúvidas com relação aos procedimentos e a patologia apresentada pelo paciente, à orientação para a melhora da qualidade de vida visando mudanças de hábitos que expõe esse paciente aos fatores de risco para uma posterior piora do quadro desse paciente⁽⁵⁾. As atividades extracurriculares são de suma importância para a formação profissional e por isso devem ser realizadas da maneira organizada e sistematizada, fazendo com que o estudante estabeleça correlações entre o referencial teórico e as situações do cotidiano⁽⁶⁾. **Conclusões:** Ao fim deste período de experiências pode-se concluir que a enfermagem atua de forma essencial para o funcionamento da assistência e gerencial do

setor de hemodinâmica. Apesar de ser um serviço em expansão para a enfermagem, durante as observações ficou evidente o espaço conquistado, bem como os desafios enfrentados. Enquanto acadêmica esta experiência proporcionou conhecimento teórico e prático de um setor em expansão no mercado de trabalho e que necessita de grande demanda profissional. Considerando que a experiência no setor de HD não seria adquirido no curso de graduação a vivência extracurricular sanou lacunas, proporcionando melhor preparo e resiliência para se inserir no mercado de trabalho da enfermagem posteriormente. Conclui-se que o enfermeiro atua no gerenciamento administrativo, na assistência, bem como de instrução à equipe, atualização, ensino e pesquisa. Além disso, o enfermeiro é o elo entre os outros profissionais da equipe multiprofissional. É ele que resolve atividades e gerencia todo o funcionamento técnico e operacional do setor. **Contribuições/Implicações para a enfermagem:** As instituições de ensino superior em sua grande maioria não possuem na grade curricular o tema relacionado à Hemodinâmica como foco de aprendizado, especialmente os cursos de graduação de enfermagem. Destaca-se a necessidade de que esta área receba mais visibilidade do ponto de vista acadêmico por estar em constante expansão para a atuação do enfermeiro, com grande potencial para o desenvolvimento de pesquisas e a produção de conhecimentos.

Referências:

1. Costa GR, Cardoso SB, Sousa LL, Soares TR, Ferreira AKA, Lima FF. Atuação do enfermeiro no serviço de hemodinâmica: uma revisão integrativa. R. Interd. 2014;7(3):157-64.
2. Linch GFC, Guido LA, Pitthan LO, Umann J. Unidades de hemodinâmica: a produção do conhecimento. **Rev Gaúcha Enferm.** 2009;30(4):742-9.
3. Soares, V. **Perfil de pacientes submetidos a procedimentos endovasculares no serviço de hemodinâmica [trabalho de conclusão de curso: residência]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. 69 p.
4. Spradley, JP. Participant Observation. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1980.
5. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ.** 2010;1(18):55-60.
6. Nascimento MS. Oficinas Pedagógicas: construindo estratégias para a ação docente – relato de experiência. **Rev.Saúde.Com.** 2007;3(1): 85-95.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REALIZAÇÃO E REFLEXÃO DOS ENFERMEIROS.

Aline Colaço¹², Fernanda Menezes¹³, Eliane Regina Pereira do Nascimento¹⁴, Sarah Soares Barbosa¹⁵.

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são ambientes destinados ao atendimento de pacientes graves, com potencial risco de morte, que necessitam de atendimento ininterrupto⁽¹⁾. Para tanto, a UTI agrega, em sua estrutura, recursos humanos qualificados e recursos tecnológicos capazes de garantir a manutenção, o suporte à vida e a possibilidade de recuperação de pacientes que se encontram em condição de gravidade⁽²⁾. Dentro deste cenário, a enfermagem movimenta-se em tentativas, inúmeras vezes profícuas, de desenvolver novas tecnologias de cuidado e corroborar com processos que reforcem sua especificidade e importância para as práticas em terapia intensiva. É de competência do enfermeiro reunir conhecimentos acerca das necessidades dos pacientes para a tomada de decisões e favorecer a construção de uma assistência de qualidade, que implique positivamente nos estados de saúde ou doença⁽³⁾. Além disso, com as recentes discussões acerca da segurança do paciente e da qualidade da assistência, a enfermagem tem se defrontado com a necessidade de atuar através do raciocínio clínico, do conhecimento e da evidência científica em sua prática. Para tanto, necessita utilizar-se de um modelo de trabalho que propicie a organização e a coordenação das atividades através de um pensar crítico, valorizando em muitas instâncias o cuidado e contribuindo para o alcance da excelência no desenvolvimento da assistência de enfermagem⁽⁴⁾. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar o significado que enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva atribuem à avaliação de enfermagem e como a realizam. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida na UTI de um hospital público de Santa Catarina. Nessa unidade é utilizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), baseada na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta. Porém, apenas duas etapas desse processo são implementadas: o histórico de enfermagem e a avaliação de enfermagem. Participaram desta pesquisa nove enfermeiros que atuam na UTI do referido hospital. Foram utilizados como critérios de inclusão: ser enfermeiro do quadro funcional da UTI e estar em exercício pleno das funções no período de coleta de dados. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2011 e para garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados com a letra E de Enfermeiro acrescida do número correspondente à ordem sequencial das entrevistas (E1, E2,... E9). Como estratégia para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, que contemplou questões relativas à caracterização dos participantes, à realização da avaliação de enfermagem e ao significado da avaliação de enfermagem realizada no

¹² Enfermeira do HU/UFSC. Mestranda em enfermagem PEN/UFSC.

¹³ Enfermeira do SAMU/SC. Egressa do curso de enfermagem UFSC.

¹⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do curso de graduação e pós graduação em enfermagem UFSC.

¹⁵ Autora Relatora. Acadêmica da 5ª fase do curso de enfermagem UFSC.

contexto da prática. Para o tratamento dos dados, utilizaram-se três figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽⁵⁾: Expressões Chaves (ECHs); Ideias Centrais (IC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** Dos resultados encontrados emergiram dois DSC com seus respectivos temas e ICs. A análise dos DSC teve como sustentação as publicações científicas pertinentes ao conteúdo dos mesmos. No Tema I Importância da avaliação de enfermagem

o DSC1 evidencia que a avaliação de enfermagem é importante nos seguintes aspectos: identificação da necessidade de cuidados, determinação de prioridades e avaliação dos cuidados realizados. No discurso coletivo é evidenciada pelos sujeitos a importância do raciocínio clínico para o desenvolvimento dos cuidados, o que acaba por requerer do enfermeiro experiência e amplo conhecimento científico. Esses aspectos encontram respaldo no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) já que a avaliação de enfermagem, inserida no Processo de Enfermagem como última etapa, constitui-se em um método sistemático e ininterrupto que, a partir da análise das mudanças nas respostas do indivíduo durante a terapêutica, determina a efetividade das intervenções e delibera mudanças para o aperfeiçoamento da conduta. A UTI destina-se ao tratamento de pacientes em situações agudas de saúde, e, portanto, com grande instabilidade clínica, objetivando, desta maneira, o restabelecimento das funções vitais do organismo. Por esta razão, a realização da avaliação de enfermagem deve ser diária, minuciosa, e, se houver alterações clínicas no paciente, deve ser realizada diversas vezes ao longo das 24 horas⁽⁶⁾. O tema II Construção do processo de avaliação de enfermagem na UTI mostrou que, ao serem indagados sobre como realizavam a avaliação de enfermagem, os enfermeiros referiram que a avaliação dos aspectos psicológicos do paciente, quando realizada, é deficitária. O levantamento de dados acerca da situação clínica do paciente é componente fundamental para a execução de um plano de assistência individualizado e resolutivo. Desta maneira, o exame físico deve ser realizado criteriosamente a fim de se identificar os problemas de enfermagem, validar os dados obtidos na anamnese e nortear a criação de um plano de cuidado com metas estabelecidas para aquele paciente⁽⁷⁾. Dentro da terapia intensiva, o exame físico segue os princípios básicos daqueles utilizados para o paciente alocado em unidade de internação, contudo, contempla as especificidades da monitoração por uso de aparato tecnológico e da gravidade do acometimento dos sistemas orgânicos, característicos do paciente grave⁽⁷⁾. O enfermeiro deve reconhecer que o exame físico é a ferramenta para identificar as necessidades humanas do paciente, e, portanto, é dotado de subjetividade. Por conseguinte, deve seguir todos os esforços possíveis no intuito de arrecadar o máximo de informações, partindo sempre do pressuposto de que o corpo é uma unidade complexa, que está inserida em uma cultura e organização social⁽⁸⁾. **Conclusão:** Em terapia intensiva percebe-se uma dinâmica diferenciada no trabalho de enfermagem, que, além de integral e contínuo, visa uma avaliação detalhada e frequente do estado de saúde do indivíduo pela sua condição crítica. A análise do significado da avaliação de enfermagem para os enfermeiros de UTI evidenciou que os enfermeiros entendem e reconhecem a avaliação de enfermagem como fundamental para a sua prática, e realizam-na diariamente e em vários momentos, visto as especificidades de cuidado ao paciente grave. Além disso, o modo como descrevem sua prática de avaliação do paciente leva-nos a inferir consonância com a literatura, à exceção da avaliação dos aspectos psicológicos, referidos como insuficientes ou não realizados. Frente aos

resultados obtidos, vê-se que há necessidade de sensibilização para a importância da avaliação das necessidades humanas básicas em sua completude por parte dos enfermeiros, pois se sabe que o processo saúde-doença não envolve apenas a situação fisiopatológica do ser humano, e que as distâncias entre o pensar e o fazer e entre teoria e prática precisam ser superadas para que a operacionalização e implementação do processo de enfermagem ultrapassem os desafios impostos pela adoção de metodologias assistenciais. **Implicações para a Enfermagem:** estudos com abordagem na avaliação dos registros de enfermagem são necessários para o aprimoramento da sistematização da assistência e consequentemente do planejamento dos cuidados de enfermagem principalmente em se tratando de pacientes em condições críticas de saúde.

Descritores: Avaliação em enfermagem; Unidade de terapia intensiva; Registros de enfermagem; Assistência ao paciente.

Referências:

1 Proença MO, Dell Agnolo CM. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção dos pacientes. Rev. gaúch. enferm. 2011;32(2):287-93.

2 Oliveira R, Maruyama SAT. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. Rev. eletrônica enferm [Internet]. 2009 [citado 2011 Out 28]; 11(2): 375-82. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a19.pdf>.

3 Campos MA, Brasileiro ME. Qualidade da assistência de enfermagem ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva – uma revisão bibliográfica. Rev. eletrônica enferm [Internet]. 2009 [citado 2011 Out 28]; 1(1): 1-13. Disponível em: http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_60.pdf?PHPSESSID=26bc3875da0f169de1d84feab2dd6bff

4 Cerullo JASB, Cruz DALM. Clinical reasoning and critical thinking: [review]. Rev. latinoam. enferm. 2010;18(1):124-9.

5 Lefèvre F, Lefèvre, AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa desdobramentos. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.

6 Amante LN, Rosseto AP, Schneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev. Esc. Enferm.USP [Internet]. 2009 [citado 2011 Nov 07]; 43(1): 54-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43n1/07.pdf>.

7 Silva CMC, Saboia VM, Teixeira ER. O ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2009 [citado 2011 Nov 09]; 18(3): 458-65. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000300008&lang=pt.



ANAIS DA II JORNADA DE CONDIÇÕES AGUDAS DE SAÚDE
FLORIANÓPOLIS, 24 e-25 DE SETEMBRO DE 2015.

8 Costa SP, Paz AA, Souza EN. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. Rev. gaúch. enferm. 2010;31(1):62-9.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UTI ADULTO

Anita Hernández Rodriguez¹⁶, Maria Bettina Camargo Bub¹⁷, Odisséia Fátima Perão¹⁸, Giseli Zandonadi¹⁹, Magda Lima²⁰, Moisés dos Santos Fontes²¹.

Introdução: Em Unidade de Terapia Intensiva - UTI informações sobre as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes auxiliam a definir a qualidade e a quantidade de estratégias para melhorar o atendimento aos pacientes, especialmente na prevenção de complicações, atendimento especializado e acesso a reabilitação¹. O conhecimento dessas características, possibilita aos enfermeiros, e outros profissionais de saúde, o planejamento do cuidado independente do agravo à saúde que motivou a internação. Conhecer o sexo e a idade mais frequente das pessoas que internam numa dada UTI, por exemplo, possibilita a equipe se preparar para atender pessoas com características específicas de acordo com estas duas variáveis. De modo semelhante, conhecer os tipos de agravos mais frequentes subsidia a equipe para planejar ações de educação permanente, aquisição de tecnologias, e a adaptação da estrutura da unidade¹. Além de conhecer as características da população analisada, os estudos permitem que os dados coletados dos pacientes possam ser comparados entre si. Em um estudo longitudinal e prospectivo, as autoras pesquisaram 600 pacientes admitidos em quatro UTI gerais (dois hospitais públicos e dois privados) localizadas no Município de São Paulo, Brasil. Verificaram que a maioria dos pacientes internados foi do sexo masculino (56,70%) e idoso (53,34%). A média e a mediana de idade foram de 60,68 e 61,50 anos, respectivamente. Quanto à procedência, a maior parte foi proveniente do pronto socorro ou pronto atendimento (36,34%). Numa frequência um pouco menor, mas igualmente significativa (35,34%), vieram do Centro Cirúrgico (35,50%). Na análise das morbidades segundo categoria CID-10, observaram que a categoria mais frequente estava relacionada às doenças do aparelho circulatório (58,00%). A média do tempo de permanência na UTI foi de 8,9 dias, mas a mediana foi 4 dias. A mortalidade geral foi 20,00%. Ainda, segundo as autoras, dos pacientes que tiveram alta, 64,60% foram para as unidades intermediárias e 32,90% foram transferidos diretamente à unidade de internação². Outro estudo de corte transversal retrospectivo, com 214 pacientes internados em cinco UTI de dois hospitais privados, de grande e

¹⁶ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

¹⁷ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEn) da UFSC.

¹⁸ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEn) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do grupo de pesquisa GEASS da UFSC

¹⁹ Enfermeira. Especialista dos Cursos de Pós-Graduação em Estratégia Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS e Enfermagem do Trabalho pelo Instituto Fisiomar. Especialista em Enfermagem Oncológica em Sistema de Rede pela REPENSUL/UFSC.

²⁰ Enfermeira Especialista em Enfermagem do trabalho e em Auditoria de Sistemas de Saúde pela São Camilo. RJ. Brasil Foods- BRF Itajaí-SC

²¹ Autor Relator. Enfermeiro Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde pela FIOCRUZ e Especialista Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

médio porte do município de São Paulo, mostrou que as maiorias dos pacientes eram do sexo masculino (54,7%) e idoso (53,7%), com idade igual ou superior a 60 anos, e idade média foi 59,7 anos e a mediana de 62 anos. Quanto à procedência, verificaram que a maioria era procedente do Centro Cirúrgico (46,3%), seguida por pacientes provenientes das unidades de internação e unidade semi-intensiva (32,2%), e 14,5% veio do pronto socorro do próprio hospital. O motivo de internação mais frequente foi às afecções neurológicas (30,4%), seguido pelos distúrbios respiratórios e gastrointestinais - 19,6% cada um deles, e cardiológicos (15%). A média do tempo de permanência na UTI foi 5,7 dias e a mediana foi 3 dias. As autoras verificaram também que 15,9% dos pacientes foram a óbito. Este estudo não relata o destino dos pacientes depois da alta da UTI³. Ao compararmos os dois estudos, encontramos algumas similaridades e diferenças, tanto relacionadas ao desenho metodológico como em relação aos resultados encontrados. Do ponto de vista acadêmico, podem-se adotar tais referências para a revisão de literatura de outros estudos, ou mesmo, caso seja conveniente, adotar o mesmo desenho metodológico e duplicar um e outro estudo em outras UTI ou outras áreas de atenção à saúde. A partir dos resultados dos estudos é possível priorizar temas e formatar cursos de capacitação mais adequados às necessidades dos pacientes internados e da equipe de trabalho. Outro aspecto a ser considerado que contribui para justificar este estudo é que, apesar do crescente aumento da população, principalmente de idosos, há escassez de estudos deste tipo realizados no Brasil e em Santa Catarina. **Objetivo:** descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados em uma UTI de um hospital de referência no Estado de Santa Catarina, no ano de 2011. **Método:** Pesquisa quantitativa, de delineamento descritivo e transversal. A população foi composta por todos os pacientes admitidos no período de Janeiro a Dezembro de 2011, totalizando 695 prontuários. A coleta de dados foi realizada por meio de formulário composto por dados de identificação e das características sociodemográficas dos pacientes em UTI. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando a distribuição de frequências absoluta e relativa e apresentada por meio de tabelas e gráficos. A investigação foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil, sob o protocolo nº. 95.531. **Resultados:** 61,6% dos pacientes internados eram do sexo masculino, idade entre 40 a 69 anos (51,2%), idade média igual a 50 anos, casados (42,4%) e provenientes do centro cirúrgico (51,9%). O motivo de internação de acordo com os capítulos da CID-10 foram as doenças do aparelho circulatório (23,3%). O tempo de permanência foi de 0 a 3 dias (53,2%), tempo médio de internação foi 6 dias. A maioria dos pacientes (72%) ao receber alta da UTI foi encaminhada para outras unidades da instituição, 31,1% para Unidade de Tratamento Semintensivo - USI e 24,4% foram a óbito. A admissão e alta por turno de trabalho: 46,9% tiveram alta e 45,8% foram admitidos no turno de plantão de enfermagem das 13h às 19h. **Conclusões:** Segundo os resultados obtidos, observou-se o predomínio de pacientes do sexo masculino, na faixa etária entre 50 a 59 anos, admitidos do centro cirúrgico. O diagnóstico mais identificado foi o das doenças cardiovasculares, especificamente as cerebrovasculares; sendo assim, a maioria dos óbitos foi por doenças circulatórias. Notou-se uma rotatividade intensa de pacientes, devido o tempo de internação ser de 0 a 3 dias. Dados da literatura foram confirmados neste estudo, como por exemplo, sexo, idade, tempo de internação, tipos de alta, mas há aspectos a serem considerados com o propósito de possibilitar a comparação entre os diversos estudos sobre o assunto, como por exemplo, classificar os diagnósticos médicos dos pacientes

utilizando a CID-10. Neste sentido, considera-se que o objetivo proposto foi atingido ao descrever algumas das características sociodemográficas e epidemiológicas de pacientes internados em UTI. **Contribuições / implicações para a enfermagem:** Utilizando as informações resultantes do estudo favorecerá na melhoria da gestão das unidades, seja do ponto de vista humano, estrutural, de processos, ou mesmo da gestão do cuidado. Há ainda perspectiva da educação permanente dos membros da equipe de trabalho. Também é possível priorizar temas e formatar cursos de capacitação mais adequados às necessidades dos pacientes internados e da equipe de trabalho.

Referências:

1. Lanetzki CS, Oliveira CAC de, Bass LM, Abramovici S, Troster EJ. The epidemiological profile of Pediatric Intensive Care Center at Hospital Israelita Albert Einstein [Internet]. 2012 Mar [citado 2012 Set 16] ; 10(1): 16-21. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/v10n1a05.pdf>.
2. Padilla KG, Sousa RMC, Silva MCM, Rodrigues AS. Patient's organ dysfunction in the intensive care unit according to the Logistic Organ Dysfunction System. Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2012 Apr 10] ; 43(spe2): 1250-1255. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a18v43s2.pdf
3. Gonçalves LA, Padilha KG. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 645-52, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/14.pdf>>. Acesso em: 12 Jul 2012. Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva, cuidado críticos, epidemiologia descritiva.

CARRINHO DE EMERGÊNCIA: UM ATENDIMENTO RÁPIDO E EFICIENTE

Míriam Placêncio²², Odisséia Fátima Perão²³, Magda Lima, Giliard Silva Almeida²⁴, Suelen Silva Teixeira²⁵, Yasmin Alencar de Melo²⁶.

Introdução: Uma situação de urgência e emergência, onde o paciente corre o risco de morte, exige um atendimento multiprofissional qualificado, rápido e eficiente. A equipe necessita de conhecimentos teórico-práticos, além de equipamentos, medicamentos e materiais para um suporte avançado de vida. Sendo assim, torna-se imprescindível a presença de um carrinho de emergência devidamente equipado nas unidades de saúde. Porém, observa-se que existe uma dificuldade na organização, conferência e reposição do carrinho de emergência. Tal fato põe em risco o atendimento prestado ao paciente em uma situação que exige procedimentos de socorros imediatos. A Sociedade Brasileira de Cardiologia propõe a padronização dos carros de emergência, objetivando homogeneizar o conteúdo e quantidade de material dos carrinhos nas diferentes unidades, retirando o desnecessário e acrescentando o indispensável, de forma a agilizar o atendimento de emergência e reduzir o desperdício¹. O carrinho de emergência é uma estrutura móvel na qual se encontra um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, que são indispensáveis para a ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Dentro das competências do enfermeiro cabe ressaltar que além do diagnóstico do quadro da parada cardiorrespiratória (PCR), implementação das condutas iniciais do atendimento e organização da equipe, este deverá prover e organizar os materiais que devem fazer parte do carrinho de emergência, assim como determinar o responsável pelo seu abastecimento e manutenção periódica, garantindo assim, o seu funcionamento adequado². Em um estudo realizado em duas UTIs do estado de São Paulo, foram observados problemas relacionados aos recursos materiais e equipamentos gerados pela falta de checagem do carrinho de emergência como, por exemplo, falhas do desfibrilador, falta de materiais básicos como agulha, seringa, medicamentos, além de monitor incompleto³. A padronização dos carros de emergência deve respeitar a unidade de internação (Pronto Socorro, Enfermaria, UTI, CC, entre outros) e variáveis da faixa etária atendida (adulto e/ou infantil). Torna-se necessário, a implantação de uma rotina de conferência, que facilitará o controle e a organização do carrinho de emergência. A rotina estabelecida deverá ser seguida por todos os enfermeiros, em todos os turnos de trabalho. Com isso, espera-se agilizar e melhorar o atendimento de emergência, evitando possíveis danos ao paciente. Para o sucesso do atendimento de uma vítima de PCR, são necessárias RCP e desfibrilação precoce. Essas manobras dependem da

²² Enfermeira. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. Campo Grande- MS. Especialista em Urgência e Emergência pela UFSC.

²³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

²⁴ Enfermeira Especialista em Enfermagem do trabalho e em Auditoria de Sistemas de Saúde pela São Camilo. RJ. Brasil Foods- BRF Itajaí-SC

²⁵ Estudante do Curso de Enfermagem da UNIVALI – Itajaí-SC.

²⁶ Autora Relatora. Estudante do Curso Técnico em Enfermagem do SENAC. Itajaí- SC

disponibilidade e funcionalidade do equipamento de reanimação, que deve estar pronto para uso imediato e ainda do treinamento da equipe, o que pode ser feito por meio dos cursos de Suporte Básico de Vida e Avançado de Vida em Cardiologia. RCP de alta qualidade pode dobrar ou triplicar as taxas de sobrevivência após a PCR⁴. Após observação e participação nos atendimentos à PCR, pôde-se perceber que a falta de materiais, medicamentos e equipamentos nos carrinhos de emergências, geravam atrasos no início da reanimação cardiopulmonar e com isso, o atendimento tornava-se difícil e estressante para toda a equipe envolvida. A demora em prestar o atendimento à PCR pode causar danos irreversíveis ao paciente. Sendo assim, faz-se necessário conscientizar os enfermeiros a respeito da importância em manter o carrinho de emergência devidamente organizado; tornando o acesso a medicamentos, equipamentos e materiais de emergência mais dinâmica; proporcionando agilidade no atendimento e diminuindo riscos ao paciente e a equipe de saúde. **Objetivo:** Elaborar e implantar uma rotina de conferência do carro de emergência no CTI-Pediátrico e Pronto-Socorro Pediátrico do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. **Método:** Baseado na Tecnologia de Concepção foi elaborado um POP (procedimento operacional padrão) para normatizar a conferência, utilização, controle e reposição do carrinho de emergência. A primeira etapa do trabalho correspondeu ao levantamento do problema enfrentado no Pronto Socorro e Cti-Pediátrico do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul em situações de urgência e emergência. Na segunda etapa, foi realizada uma revisão bibliográfica com objetivo de fundamentar teoricamente o plano de ação. Utilizou-se como documento referência a Diretriz de Apoio ao Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – Código Azul – Registro de Ressuscitação – Normatização do Carro de Emergência⁵. A implantação do POP foi direcionada aos enfermeiros assistenciais e gerentes técnico-assistenciais dos setores citados. Na terceira etapa foi construído o POP, apresentado e entregue à coordenação na instituição. Por não se tratar de uma pesquisa, e sim de um plano de ação, este trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Pensando em diminuir as falhas no atendimento à PCR, causados pela falta de organização do carro de emergência, foi elaborado um POP que visa normatizar a conferência e reposição do mesmo. Depois de finalizada a construção, este foi apresentado e entregue à Coordenadora de Enfermagem e Gerentes Técnico-Assistenciais do Pronto-Socorro e CtiPediátrico do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. Todos os trabalhos elaborados para a instituição devem ser primeiramente validados por estas chefias, para posterior implantação. Foram informados no momento da apresentação, que o POP faz parte do trabalho de conclusão do curso de Pós Graduação em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Urgência e Emergência dado pela Universidade Federal de Santa Catarina. Receberam cópias do trabalho para leitura, revisão e possíveis adequações. Após a aprovação e implantação do instrumento será possível avaliar os possíveis benefícios trazidos pela normatização da conferência e reposição do carrinho de emergência. A padronização de normas e rotinas visa estabelecer uniformidade nas atribuições e cuidados de enfermagem. O POP foi elaborado com a intenção de definir um responsável e suas funções diante da organização, conferência e reposição do carro de emergência, visando melhorar o atendimento as urgências e emergências e diminuir possível erro devido negligência por parte do profissional enfermeiro. **Conclusão:** Toda unidade de saúde deve haver um carrinho de emergência devidamente organizado, em local de fácil acesso e pronto para um atendimento imediato. Torna-se responsabilidade do

enfermeiro realizar a checagem do mesmo a cada início de plantão. A elaboração do POP para normatização da conferência e reposição do carrinho de emergência objetivou melhorar e agilizar o atendimento ao paciente com risco de morte. Sabe-se da importância em prestar uma assistência de qualidade, que visa à recuperação do paciente, livre de erros causados por iatrogenia. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** A elaboração e implantação do POP resultam na organização do carrinho de emergência, e consequentemente na melhoria do atendimento à parada cardiorrespiratória, diminuindo o estresse na equipe de enfermagem e possíveis danos ao paciente.

Referências:

1. Vanheusden, LMS et al. Conceito fase-dependente na ressuscitação cardiopulmonar. Rev da SOCERJ. 2007 fev: 20(1). Disponível em:http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_01/a2007_v20_n01_art09.pdf. Acesso em: 03 de fevereiro de 2014.
2. Bellani MC, Araújo IIM, Araújo S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. Rev Bras Enferm, Brasília, 2010. nov-dez; nov-dez; 63(6): 1019-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/23.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2014.
3. Silva S C, Padilha KG. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: análise das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento. Rev esc enferm. USP, Dez 2000, vol.34, no. 4, p.413-420. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 de fevereiro de 2014.
4. Dalri MCB, Araújo IEM, Silveira RCCP, Canini SRMS, Cyrillo RMZ. Novas diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar. Rev Latino-am Enfermagem 2008 novembro-dezembro;16(6): 1060-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/20.pdf>. Acessado em: 08 de fevereiro de 2014.
5. Gomes AG, Garcia AM, Schmidt A, Mansur AP, Vianna CB, Ferreira D et al . Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia - Código Azul - Registro de ressuscitação normatização do carro de emergência. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2003 Oct 81(4): 3-14. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-82X2003001800001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2003001800001>. Acessado em: 10 de fevereiro de 2014. Palavras- chave: Ressuscitação cardiopulmonar. Material de emergência. Enfermagem.

CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO SOBRE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

Djeimis Willian Kremer²⁷, Eliane Regina Pereira do Nascimento²⁸

Introdução: O tratamento com medicamentos é essencial no cuidado à saúde, mas também pode ser causa de doença e morte, levando a um enorme ônus econômico para a sociedade. Apesar da utilização simultânea de vários fármacos aumentarem frequentemente a eficácia terapêutica, certas combinações são prejudiciais e podem levar ao aumento do risco de interações medicamentosas (IM)¹. As IM são entendidas como uma resposta farmacológica ou clínica causada pela combinação de medicamentos, diferente dos efeitos de dois medicamentos dados individualmente. O resultado final pode aumentar ou diminuir os efeitos desejados, ou causar efeitos adversos². A ocorrência de interações depende de diversas variáveis, entre as quais: condição clínica do paciente, número e características dos medicamentos, desconhecimento dos profissionais sobre as ações dos fármacos, entre outras. O ato de prescrever medicamentos no ambiente hospitalar, geralmente é relativo ao profissional médico, porém a execução da prescrição de medicamentos é atribuição da equipe de enfermagem, seja através do aprazamento, da transcrição, do preparo e da administração dos medicamentos e, muitas vezes, nestas etapas passam despercebidas potenciais interações³. Embora qualquer administração de medicamento seja suscetível a erros, aquelas realizadas com antineoplásicos apresentam especial perigo, em decorrência da complexidade do sistema de medicação, do baixo índice terapêutico dessa classe de medicamentos, o fato de serem tóxicos mesmo em doses terapêuticas, ou serem administrados em regimes terapêuticos altamente complexos e em pessoas com alterações oncológicas, o que indica uma população vulnerável, com baixa tolerância a falhas na assistência⁴. A falta de conhecimento é apontada como fator preponderante nos erros de medicação. Estudos apontam à necessidade de rever os conhecimentos farmacológicos dos enfermeiros, já que esse profissional é a principal fonte de informações para os demais membros na equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos), exercendo assim sua função de educador e líder da equipe⁵. É necessário conhecer e saber identificar possíveis IM, para não expor pacientes e profissionais a situações indesejadas, pois o uso de medicamentos em situações que desrespeitem os critérios de segurança pode provocar sérios danos ao paciente. Diante disso, melhorar a qualidade dos cuidados aos pacientes que ficam muito tempo internados, reforçar a vigilância para eventos adversos, melhorar os sistemas de comunicação e intensificar esforços educacionais referentes à terapia medicamentosa, são ações que seguramente reduziriam

²⁷ Autor Relator. Enfermeiro, Mestre profissional em enfermagem, membro do Grupo de Estudos no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS), atuante na Unidade de Clínica Médica II do Hospital Universitário (HU) da UFSC – Florianópolis, SC, Brasil.

²⁸ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem e do MPENF da UFSC, Pesquisadora do GEASS. Florianópolis, SC, Brasil. Orientadora do Estudo.

a ocorrência de interações medicamentosas⁶. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre interações medicamentosas (IM) associadas aos medicamentos antineoplásicos. **Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo, realizado através de abordagem quantitativa. A população constou de 14 enfermeiras, sendo nove enfermeiras assistenciais e cinco residentes de enfermagem. A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2014, na Unidade de clínica Médica que atende a especialidade de Hematologia de um Hospital Universitário da região sul do Brasil, por meio de um questionário composto por três partes. Na primeira parte foram levantados dados sócio-demográficos, relativos à formação/capacitação e sobre o conhecimento acerca das interações medicamentosas, a parte dois contemplou o conhecimento sobre a identificação de interações medicamentosas, para isto foram listadas 30 duplas de medicamentos e questionado se havia ou não interação entre elas ou se a pessoa não sabia a resposta (caso o participante respondesse que não sabia a resposta, automaticamente a sua resposta na parte três era também anulada) e, na parte três, verificou-se o conhecimento sobre manejo clínico relacionado às interações medicamentosas, neste item foram descritas as mesmas 30 duplas de medicamentos e ofertado 03 alternativas de manejo clínico, sendo somente 01 alternativa correta. Os achados foram registrados, processados e analisados por estatística descritiva no software Excel 2007© através de frequências absolutas, frequência relativa e média; para os testes de associação e medidas de correlação, utilizou-se o pacote estatístico IBM SPSS Statistics v.22s (Statistical Package for the Social Sciences). **Resultados:** Constatou-se que todos os participantes eram do sexo feminino 14(100%), 09(64,3%) tinham entre 20 a 30 anos, 09(64,3%) concluíram a graduação há menos de cinco anos e 11(78,6%) trabalham a menos de cinco anos com pacientes oncológicos, 12(85,6%) têm algum tipo de pós-graduação, 04(28,6%) participaram de atualização em farmacologia após a graduação e somente 02(14,3%) frequentaram especificamente cursos de atualização em interação medicamentosa. Com relação ao conhecimento sobre interação medicamentosa 10(71,4%) se consideram com conhecimento insatisfatório e todos referiram necessidade em participar de cursos de atualização em farmacologia, 12(85,7%) afirmaram ter conhecimento do que é interação medicamentosa e 14(100%) referiram que já tiveram dúvidas sobre este tema na prática. Quanto à identificação de interações medicamentosas, houve um acerto de 25,5%, 20,2% das questões foram respondidas incorretamente e 54,3% das respostas foram anuladas(os enfermeiros não souberam identificar se havia ou não interação entre as duplas de medicação). Em relação ao manejo, 19,2% foram respondidas corretamente, 25,5% foram respondidas incorretamente e as demais respostas, equivalente a 54,3%, foram anuladas. O estudo revelou que quanto maior a idade do profissional, maior o tempo de conclusão da graduação e maior o tempo de atuação com pacientes oncológicos, maior foram o número de acertos das interações medicamentosas e do manejo clínico. Outro dado revelado foi que quanto maior a participação nos cursos de atualização em farmacologia, maior foram os acertos com relação à interação medicamentosa das duplas dos medicamentos abordados, e também, houve um maior número de acertos das respostas associadas aos enfermeiros que tiveram atualização específica em interação medicamentos após a graduação. O estudo mostra que a experiência e o conhecimento específico são fatores positivos na prevenção de interações medicamentosas. De acordo com Nishi (2010), o conhecimento aprofundado é importante para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e, através dele, pode-se alcançar maior

autonomia e credibilidade, além de direcionar uma prática profissional pautada na responsabilidade e compromisso. Talvez este seja o primeiro passo para mudar a realidade atual, a aquisição de conhecimentos específicos e indispensáveis para a execução de uma função tão importante como a de administrar medicamentos. **Considerações finais:** Concluiu-se que há uma lacuna no conhecimento sobre farmacologia e, mais especificamente, sobre interação medicamentosa por parte dos enfermeiros, havendo a necessidade de maior capacitação e interesse da instituição na busca de meios que possam prevenir possíveis interações medicamentosas. A ocorrência de IM constitui um fato real e muito preocupante, pois aumenta consideravelmente a morbimortalidade dos pacientes criticamente enfermos. Deve-se considerar que, o estado crítico de tais pacientes já é suficiente para deixar a sua vida em risco e, por essa razão, a segurança na terapêutica medicamentosa deve ser um componente essencial para a prática. Assim, é indispensável melhorar as práticas de cuidados, principalmente, quando se trata da utilização de medicamentos antineoplásicos. Ressalta-se que essa pesquisa é um recorte no contexto em que se insere a enfermagem, apresentando limitações na abrangência de seus resultados, mas traz avanços sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre interações medicamentosas, tema frequente no cotidiano destes. Espera-se que o estudo contribua para o planejamento de estratégias de desenvolvimento de pessoal em enfermagem e saúde, subsidiando a práxis do cuidado para um melhor desempenho profissional, qualidade do serviço e segurança do paciente.

Referências:

- 1) Moura CS; AcuciovFA; Belo NO. **Drug-drug interactions associated with length of stay and cost of hospitalization.** J Pharm Pharm Sci. v. 12, n. 3, 2009, p. 266-272. Disponível em: <<file:///D:/Downloads/6266-15753-1-PB.pdf>> Acesso em: 26 jan 2015.
- 2) Corrêa JC. **Antibióticos no dia a dia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.
- 3) Faria LMP.; Cassiani SHB. **Interação Medicamentosa:** conhecimento de enfermeiros das unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enferm, Ribeirão Preto, v.24, n.2, 2011, p. 264-70.
- 4) Costa EC. **Segurança na administração de medicamentos antineoplásicos:** conhecimentos e ações de profissionais de enfermagem. 2012. Dissertação (mestrado), Universidade Federal de Goiás, 2012.
- 5) Fontenelle RE; Araújo, TI. Análise de planejamento dos horários de administração de medicamentos intravenosos em unidades de terapia intensiva cardiológica. **Revista Enferm UERJ.** v. 14, n.1, 2006.
- 6) Formiga LMF. **Interação medicamentosa:** conhecimento dos enfermeiros de um hospital público do Piauí. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Fortaleza, 2012.

COMPLICAÇÕES DE PACIENTE COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA CRÔNICA: UM ESTUDO DE CASO

Mirelly do Amaral²⁹, Mariana da Silva Bernardo³⁰, Ana Paula Padilha³¹.

Introdução: Mudanças de estilo de vida e desenvolvimento tecnológico resultam em grandes avanços para a saúde populacional, porém doenças cardiovasculares continuam sendo a principal causa de morte no Brasil, cerca de 33%¹. A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) atinge cerca de 4 a 10% da população, sendo que 20% das pessoas atingidas possuem 70 anos ou mais. A DAOP caracteriza-se pelo depósito de gordura, cálcio e outros elementos na parede das artérias, reduzindo o calibre e diminuindo a irrigação sanguínea nos vasos², podendo causar alterações como angina, IAM, arritmias, AVE, ou oclusão das artérias. É preciso a obstrução de 75% ou mais das artérias para que surjam os sintomas isquêmicos. Embora exista muita tecnologia atualmente, a amputação ainda é a terapêutica mais utilizada pelas equipes de saúde³. Amputação é o método em que há a separação de um indivíduo, total ou parcial, de um membro ou outra parte de seu corpo, sendo considerada uma perda tanto física quanto psíquica³. A amputação de membros inferiores é uma das principais consequências da DAOP, sendo a causa mais frequente de amputação no Brasil e destes, 66% são diabéticos, o que está diretamente relacionado com a neuropatia diabética na qual adiciona alterações fisiopatológicas graves. Logo a amputação de membros superiores dificilmente é causada por problemas vasculares, geralmente ocorrem devido à traumas⁴. A amputação de membros tem uma incidência mundial de mais de um milhão/ano⁵. A retirada do membro, os pacientes apresentam diversas complicações. A dor fantasma atinge 76,7% das pessoas amputadas, sendo considerada a de maior incidência. Outras complicações incluem infecções, hipoperfusão, dificuldade de processo cicatricial, sangramentos, entre outras⁶. Este estudo aborda o cuidado do enfermeiro para minimizar complicações pós amputação de membro por DAOP. **Objetivo:** Descrever como o enfermeiro pode contribuir na redução de complicações em pacientes submetidos a amputação devido a DAOP. **Método:** Trata-se de um estudo de caso, realizado através da observação participante. Foi realizado por três enfermeiras residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com ênfase em Alta Complexidade, durante permanência em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário. Cada enfermeira residente permaneceu por 30 dias consecutivos na unidade, em meses diferentes. Durante o período na unidade, cada enfermeira participou da realização dos cuidados ao paciente diabético com amputação do membro inferior (MI) devido a DAOP. As questões de saúde-doença do paciente foram atendidas de forma multiprofissional por profissionais da área da Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social, Medicina e Nutrição, tendo ainda o envolvimento indireto de outros profissionais da saúde. Os cuidados realizados foram condizentes com o quadro clínico e necessidades apresentados pelo paciente e família. **Resultados:** Os resultados expressam as condutas do enfermeiro em cuidados a um

²⁹ Autora Relatora. Enfermeira. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

³⁰ Enfermeira. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

³¹ Enfermeira. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

paciente com amputação devido a DAOP em diferentes etapas. **Caso:** paciente do sexo feminino, 74 anos, três filhos, com rede de apoio restrita por situação familiar. Comorbidades: Hipertensão, Diabetes Melitus tipo 2 e DAOP. Interna na emergência, trazida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência devido a trombose completa do membro inferior direito e infecção de endoprótese. Chega ao hospital comatosa, com hipoglicemia e sangramento moderado (não ativo) em ferida operatória (FO) do coto de amputação. Logo foi encaminhada ao Centro Cirúrgico para a retirada da endoprótese e para a amputação do membro inferior direito a nível de coxa. No pós-operatório, na unidade de internação cirúrgica, evoluiu com hipoperfusão do coto, visualizado por cianose e extremidade fria. Posteriormente, apresentou secreção purulenta e fétida em deiscência de FO do coto. Características da lesão após a amputação: áreas de granulação pálida, com secreção amarelada e fétida em região do coto, região inguinal com área extensa de necrose isquêmica. A paciente tornou-se apática, torporosa, com momentos de desorientação. Não aceitando as dietas oferecidas, consumindo apenas a suplementação indicada pela nutricionista. Apresentou constipação de 16 dias, glicemias alteradas em quase todas as verificações, períodos de hipo/hiperglicemia assintomáticas, períodos de hipertermia e dor intensa a mobilização no leito. Foi reavaliada pela equipe da medicina vascular e paliativa, sendo decidido prognóstico reservado, de acordo com seu quadro clínico. Assim iniciado tratamento clínico específico e antibioticoterapia sistêmica. **Cuidados do enfermeiro:** Cuidados a lesão; em apoio com a enfermeira especialista em feridas do hospital foi discutido melhor terapêutica para o caso. Iniciado tratamento diário com terapia tópica, debridamento conservador e instrumental, com boa evolução, redução gradativa do tecido necrótico e aumento de tecido de granulação e da sensibilidade dolorosa. Sendo realizado com analgesia tópica, cobertura com hidrofibra de prata, e uso de papaína gel a 5%. Após essas condutas e a intervenção diária pela equipe de enfermagem especializada, houve melhora gradativa da lesão que apresentou a deiscência de sutura em FO do coto com tecido de granulação e pequenas regiões de esfacelo, secreção serosa e diminuição do odor. A região inguinal apresentou tecido de granulação em túnel, com bom aspecto evolutivo. Outros cuidados do enfermeiro para otimizar o tratamento ao paciente foram relacionados a discussão em equipe multiprofissional, que visaram a melhora clínica, otimização da relação familiar e melhoria nas questões de gregária da paciente. Dos cuidados pontuais: conversa com nutricionista sobre suplementação e liberação de alimentos até então restritos a fim de otimizar nutrição; discussão com medicina sobre características da lesão, condutas médicas, aspecto psicológico, e analgesia da paciente; com a fisioterapia sobre possíveis mobilizações; com psicologia sobre aspecto diário da paciente, nível de consciência, terapêutica e relacionamento familiar; com serviço social auxiliando na resolução de problemáticas principalmente familiares; etc. Das condutas realizada pela equipe multiprofissional: reunião com família e visita domiciliar, para aproximar e estreitar relações, responsabilizar pelos cuidados e apresentar prognóstico; liberação de alimentos previamente restritos a fim de melhorar aporte nutricional; hipodermóclise para medicações SC, evitando que paciente sofresse com dor a punções; passeios em cadeira -“banho de sol”, estimulação a realizar atividades prazerosas (maquiar-se, ler, jogar, etc). Estas condutas contribuíram para redução de risco para infecção, melhora do nível de consciência, melhora do aspecto psicológico, contribuindo então para uma melhor qualidade de vida e estreitamento de laços familiares. **Considerações finais:** A terapêutica adequada realizada pelo profissional enfermeiro no tratamento de feridas contribui na melhoria da condição de saúde da pessoa com amputação. A amputação de um membro pode ter um processo cicatricial satisfatório se os profissionais estiverem capacitados para desenvolver um Plano de

Cuidado que visa facilitar a cicatrização do coto, a reabilitação do paciente e a restauração da qualidade de vida. Nesse estudo de caso fica evidenciado que com a perda da integridade da pele, associada a lesão por amputação, de longo tratamento, necessita-se de abordagem especializada. Além disso é fundamental o trabalho multiprofissional, pois através deste consegue-se responder as demandas de um paciente com multifatores como este. É portanto, importante lembrar que o enfermeiro tem papel fundamental nesse processo, uma vez que é o elo de ligação entre a equipe, estando ele em maior tempo de atendimento ao paciente- 24h/dia, e conhecendo as necessidades e condutas ideais para cada caso. Nota-se a importância de estudos a serem realizados no âmbito da enfermagem com relação ao tema amputação devido a DAOP, já que são poucos os trabalhos desenvolvidos. **Contribuições:** Este estudo contribui quando apresenta a complexidade e importância do atendimento do enfermeiro ao paciente pós amputação por DAOP. Permite também refletir sobre a amplitude de abordagem dos cuidados do enfermeiro a outros pacientes, pois esta profissão exige conhecimentos biológicos, mas também psicossociais. Contribui para apresentar as ações do enfermeiro e sua fundamental presença dentro da equipe multiprofissional.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Amputação; Assistência à Saúde.

Referências Bibliográficas

1. Nogueira F. Doenças cardiovasculares continuam sendo a principal causa de morte no Brasil [Internet]. 2012 [citado em 28 de ago. 2015] Abr. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/portal/index.php/noticias/1526-doencas-cardiovasculares-continuam-sendo-a-principal-causa-de-morte-no-brasil>
2. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Doença arterial obstrutiva periférica [Internet]. 2015. [citado em 28 de ago. 2015]. Disponível em: <http://www.sbacv.com.br/index.php/checkup-vascular.html>
3. Milioli R, Vargas MAO, Leal SMC, Montiel AA. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2012 Mai/Ago [Citado em 31 ago. 2015] 2(2):311-319. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4703/3755>.
4. Montiel A, Vargas MAO, Leal SMC. Caracterização de pessoas submetidas à amputação. *Enfermagem em foco* [Internet] 2012 [Citado em 31 ago. 2015] 3(4): 169-173. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/377/168>.
5. Senefonte FRA, et al. Amputação primária no trauma: perfil da região centro-oeste do Brasil. [Internet] *J. vasc. bras.* Oct./Dec. 2012 11(4) Porto Alegre. [Citado em 31 Ago. 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492012000400004&script=sci_arttext
6. Santos ACBC, Lee DLHM. Complicações pós operatórias em amputados de membros inferiores. *InterScientia* [Internet], João Pessoa, set./dez. 2014 2(3):190-198. [citado em 28 de ago. 2015]. Disponível em: <https://www.unipe.br/periodicos/index.php/interscientia/article/view/418>

CUIDADO AO PACIENTE EM CONDIÇÃO AGUDA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DISCENTE

Shara Bianca De Pin³², Keyla Cristiane do Nascimento³³, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt³⁴, Leandro Marins³⁵.

Introdução: O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) possui como disciplina obrigatória da quarta fase “O Cuidado no Processo de Viver Humano I – Condições Clínicas de Saúde”. Cujas finalidades são a de abranger conteúdos teórico-práticos relacionados ao papel do profissional enfermeiro em âmbito hospitalar e enfatizar a importância da aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) neste cenário de cuidado. O processo de enfermagem instrumentaliza e o auxilia na organização deste trabalho, além de qualificar a assistência do cuidado que é prestado¹. **Objetivo:** Apresentar relato de experiência reflexivo sobre a utilização do Processo de Enfermagem no cuidado ao paciente em condição aguda de saúde. **Metodologia:** Durante a graduação a discente da quarta fase do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizou acompanhamento de paciente hospitalizada em um hospital universitário do sul do Brasil, durante o período de dezesseis dias. Como atividades integrantes da disciplina, a discente realizou o processo de enfermagem, constituído por cinco etapas distintas, porém interligadas: o histórico de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem, o planejamento, a implementação e a avaliação. A partir da primeira etapa do processo de enfermagem: o histórico, que é realizado com a coleta sistemática dos dados através da consulta de enfermagem e de registros presentes no prontuário, foi possível identificar situações agudas de saúde vivenciadas ao longo do processo saúde-doença da paciente em questão, o que acabou por contribuir na assistência do cuidado que lhe foi realizado. **Resultados e discussão:** A paciente acompanhada relatou ter vivenciado único evento agudo durante a realização de um procedimento cirúrgico no ano 1990, no qual teve alterações hematológicas que resultaram em quadro hemorrágico. Estas alterações hematológicas foram investigadas através de exames laboratoriais, onde a mesma foi diagnosticada com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Registros presentes no prontuário apontaram as comorbidades de origem autoimunes que se manifestam agudamente, sendo elas: Necrólise Epidérmica Tóxica (NET), Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e Eritema Polimorfo Bolhoso. Este grupo de doenças é caracterizado histologicamente por apresentar acantólise, que é a separação das células epidérmicas no tecido lesionado.^{2, 3, 5} A NET e a SSJ, são dois distúrbios cutâneos raros, que ocorrem devido a reações mucocutâneas a medicamentos distintos.² 3 Ambas surgem do mesmo processo, caracterizado clinicamente por sensibilidade mucocutânea, eritema e intensa esfoliação da pele.^{2, 3, 5} Ocorrem em todas as faixas etárias, porém os idosos e os imunodeprimidos (caso da paciente em questão)

³² Autora Relatora. Acadêmica de Enfermagem da 5ª Fase do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; Bolsista de Iniciação Científica.

³³ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC.

³⁴ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC.

³⁵ Médico, especialista em Anatomia Patológica do CEPON/Florianópolis.

apresentam maior propensão de desenvolver o quadro de hipersensibilidade, devido a ingesta de diversos fármacos e pelo fato de seu sistema imunológico estar debilitado.^{2, 3, 5} Além das manifestações cutâneas já mencionadas, ambas as doenças, apresentam como manifestações clínicas: tosse, mal-estar geral, mialgia e alterações na temperatura corporal.^{2, 3, 5} Se faz necessária atenção sobre estas doenças e suas sintomatologias, pois podem evoluir para quadro de sepse que se não identificada e tratada, pode comportar risco de vida.^{2, 5} Após a construção do histórico de enfermagem, foram listados os problemas de enfermagem, os fatores relacionados à condição clínica de saúde e as potencialidades da paciente. Com base nestas listas, nove diagnósticos de enfermagem foram validados, de acordo com a taxonomia da NANDA Internacional 2012/20144 e formuladas suas respectivas intervenções. Os diagnósticos de enfermagem validados relacionados com os eventos agudos mencionados anteriormente foram: Integridade da pele prejudicada relacionado a deficiência imunológica e mudanças na pigmentação evidenciado por rompimento da superfície da pele; Proteção ineficaz relacionado a terapias com medicamentos (corticosteroides) evidenciado por deficiência na imunidade; Risco de infecção relacionado a defesas primárias e secundárias inadequadas; e risco de resposta alérgica relacionado a medicamentos (penicilinas). Diante dos diagnósticos de enfermagem validados, algumas intervenções de enfermagem foram implantadas a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada e prevenir outros eventos agudos, como por exemplo: monitorar a paciente durante e após administração de novos fármacos, alimentos nunca ingeridos, agentes de contraste e látex, afim de evitar reações de hipersensibilidade pelo uso de fármacos diversos; inspecionar a pele da paciente a cada plantão, registrando local, tamanho, forma e coloração das lesões, este monitoramento permite o acompanhamento e controle das lesões difusas presentes na pele da paciente e identificar novas lesões; manter controle e registro da curva de temperatura de 4/4h, o monitoramento da temperatura axilar permite verificar variações térmicas, como a febre que é um dos sinais cardinais da infecção, permitindo que intervenções possam ser realizadas a fim de amenizar o quadro apresentado. **Conclusões:** A partir da presente atividade realizada no decorrer do estágio na unidade da clínica médica, foi possível desenvolver uma parte do raciocínio clínico, necessário para a atuação profissional como futura enfermeira. O processo de enfermagem permitiu perceber a necessidade de desenvolver um raciocínio clínico, capaz de inter-relacionar as necessidades da paciente, não somente com as doenças que ela apresentava, mas também com o ser humano que ela é, permitindo a construção gradativa do cuidado integral à paciente. Acredito que a enfermagem é a profissão mais complexa que existe, além de cuidar fisicamente, cuidamos mental e psicologicamente, atendemos todas as dimensões do ser humano, e isso é incrível, pois enquanto futuros profissionais, precisamos nos empoderar de todo o conhecimento possível durante este processo de formação, para que no futuro sejamos brilhantes e excepcionais, profissionais que buscam e tenham como objetivo diário, realizar uma assistência individualizada e de qualidade para todo o ser humano que esteja sob nosso cuidado.

Referências:

1. Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MC. Processo de Enfermagem na Prática Clínica – Estudos clínicos realizados no Hospital das Clínicas de Porto Alegre.



Porto Alegre: Artmed; 2011. 319p.

2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: tratado de Enfermagem Médico-Cirurgia. 12 ed. v. 3. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2014, cap. 53, Histórico e cuidados aos pacientes com distúrbios alérgicos; p. 1609-1633. 3. Stefani SD, Barros E. Clínica Médica: consulta rápida. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 1091.

4. North American Nursing Diagnoses Association. Nursing Diagnoses: definitions and classification: 2012/2014. Philadelphia: NANDA, 2013. 5. Kumar V, Abbas A.K, Fausto N, Mitchell R.N. KUMAR, V. et al. Robbins: Patologia Básica. 8. ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2008, p. 115-186.

EDEMA DE GLOTE PÓS EXTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM UMA UTI: UM ESTUDO DE CASO

Ana Carolina Zanchet Cavalli³⁶, Mirelly do Amaral³⁷, Ana Paula Padilha³⁸, Nayala Lirio Gomes Gazola³⁹.

Introdução: A ventilação mecânica (VM) ocorre pelo uso de equipamento para fornecer suporte ventilatório ao paciente. Está indicada na insuficiência respiratória crônica ou aguda, propiciando melhora de trocas gasosas e menor necessidade de força respiratória. Pode ser utilizada na forma não invasiva, através de uma interface externa, ou invasiva por meio de um tubo endotraquel ou traqueostomia.¹ Se um paciente apresenta diminuição de oxigenação, aumento nos níveis de dióxido de carbono, acidose persistente, alterações significativas da frequência respiratória e da capacidade vital, a ventilação mecânica pode ser necessária. A intubação endotraqueal envolve passagem de um tubo através da boca ou nariz para dentro da traqueia. A VMI não está indicada para uso além de três semanas, a partir desse período é necessário optar por outro método ou iniciar desmame de ventilação mecânica (DVM)². O DVM é o processo de retirada do paciente do ventilador mecânico, deve ser realizado o mais precoce possível, mas é necessário completo conhecimento de caso clínico para tomar essa decisão. Quando o paciente apresenta sinais como: estabilidade hemodinâmica, reversão da doença e melhora de nível de consciência, os índices de desmame devem ser avaliados. Esses índices objetivam estabelecer prognóstico para esse processo, uma vez que não pode ser definido apenas pelo teste de respiração espontânea ou impressão clínica. O DVM ocupa cerca de 40% do tempo de VMI e é geralmente eficaz para a maioria dos paciente, mas para 20% destes, há falha na primeira tentativa. O sucesso do DVM é confirmado após 48 horas de extubação sem necessidade de retorno a esta.³ Apesar das vantagens no tratamento, a VMI pode trazer complicações como: pneumonia, disfunção diafragmática, polineuropatia, depressão do reflexo da tosse, secreções mais espessas, depressão dos reflexos de deglutição, edema de glote e ulceração ou estenose de laringe ou traqueia. O edema de glote é uma das causas mais comuns de obstrução de vias aéreas associada ao trauma pós extubação em pacientes atendidos em unidades de terapia intensiva (UTI). O nível de gravidade do edema de glote pode variar em alguns casos e dependendo do comprometimento respiratório levar a reintubação⁴. Em casos de

³⁶ Autora relatora. Fisioterapeuta Graduada pela Universidade do Vale do Itajaí. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Alta Complexidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (UFSC).

³⁷ Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Alta Complexidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (UFSC).

³⁸ Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Centro-Oeste e pós graduada em Urgência e Emergência pela Faculdade Guairacá. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Alta Complexidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (UFSC).

³⁹ Fisioterapeuta da UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Alta Complexidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (UFSC).

menor gravidade, medidas terapêuticas são aplicadas, como o uso da ventilação não invasiva (VNI) e terapias medicamentosas. **Objetivo:** Relatar um estudo de caso clínico de paciente com quadro de edema de glote pós extubação orotraqueal. **Descrição Metodológica:** O presente trabalho, é um estudo de caso realizado com paciente internado na UTI de um Hospital Universitário do Sul do Brasil em Setembro de 2015. Trata-se de um estudo descritivo, de método qualitativo, realizado com paciente em situação aguda de saúde, que após extubação apresentou edema de glote. Os dados aqui registrados foram coletados a partir da observação participante durante a situação clínica, suas repercussões e análise da terapêutica escolhida por residentes de Fisioterapia e Enfermagem da Residência Multiprofissional de Saúde, com enfoque em Alta Complexidade, deste hospital. **Caso clínico:** Z.P.S, brasileira, 66 anos, sexo feminino, aposentada, tabagista ativa. Como comorbidades apresenta: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência renal crônica dialítica há 6 meses. Internou no hospital com quadro de hipercalemia grave e instabilidade hemodinâmica, evoluiu com alteração do nível de consciência, fraqueza muscular em membros inferiores e posteriormente em membros superiores e cervical. Logo após admissão na UTI, foi submetida à intubação orotraqueal (IOT) para proteção de vias aéreas. Paciente permaneceu na UTI por quatro dias sendo três destes em IOT. Durante a internação realizou 3 sessões de hemodiálise. Com estabilização do quadro de hipercalemia e demais exames laboratoriais, acompanhado de melhora do nível de consciência, foi realizado o desmame gradativo da VM, uma vez que a paciente permaneceu em VM por Pressão Suporte com parâmetros a níveis compatíveis com os do teste de respiração espontânea (5 a 7 cmH₂O)⁵. Foi então progredida a extubação orotraqueal, realizado pela fisioterapeuta e enfermeiras residentes. Após extubação paciente apresentou rouquidão na fala e estridor laríngeo durante ausculta, sintomatologia que caracteriza edema de glote. Iniciou-se então tratamento farmacológico e suporte ventilatório. Seguindo prescrição médica foi realizado nebulização com adrenalina e hidrocortisona 500mg endovenoso. Quanto ao suporte ventilatório, utilizou-se VNI, através do aparelho Synchrony II com AVAPS da Philips, com uso da máscara performax, seguindo os seguintes parâmetros: IPAP 14cmH₂O; EPAP 8cmH₂O; FiO₂: 32%. **Resultado/discussão:** Trinta minutos após condutas farmacológicas e uso da VNI houve uma diminuição do estridor laríngeo, uma hora após evoluiu para ausência. A adrenalina inalatória tem um efeito importante na diminuição dos sintomas do edema de glote, pois atua como vasoconstritor na mucosa da região subglótica e, dessa forma, diminui o edema. Como a ação do medicamento é breve, em torno de 2 horas, o paciente pode retornar ao estado inicial de desconforto após esse período. A hidrocortisona diminui ou previne as respostas do tecido aos processos inflamatórios, o que reduz os sintomas da inflamação sem tratar a causa subjacente⁶. A VNI foi mantida por 5:45h como forma de evitar a re-intubação orotraqueal. O uso da ventilação não invasiva com pressão positiva (VNI) para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda tem sido responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e custos do tratamento. Apesar disso, a VNI não é recomendado como método de resgate na insuficiência respiratória desenvolvida após a extubação, pois ela pode retardar a re-intubação⁷. **Conclusões:** Nos cuidados ao paciente pós extubação é importante a assistência multiprofissional preparada para atuar em situação aguda como o edema de glote. O uso da VNI e opções farmacológicas, neste caso, evitou a re-intubação orotraqueal e demais complicações relacionadas a esse procedimento.

Torna-se necessário estudos mais aprofundada sobre a temática, afim de orientar para escolhas das condutas no atendimento a pacientes com esse tipo de situação aguda de saúde. **Contribuições:** O presente estudo contribuiu quando apresentou terapêuticas efetivas no tratamento de edema de glote. Demonstra a importância do trabalho multiprofissional aos pacientes com condições agudas em unidade de terapia intensiva.

Referências:

1. Diretrizes Brasileira de Ventilação Mecânica; org. Barbas CSV; Ísola AM; Farias AMC [online].2013. [Citado em 08 set 2015]. Disponível em: http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Dir_VM_2013/Diretrizes_VM2013_SBPT_AMIB.pdf.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. v.4.ed.10ª, Rio de Janeiro. 645-647.2005.
3. Nemer SN, Barbas CSV. Parâmetros preditivos para o desmame da ventilação mecânica. 2010 [citado em 08 Set de 2015] Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=71
4. Hartley M, Vaughan RS - Problems associated with tracheal extubation. Br J Anaesth, 1993;71:561-568.
5. Goldwasser R, et al. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Cap. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. [citado em 08 Set de 2015], 19:3:384-392, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a21.pdf>
- 6 Mannarino RV, Ostrução Respiratória Alta Complexidade em Pediatria. In: Revista de Pediatria SOPERJ - v. 13, no 2, p54-60 dez 2012
7. Schettino GPP et al. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Cap Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva, [citado em 08 Set de 2015], Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_151_47_3cap3.pdf

ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE ADMISSÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

José Altamir Batista da Costa⁴⁰, Patrícia Madalena Vieira Hermida⁴¹

Introdução: O Brasil tem o trauma como uma importante causa de morbimortalidade, o que justifica a implantação de registros de trauma nos prontos-socorros como recursos fundamentais para a melhoria do atendimento aos pacientes traumatizados, uma vez que estes permitem gerenciar recursos de maneira mais eficaz e orientar medidas de prevenção e tratamento⁽¹⁾. **Objetivo:** Descrever a experiência da elaboração de um instrumento de registro da admissão de pacientes vítimas de trauma, na emergência de um hospital público do município de Palmas/Tocantins. **Método:** Trata-se de um relato de experiência da elaboração de um instrumento para ser utilizado na admissão de pacientes vítimas de trauma na emergência de um hospital geral e público, do município de Palmas/TO. O hospital serve de referência em Tocantins e estados vizinhos para os atendimentos de alta complexidade. Inaugurado em 2005, a instituição possui 305 leitos e tem mais 200 em construção, seis salas cirúrgicas, UTI com capacidade de 22 leitos e com mais de 25 especialidades médicas. Possui o maior corpo efetivo de enfermagem do estado, atende a tríplice finalidade (ensino, pesquisa e assistência) e integra a rede nacional de hospitais sentinela da Agência Nacional de Vigilância (ANVISA), para notificação de queixas técnicas e efeitos adversos relacionados a produtos de saúde. Está sendo implantado no hospital o Programa SOS emergência, do Ministério da Saúde. A elaboração do instrumento de registro proposto neste estudo ocorreu no período de dezembro de 2013 a março de 2014, com base em uma ampla revisão de literatura sobre o tema. O instrumento foi estruturado em apenas um lado de uma folha de papel e apresenta desenhos (regiões do corpo e pupilas) e pequenos espaços para resposta descritiva, de assinalar ou em símbolo. Além disso, está constituído por: dados de identificação da vítima; data da entrada na emergência hospitalar; dados que caracterizam a situação do trauma e do atendimento pré-hospitalar. Após a elaboração do instrumento o mesmo foi apresentado aos diretores e coordenadores do Pronto-Socorro, a fim de disponibilizá-lo no setor para a sua implantação e anexo ao prontuário. Por não se caracterizar como pesquisa, este estudo não foi submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições das situações assistenciais envolvendo pacientes, dispensando assim a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Foi elaborado um instrumento para o registro do atendimento inicial do paciente vítima de trauma na emergência hospitalar. Para tanto, considerou-se o entendimento de que o instrumento deve constituir um roteiro organizado e direcionado para o levantamento do grau do trauma ocorrido no paciente, de modo a proporcionar o julgamento traumático. Além disso, deve ser significativo para o enfermeiro e para o paciente, possibilitando por meio da coleta dos dados, identificar os problemas reais ou potenciais do paciente e oferecer subsídios ao

⁴⁰ Enfermeiro, Especialista em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência. Palmas, TO, Brasil.

⁴¹ Autora Relatora. Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista CAPES. Florianópolis, SC, Brasil.

planejamento dos cuidados para que a assistência seja voltada às necessidades identificadas na vítima, prevenindo as possíveis complicações. O instrumento elaborado contempla dados relacionados à: *a) identificação da vítima* - é solicitado o preenchimento do nome do paciente, idade e sexo, além da data de entrada da vítima na emergência; *b) tipo de acidente* - são apresentadas as possíveis situações em que a vítima sofreu o acidente de trânsito, devendo ser assinalada uma das opções; *c) tipo de transporte* - são oferecidas alternativas de transporte que pode ter sido utilizado pelo paciente no atendimento pré-hospitalar, garantindo a sua chegada até o hospital; *d) uso de equipamentos de segurança* - prevê que seja informado na admissão do paciente o uso do cinto de segurança ou capacete no momento em que ocorreu o trauma. Ainda relacionada à segurança do paciente na ocasião do trauma, deve ser assinalado se ele estava ou não com hálito etílico; *e) avaliação neurológica/percepção sensorial* - apresenta a escala de coma de Glasgow, de uso comum na avaliação do paciente crítico⁽²⁾, pela qual são somados e registrados os valores referentes à abertura ocular, resposta verbal e motora, correspondentes à condição da vítima do trauma. Também são apresentados desenhos das pupilas direita e esquerda em condições distintas (isocóricas, anisocóricas, mióse, midríase, fotorreagentes ou não) para que o enfermeiro, ao avaliar o paciente, possa identificá-las com uma dessas condições e, assim, assinale aquela que melhor caracteriza a situação da vítima; *f) exame do aparelho respiratório/oxigenação* - registra-se os dados da avaliação ventilatória (inspeção e ausculta pulmonar) realizada pelo enfermeiro; *g) regiões do corpo* - após a avaliação clínica da vítima, o enfermeiro, obedecendo à legenda que identifica as lesões (abrasão, hematoma, laceração, contusão, fratura ou escoriações), registra com um dos símbolos correspondentes cada região do corpo que sofreu a lesão; *h) procedimentos realizados* - deve ser assinalado o tipo de procedimento que foi realizado na vítima dentre as opções sugeridas; *i) destino do paciente* - o enfermeiro registra qual o destino do paciente após o atendimento do setor de emergência. **Conclusão:** Considera-se atingindo o objetivo do estudo uma vez que foi elaborado um instrumento para o registro dos dados dos pacientes vítimas de trauma atendidos na emergência do hospital em questão. Apesar de muito se discutir sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), no cotidiano do trabalho o ato de sistematizar ainda não é realizado efetivamente em muitos hospitais pelos profissionais de enfermagem, o que muitas vezes está relacionado aos tantos papéis desempenhados pelo enfermeiro⁽²⁾. Acredita-se que é de suma importância a aplicação de um instrumento de registro de enfermagem na sala de emergência no atendimento aos pacientes traumatizados, juntamente com a educação permanente, a fim de uniformizar as ações de enfermagem e respaldar a atuação do profissional. Entretanto, destaca-se que esses instrumentos não devem em momento algum “robotizar” as ações de enfermagem tornando mecânico e pouco humanizado o atendimento prestado, mas colaborar no direcionamento da equipe para um atendimento mais ágil e eficaz. **Contribuições/implicações para a área da saúde/enfermagem:** O instrumento de registro elaborado poderá na prática diária do enfermeiro facilitar as anotações dos dados assistenciais, melhorando os registros no setor de Emergência, que serão anexados no prontuário dos pacientes, qualificando a assistência e a gestão do cuidado, bem como o controle de custos e auditorias. Além disso, acredita-se que o instrumento contribuirá para o reconhecimento do enfermeiro e valorização do seu papel profissional.



Referências

1. Rezende Neto JB, Reis PCA, Carreiro PRL, Figueiredo RCP. Registro de trauma: uma necessidade nos prontos-socorros do Brasil. Rev Med Minas Gerais. 2009; 19(3):248-52.
2. Silva RS, Pereira A, Ribeiro AG, Marinho CMS, Carvalho IS, Ribeiro R. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. Rev enferm UERJ. 2012; 20(2):267-73.

PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PRIMEIROS SOCORROS NA EDUCAÇÃO ESPECIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maíra Antonello Rasia⁴², Eliane Regina Pereira do Nascimento⁴³, Kátia Cilene Godinho Bertocello⁴⁴, Luciana Bihain Hagemann⁴⁵, Walnice Jung⁴⁶, Nívia Michelli Garcia Vieira⁴⁷.

Introdução: O termo primeiros socorros são definidos como os cuidados imediatos e temporários que devem ser prestados rapidamente a uma pessoa, vítima de acidentes ou de mal súbito, cujo estado físico põe em perigo a sua vida, com o fim de manter as funções vitais e evitar o agravamento de suas condições, aplicando medidas e procedimentos até a chegada de assistência qualificada¹. É um tema de grande relevância, requerendo conhecimento e capacitação para o seu atendimento, pelo maior número de pessoas possíveis (leigos ou profissionais da saúde), a fim de minimizar problemas e a mortalidade advinda destes eventos. A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) é uma associação civil, filantrópica, de caráter assistencial, educacional, cultural, de saúde, de estudo e pesquisa, desportivo e outros, sem fins lucrativos, com duração indeterminada. O educando que frequenta a APAE, possui deficiência intelectual associada ou não a outra deficiência, e em virtude de ser um aluno especial, percebeu-se a importância de ter noções básicas de prevenção de acidentes e atendimento inicial em situações de emergência. As recorrentes situações que podem ser prevenidas e os conhecimentos em um primeiro atendimento, faz com que a difusão dessas informações torne-se necessária dentro dos mais diversos cenários. A importância da capacitação por meio de atividades educativas sobre a prevenção, avaliação e condutas em situação de emergência é imprescindível. Afinal, a não veiculação de informações sobre o que fazer frente a um acidente e também aos agravos que este pode causar, que em regra envolvem atitudes simples relacionadas à prática de primeiros socorros, transforma situações contornáveis em potencialmente danosas². A falta de conhecimento de pessoas leigas leva a inúmeras falhas, como a manipulação incorreta da vítima e a solicitação desnecessária do socorro especializado em emergência³. Noções de primeiros socorros conferem à comunidade maior segurança para tratar de seus problemas de saúde⁴. **Objetivo:** Descrever a experiência de educandos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais em oficinas de primeiros

⁴² Autora Relatora. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFSC. Enfermeira responsável técnica da APAE de Florianópolis, SC, Brasil

⁴³ Doutora em Enfermagem. Líder do GEASS. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

⁴⁴ Doutora em Enfermagem Fundamental. Vice líder do GEASS. Professora Adjunta IV, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

⁴⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde. Enfermeira da unidade de emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

⁴⁶ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista CAPES. Florianópolis, SC, Brasil

⁴⁷ Assistente Social. Especialista em psicopedagogia clínica e institucional. Diretora técnica operacional da APAE de Florianópolis, SC, Brasil.

socorros. **Descrição metodológica:** Relato de experiência realizado em uma instituição filantrópica de educação especial. A população constituiu-se de educandos das turmas de educação profissional, com a amostra de 57 educandos distribuídos em quatro turmas. A média por turma de 14 educandos, com idade média de 17 anos. As oficinas ocorreram no segundo semestre do ano de 2014, e foram realizadas por turma, devido à dificuldade de compreensão dos participantes e para proporcionar melhor concentração em pequeno grupo. Foram realizadas ao total, quatro oficinas de primeiros socorros e de prevenção de acidentes, denominadas: “SOS fique alerta: prevenindo doenças e evitando acidentes”. As oficinas aconteciam no período matutino, com média 50 minutos de duração, sendo ministradas pela enfermeira da instituição. Os conteúdos eram ensinados por meio da associação da teoria e prática, com demonstrações para que o educando tivesse oportunidade de executar atividades em bonecos ou simulação em seus colegas. A experiência contou com dois tipos de avaliação: assimilação dos conteúdos e avaliação quanto à dinâmica da oficina sob a visão dos educandos. **Resultados:** As atividades foram iniciadas com uma dinâmica de apresentação de cada educando e exposição de conhecimentos tanto da enfermeira quanto dos educandos sobre o tema. Cada oficina compôs-se de dois temas, sendo respectivamente: desmaio e atropelamento; choque elétrico e queimadura; afogamento e engasgo; picada de animal peçonhento e sangramento nasal. Esses temas foram escolhidos devido a maior preocupação, demanda e facilidade de compreensão pelos educandos. Nas oficinas foram utilizadas recortes com confecção de cartazes; desenhos e pintura de material; teatro e demonstração em material didático (filmes e imagens em Power point). No final das oficinas, foi confeccionado por alguns educandos de cada turma, um cartaz abordando todos os temas das oficinas, para ser exposto na festa da família realizada na própria instituição, onde inclusive são expostos outros trabalhos realizados pelos educandos. Muitas vezes, o primeiro atendimento em situações de emergência é realizado pela população leiga que se encontra próximo à vítima ou ao local do acidente, assim acredita-se que o conhecimento básico destes educandos é necessário para oferecer o atendimento. Além da prevenção espera-se um reconhecimento e possível auxílio em uma situação de emergência. Essas atividades possibilitaram o conhecimento de educandos de uma instituição de educação especial, sobre o tema abordado visando a primordialmente a prevenção e uma básica e primordial compreensão de primeiros socorros. Ministrando cursos de primeiros socorros para educandos especiais pode ser um meio importante de contribuir para o decréscimo dos índices de morbimortalidade decorrentes de acidentes. Esta prática aprofunda o caráter interativo e proporciona o direito e o respeito às diferenças. É importante analisar o conhecimento prévio dos educandos, quanto à prevenção e aos primeiros socorros, uma vez que a maioria já teve alguma informação, certa ou errada sobre a maneira de proceder em casos de acidentes mais comuns em seu dia a dia. Estratégias como a dramatização e o teatro de fantoches foram mais eficazes do que exposição dialogada e demonstrações. Chamamos a atenção para a observação dos alunos sobre o quanto ensinar na prática é ainda a melhor estratégia. **Conclusões:** Os educandos com necessidades educativas especiais em sua maioria não recebem informação e conhecimento específicos para a prática de primeiros socorros. A educação é o principal alicerce da vida social e tem uma clara tarefa em relação à diversidade humana. Assim o ensino de medidas iniciais de emergência como prática educativa em saúde deve ser amplamente disponibilizado e democratizado nas unidades escolares como forma de

reduzir as vulnerabilidades desta população. As atividades desenvolvidas nas oficinas propiciaram a formação de sujeitos com conhecimento e prática acerca do tema, e, dentro de sua capacidade, enfrentar situações complexas em seu cotidiano. Sugerimos estas oficinas sejam ministradas as outras turmas da instituição por se tratar de um tema de grande espectro na vida destes educandos e comunidade, pois prevenir e atender nos primeiros socorros são estratégias propositivas. **Implicações para a área da enfermagem:** A realização de oficinas por um profissional da área da saúde proporciona maior desempenho e interesse do educando pelo tema abordado e contribui para que o profissional pratique e adeque seus conhecimentos a jovens de educação especial, que necessitam de maior atenção e dedicação do profissional.

Referências

- 1 Brasil, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Vice Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. NUBio Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 170p.
- 2 UNIVERSIDADE DE CAMPINAS: Manual de Primeiros Socorros: Saúde Ocupacional e Primeiros Socorros. Campinas: CSS/Cecom-Unicamp, 2012.
- CRUZ, I. R. et al. Programa Caririense de Emergências Médicas – abordando os primeiros socorros em escolas públicas do Cariri. In: ENCONTRO UNIVERSITÁRIO DA UFC NO CARIRI, 2. Cariri-CE, 2010.
- 3 FIORUC, B. E.; Molina, A. C.; Junior, W. V.; Lima, S. A. M. Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo. Rev. Eletr. Enf., v. 10, n. 3, p. 695-702, 2008.
- 4 VERONESE, A.M. et al. Oficinas de primeiros socorros: relato de experiência. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre, v.31, n.1, mar.2010. Acesso em: 30 abril 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100025&lang=pt

PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE FERIDAS EM CONDIÇÕES GRAVES

Mayara Ana da Cunha⁴⁸, Shirlei Marcelino Izabel⁴⁹, Maria Elizete Lopes Martins⁵⁰, Talita Raquel Teixeira dos Santos⁵¹, Patrick Schneider⁵².

Introdução: O tratamento de feridas é um dos campos que está diretamente relacionado à atuação do profissional enfermeiro. Saber analisar, prescrever e tratar de forma coerente respeitando as especificidades de cada ferida são etapas fundamentais para proporcionar um ambiente adequado para a cicatrização desta. Sendo assim, é evidente a importância da visão clínica do enfermeiro acerca do processo evolutivo da ferida, bem como seu conhecimento a respeito da associação de coberturas e curativos. Ferida, caracteriza-se pela perda da continuidade da pele gerada por traumas a tecidos. Estas alterações podem ser geradas por diferentes fatores, tendo a possibilidade de desenvolver-se de forma patológica, intencional ou traumática, por meios intrínsecos ou extrínsecos. A classificação das feridas é feita a partir de diversas variáveis que incluem sua maneira de instalação, o tempo de permanência e até mesmo as características que ela apresenta. **Objetivos:** Haja vista o supracitado, o presente trabalho tem por objetivo discorrer acerca de um relato de caso de uma unidade de saúde, abordando a participação do profissional enfermeiro no processo de avaliação e tratamento de feridas em condições graves bem como clarificar sobre a utilização de coberturas e curativos para o tratamento das mesmas. **Descrição Metodológica:** O presente relato, parte de uma experiência vivenciada em uma unidade de saúde, tendo por objeto de estudo a Sra. O. F. A., aposentada, viúva, 85 anos. Esta sofre uma queda, que por um processo de cisalhamento, ou seja, aplicação de uma força sobre a pele que gera alterações de seus planos, deu-se a instalação de uma ferida ampla em região glútea direita apresentando bordas irregulares e capa necrótica. Com base nos conhecimentos fisiológicos, é sabido que o processo de cicatrização não se desenvolve na presença de tecido desvitalizado, sendo assim, uma das intervenções indicadas para este caso é a aplicação de Técnica de Square seguido de administração de produto que favoreça o debridamento do tecido desvitalizado. A Técnica de Square baseia-se na utilização de lâmina de bisturi para realização de cortes na capa necrótica, afim de promover absorção do produto debridante, favorecendo o preparo do leito da ferida para o processo cicatricial. No presente relato, não consentiu-se a utilização de tal técnica, sendo o Hidrogel a escolha para o tratamento. O hidrogel consiste em um gel a base de água que favorece o processo de autólise, indicado para o tratamento de feridas com tecido desvitalizado. Além do tratamento tópico, realizou-se debridamento cirúrgico, ou seja, a remoção

⁴⁸ Autora Relatora. Enfermeira. Mestre em Educação. Enfermeira do Centro Especializado de Reabilitação – CER II. Professora da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

⁴⁹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem UNIVALI.

⁵⁰ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem UNIVALI.

⁵¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem UNIVALI.

⁵² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem UNIVALI.

instrumental da capa necrótica, esta feita pelo profissional médico tendo em vista a extensão e profundidade da ferida. Em retorno a unidade de saúde, uma avaliação interprofissional evidenciou a presença de secreção purulenta no leito da ferida. Outra vez, com base na fisiologia e nos processos patológicos, fica claro que a presença de secreção desfavorece a progressão de tecido de granulação, logo, o processo de cicatrização é prejudicado. Por designo do profissional avaliador, o produto de escolha para o tratamento da ferida foi a Placa de Hidrocoloide. Esta cobertura é indicada para a prevenção de feridas ou para o tratamento de feridas sem, ou com leve exsudação, o que não se aplica ao caso do presente relato. Sendo assim, a aplicação da cobertura de Hidrocoloide não surtiu efeito terapêutico para o caso descrito. Colateralmente ao uso da placa de Hidrocoloide, fez-se a aplicação de Ácidos Graxos Essenciais – AGE, produto de consistência oleosa que revitaliza e mantém o meio hídrico, favorecendo a troca de nutrientes através das membranas celulares. Uma nova avaliação em conjunto com professora e acadêmicos do curso de graduação em enfermagem proporcionou o direcionamento do olhar clínico e o indício da conduta terapêutica a ser tomada. Além da manutenção da limpeza e troca de curativos secundários, adotou-se a utilização de Alginato de Cálcio como curativo primário. O alginato de cálcio é composto por um conjunto de fibras que permitem a troca iônica e favorece o debridamento autolítico. Seu uso é indicado para feridas infectadas e altamente secretivas. Haja vista sua capacidade absorviva; **Resultados:** A correta interpretação do quadro da Sra. O. F. A., permitiu a intervenção de maneira correta. Quanto ao estadiamento do processo: Quando instalada, a ferida apresentou uma extensão de aproximadamente 15 cm de comprimento e 9 cm de largura, além da presença de tecido desvitalizado em todo o percurso. Após a realização do debridamento cirúrgico, o hidrogel favoreceu o amolecimento do tecido desvitalizado ainda presente, porém, as dimensões da ferida mantiveram-se as mesmas. A utilização de alginato de cálcio proporcionou a absorção da secreção, o que permitiu o aparecimento de tecido de granulação e o início do processo de contratura das bordas da ferida. A continuidade de sua utilização evidenciou na última avaliação o evolução da absorção de secreção, que passou de "grande quantidade", para "pequena quantidade". Quanto as dimensões, a ferida apresentou comprimento de 8 cm de 3,5 cm de largura. **Conclusões:** O tratamento de feridas é cingido de uma gama de variáveis, onde o conhecimento técnico-científico do profissional deve ser refinado. O profissional enfermeiro, em suas atribuições, tem um papel fundamental neste processo, haja vista sua idoneidade para desempenhar tal papel. É importante salientar que os custos relacionados ao tratamento de feridas representam uma importante montante. A avaliação correta garante economia de materiais e mão de obra, além de proporcionar maior conforto e segurança para o paciente. **Contribuições/implicações para a área da enfermagem:** Fica evidente a atuação do profissional enfermeiro frente ao processo de recuperação de feridas. O trabalho permite um olhar crítico acerca da sistematização do tratamento de feridas, e a capacitação técnica e científica do enfermeiro. Evidenciamos também a necessidade da instalação de formação e capacitação continuada para a equipe de trabalho, afim de promover atuação eficiente e imediata, melhorando a qualidade e efetividade do atendimento, bem como promovendo a diminuição de custos através da análise custo/benefício para o setor saúde.



Referências:

1. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009.
2. Costa, A. L. J.; Eugenio, S. C. F. **Cuidados de Enfermagem**: eixo ambiente e saúde. Porto Alegre: Artmed, 2014.
3. Moraes, G. F. C.; Oliveira, S. H. S.; Soares, M. J. G. O. Avaliação de feridas por enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Rev. Texto e Contexto Enfermagem 2008; 17.

O TECER DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Sabrina Guterres da Silva⁵³, Marciele Misiak⁵⁴, Luciana Bihain Haggeman⁵⁵, Eliane Regina Pereira do Nascimento⁵⁶.

Introdução: Embora a Constituição Federal de 1988 estabeleça, no art. 198, que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” o que se vislumbra na prática são serviços de saúde isolados e incomunicados entre si, que por consequência são incapazes de prestar uma atenção contínua e integral à população¹. Visando resolver essa problemática, em 2010 o Ministério da Saúde instituiu pela Portaria 4.279, diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, cujo objetivo é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, e econômica². Compreendendo a organização de atenção à saúde em RAS e considerando a diversidade dos contextos regionais do país, foram estabelecidas em 2011 as redes prioritárias ou temáticas de atenção à saúde entre as quais a Rede de Atenção às Urgências e Emergências³. Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro. Nesse sentido, três linhas de cuidado foram estabelecidas como prioritárias na RUE, quais sejam: cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. Considerando a relevância e importância da temática, que trata de uma política em fase de implementação, o presente trabalho busca refletir acerca da instituição da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS e suas implicações na assistência à saúde. **Descrição metodológica:** Trata-se de uma reflexão teórica acerca da Política de Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Essa reflexão foi fortalecida em discussões durante a disciplina “Cuidados em Situações Agudas de Saúde” do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Para sustentação teórica foram utilizadas Portarias, documentos oficiais do Ministério da Saúde, e artigos científicos com abordagens acerca da temática. **Resultados:** As discussões acerca das Redes de Atenção à Saúde, ainda que tenham ganhado maior notoriedade nos últimos

⁵³ Autora Relatora. Enfermeira assistencial da Unidade de Emergência HU/UFSC. Doutoranda, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/PEN/UFSC, Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: sabrinaguterres@gmail.com

⁵⁴ Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/PEN/UFSC, Professora do Instituto Federal de Santa Catarina - IFSC - Palhoça (SC), Brasil. E-mail: marciele.misiak@ifsc.edu.br

⁵⁵ Enfermeira assistencial da Unidade de Emergência HU/UFSC. Mestre em Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina. Email: lucianahagemann@gmail.com

⁵⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina/PEN/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: pongopam@terra.com.br

anos, não se constituem em um fato novo. Já na década de 20 esse assunto era abordado no Reino Unido, a partir da concepção Dawsoniana de Sistemas Públicos de Saúde⁴. Embora se trate de um assunto quase centenário, sua composição tomou forma e ganhou destaque apenas no início dos anos 90, ancorado em uma proposta de Sistemas Integrados de Saúde nos Estados Unidos. Posteriormente, essa foi adaptada e levada a sistemas de saúde públicos e privados de outros países⁴. No Brasil a discussão acerca de Redes de Atenção ganhou maior ênfase nos últimos anos, vista como uma alternativa para superar a fragmentação da assistência à saúde presente no modelo vigente, bem como garantir ações para consolidação de princípios como integralidade, universalidade e equidade. Na perspectiva da atenção à saúde em RAS em situações de urgência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.600/2011, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS. No intento de alcançar a efetividade nas diversas ações e necessidades ao atendimento às situações de urgência, a RUE é composta por diferentes pontos de atenção os quais devem atuar de forma integrada, articulada, sinérgica e transversal, dando relevo ao acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso⁵. São componentes da RUE: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Primária em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar³. A RUE deverá deve ser pactuada entre as três esferas de gestão, o que permitirá uma melhor organização da assistência através da articulação dos diversos pontos de atenção e definição de fluxos e referências adequados. Nessa conjuntura é fundamental identificar quais são as principais demandas e problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência para que se possa planejar a rede de forma resolutiva⁵. De acordo com Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) o perfil epidemiológico e demográfico no Brasil caracteriza-se por uma acentuada morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos de idade. Acima dessa faixa etária é observada uma alta morbimortalidade associada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral⁵. Diante desse contexto a Portaria 1.600/2011 estabelece em seu art 3º, § 4º que a Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. As “Linhas de Cuidado” são entendidas como percursos assistenciais realizados pelo maior número de pessoas decorrentes de situações de saúde semelhantes, construídas, preferencialmente, com base na atenção primária. A concepção de linhas de cuidado representam um continuum assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e pressupõe um conjunto de ações orientadas pelas necessidades de saúde⁶.

Conclusões/implicações para área da saúde: A Política de Rede de Atenção às Urgências e Emergências surge como uma iniciativa para superar a fragmentação da assistência à saúde, buscando reorganizar o atendimento de forma integrada, articulando todos os seus componentes. Na concepção de atendimento em redes não há principalidade entre os serviços, mas sim complementariedade de suas ações. Essa política ainda em fase de construção e implementação, é um grande passo para o alcance da integralidade da assistência em saúde. As linhas de cuidado definidas como prioritárias consideram o perfil epidemiológico dos principais problemas de urgência no Brasil e buscam sua resolução a partir de um continuum assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. O tecer dessa rede é o grande desafio para as unidades de atenção a saúde em todos os níveis, que por meio dessa

deverão otimizar o atendimento ao paciente, iniciando pela prevenção, seguido pelo conhecimento da população e acesso adequado dos mesmos, seu encaminhamento para os locais com possibilidade de atendimento eficaz via central de regulação, o que mudará a visão atual das emergências superlotadas sem um atendimento resolutivo. Posterior ao atendimento de emergência segue-se o tecer da rede buscando tratamento e no momento da alta a contrareferência que possibilite uma reabilitação adequada, buscando devolver o indivíduo a sociedade, sempre tecendo para que ocorra amarras em todos os níveis proporcionado um atendimento seguro, eficaz e de qualidade.

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.
4. Mendes EV Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde, 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
6. Gondim R, et al. Organização da atenção. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.93-120.

PRODUÇÕES CIENTÍFICAS: GRUPO DE ESTUDO NO CUIDADO DE PESSOAS NAS SITUAÇÕES AGUDAS DE SAÚDE 2013-2015

Kátia Cilene Godinho Bertoncello⁵⁷, Eliane Regina Pereira do Nascimento⁵⁸.

Introdução: O Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS) é um grupo vinculado ao Departamento de Enfermagem (NFR); ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN), ao Mestrado Profissional de Enfermagem Multidisciplinar em Saúde, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Criado em fevereiro de 2009, destina-se a promover o desenvolvimento da pesquisa nas linhas denominadas: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer, e o cuidado em saúde e enfermagem nas situações agudas e crônicas de Saúde, com a seguinte ementa: concepções teóricas, filosóficas e metodológicas que fundamentam o cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer, na dimensão individual e coletiva, incluindo enfoques sócios culturais e de gênero. O processo de cuidado às pessoas, famílias, grupos e comunidade, nas diversas singularidades do processo saúde doença em diferentes âmbitos da prática de saúde. A pergunta de pesquisa foi diante desta recente trajetória: Qual o conhecimento produzido de 2013 a 2015 pelos GEASS? **Objetivo:** Apresentar a produção científica do GEASS de 2013-2015, na II Jornada de Condições Agudas de Saúde – II JOCAS 2015. **Métodos:** Trata-se de uma investigação documental, realizada através da consulta do Currículo *Lattes* da Plataforma Brasil das autoras, no período de 2013 a 2015. **Resultados:** Descrição dos estudos incluídos na produção científica do GEASS, segundo ano de publicação, título, autores e periódicos, 2013-2015 foram: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE EMERGÊNCIA NA UTILIZAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA DOR TORÁXICA. Aline Costa Vieira, Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Juliana Balbinot Reis Girondi, Eliane Regina Pereira do Nascimento. Texto & Contexto Enfermagem (prelo). 2015. CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE DELIRIUM NO PACIENTE CRÍTICO: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO. RIBEIRO, S. C. L.; NASCIMENTO, E. R. P.; LAZZARI, D. D.; JUNG, W.; BOES, A. A.; BERTONCELLO, K. C. G. Texto & Contexto Enfermagem (UFSC. Impresso), v. 24, p. 513-20. 2015. AMBIÊNCIA DE UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR PARA O CUIDADO AO IDOSO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. NASCIMENTO, E. R. P.; SILVA, S. G.; SOUZA, B. C.; SOUZA, D. D.; NETTO, A. G. Escola Anna Nery, v. 19, p. 338-42. 2015. Registro da avaliação de enfermagem em terapia intensiva: discurso do sujeito coletivo. COLACO, A. D.; MENEZES, F. R.; NASCIMENTO, E. R. P.; LAZZARI, D. D.; BOES, A. A.; JUNG, W. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5, p. 257-66. 2015. SILVA, SABRINA GUTERRES DA; SALLES, RAQUEL KUERTEN DE;

⁵⁷ Autora Relatora. Doutora em enfermagem. Professora do curso de graduação enfermagem UFSC. Vice Líder do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS).

⁵⁸ Doutora em enfermagem. Professora do curso de graduação e pós graduação enfermagem UFSC. Líder do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS).

NASCIMENTO, ELIANE REGINA PEREIRA DO; BERTONCELLO, KÁTIA CILENE GODINHO; CAVALCANTI, CIBELE D'AVILA KRAMER. Evaluation of a bundle to prevent ventilator-associated pneumonia in an intensive care unit. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, p. 744-50, 2014. BERTONCELLO, K. C. G.; Savio Bruna; FERREIRA, J. M.; AMANTE, L. N.; NASCIMENTO, E. R. P. DIAGNÓSTICOS E PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES EM PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA ELETIVA. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, p. 582-9, 2014. SOUZA, GABRIELA FÁTIMA DE; NASCIMENTO, ELIANE REGINA PEREIRA DO; LAZZARI, DANIELE DELACANAL; BOES, ADILSON ADAIR; IUNG, WALNICE; BERTONCELLO, KATIA CILENE. GOOD NURSING PRACTICES IN THE INTENSIVE CARE UNIT: CARE PRACTICES DURING AND AFTER BLOOD TRANSFUSION. *REME. Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, p. 939-46, 2014. Maestri E.; NASCIMENTO, E. R.; BERTONCELLO, K. C. G. O ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NECESSITA DE ACOLHIMENTO. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 8, p. 358-64, 2014. ALMEIDA, A. B.; Nascimento, Eliane; RODRIGUES, J.; [SCHWEITZER, G.](#) Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso)*, v. 67, p. 708-14, 2014. COLACO, A. D.; NASCIMENTO, E. R. P. Nursing intervention bundle for enteral nutrition in intensive care: a collective construction. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso)*, v. 48, p. 844-50, 2014. SILVA, SABRINA GUTERRES DA; Nascimento, Eliane Regina Pereira do; SALLES, RAQUEL KUERTEN DE. Ventilator-associated pneumonia: discourse of professionals about prevention. *Escola Anna Nery*, v. 18, p. 290-5, 2014. JUNG, W.; KIELING, E. F.; KUNZLER, I. M.; DELACANAL, D.; Nascimento, Eliane; ALVES, D. L. F. FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA NO SETOR CALÇADISTA. *Revista Baiana de Enfermagem (Online)*, v. 28, p. 145-55, 2014. PORTELA, R.; JUNG, W.; LAZZARI, D. D.; NASCIMENTO, E. R. P.; DALAMARIA, J. M. O processo de transição profissional na perspectiva de técnicos de enfermagem que se tornaram enfermeiros. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 16, p. 777-86, 2014. SENA AC; NASCIMENTO, E. R. P.; Maia ARCR. PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA ELETIVA. *Revista Gaúcha de Enfermagem (UFRGS. Impresso)*, v. 34, p. 132-7, 2013. Cavalcanti, C. D. K.; ILHA, P.; BERTONCELLO, K. C. G. O Cuidado de Enfermagem a Vítimas de Traumas Múltiplos: Uma Revisão Integrativa. *UNOPAR Científica. Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 15, p. 81-8, 2013. BERTONCELLO, K. C. G.; Cavalcanti, C. D. K.; ILHA, P.; NASCIMENTO, E. R. P. Diagnósticos de risco e propostas de intervenções de Enfermagem aos pacientes vítimas de múltiplos traumas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 15, p. 23-31, 2013. BERTONCELLO, K. C. G.; Cavalcanti, C. D. K. ; ILHA, P. Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, p. 194-7, 2013. **Discussão:** O grupo atua interdisciplinarmente, congregando docentes pesquisadores, profissionais e estudantes das áreas de Atendimento Pré-Hospitalar, Emergência, Centro Cirúrgico e de Terapia Intensiva, gerando a produção de novos conhecimentos nessas áreas no cuidado as pessoas em situação/agravo agudo de saúde como também, comprovando ou refutando conhecimentos. Com o total de 18 artigos publicados até o momento, o GEASS,



ANAIS DA II JORNADA DE CONDIÇÕES AGUDAS DE SAÚDE
FLORIANÓPOLIS, 24 e-25 DE SETEMBRO DE 2015.

contribui para a qualidade da assistência prestada aos indivíduos em condições agudas de saúde. **Conclusão:** Acredita-se que os trabalhos desenvolvidos no grupo possibilitaram as mais diversas contribuições para as práticas de cuidado direcionadas as pessoas em condição aguda de saúde, assim como para o ensino e a pesquisa direcionados a essa população. Os diversos olhares de indivíduos das mais variadas áreas da saúde sobre o fenômeno estudado, amplia, constrói, agrega, solidifica os mais variados saberes.

Referências: Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS). Disponível em: <http://geass.paginas.ufsc.br/cronograma-geass-2015>.

RECURSOS HUMANOS NO SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Patricia Madalena Vieira Hermida⁵⁹, Eliane Regina Pereira do Nascimento⁶⁰, Maria Elena Echevarría-Guanilo⁶¹, Luciana Bihain Hagemann⁶².

Introdução: Os serviços de atendimento pré-hospitalar têm se tornado cada vez mais necessários e desempenham um relevante papel no atual contexto de vida da população. No país esses serviços são regulamentados pela Portaria GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e institui a Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com esse documento, o serviço de APH, pode ser fixo ou móvel, incluindo as Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), dentre outros⁽¹⁾. Portarias específicas têm sido publicadas para orientar a forma como devem estar organizados esses serviços em relação aos aspectos de estrutura física, organizacional, recursos materiais e humanos⁽²⁻³⁾. As questões relacionadas aos recursos humanos representam nos serviços um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais⁽⁴⁾. Por isso, dentre os aspectos estruturais que compõem um serviço de APH, optou-se por direcionar este estudo para os recursos humanos da atenção pré-hospitalar. Assim, objetivou-se conhecer o estado da arte sobre os recursos humanos na organização dos serviços de atendimento pré-hospitalar do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Conhecer o estado da arte sobre os recursos humanos na organização dos serviços de atendimento pré-hospitalar do Sistema Único de Saúde. **Método:** Revisão integrativa da literatura na qual adotou-se as seis etapas propostas por Ganong⁽⁵⁾. Na primeira etapa foi delimitada a questão de pesquisa: *Qual o conhecimento científico produzido sobre os recursos humanos na organização dos serviços de atendimento pré-hospitalar do Sistema Único de Saúde?* A definição dos critérios de inclusão e de exclusão dos estudos constituiu a segunda etapa, sendo incluídos artigos: escritos na íntegra, em português, inglês e espanhol; publicados no período de 2003 a 2014, em periódicos nacionais e internacionais, independente do delineamento do estudo; que abordaram os recursos humanos na organização dos serviços pré-hospitalar do SUS; e, cujo título e resumo se encontravam disponíveis e indexados nas bases de dados investigadas. O ano inicial de busca (2003) se justifica pela implantação da Política Nacional de atenção às Urgências. Foram excluídos os estudos: realizados em serviços pré-hospitalar especializados como de oftalmologia e cardiologia, na atenção básica em saúde e central de regulação médica de urgência; que objetivavam identificar o conhecimento dos profissionais sobre algum tema específico; e, com foco na saúde ocupacional dos trabalhadores (por exemplo, cargas de trabalho e condições de trabalho). A busca dos artigos pela internet ocorreu no período de 9 a 26 de dezembro de 2014, utilizando-se as bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *U.S. National Library of Medicine* (PubMed). O levantamento nas bases de dados foi realizado a partir de descritores *Medical Subject*

⁵⁹ Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista CAPES.

⁶⁰ Doutora, Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁶¹ Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

⁶² Enfermeira do setor de Emergência do Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina.

Heading (MeSH), Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave relacionadas à temática do estudo, sendo utilizados em três diferentes estratégias de busca, as quais foram delineadas conforme as particularidades das bases consultadas. A busca e seleção dos artigos, bem como a análise dos mesmos foram realizadas por uma das autoras. Na terceira etapa foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, as quais contemplaram: ano de publicação; base de dados de indexação; periódico de publicação; objetivo do estudo; delineamento de estudo; referencial teórico; contexto pré-hospitalar; sujeitos envolvidos; principais resultados; e, conclusões. A quarta etapa correspondeu à avaliação dos estudos, a partir do preenchimento e análise dos dados tabulados. Foi realizada leitura na íntegra e análise crítica dos estudos selecionados, observados os aspectos metodológicos e a semelhança entre os resultados encontrados, definindo-se como categorias de análise: serviço pré-hospitalar móvel; pré-hospitalar fixo; e, móvel e fixo. Também foram identificadas subcategorias: fragilidades; desafios; e, potencialidades/fortalezas. A discussão e interpretação dos resultados caracterizam a quinta etapa desta revisão e consistiu na análise dos achados com base na literatura sobre o tema, destacando-se os dados mais expressivos e as lacunas do conhecimento. Na sexta etapa foi elaborado o resumo das evidências disponíveis nos estudos a partir dos resultados apresentados, o que permitiu estabelecer conclusões descritas a seguir. **Resultados:** Foram identificados 3.024 artigos nas bases de dados, dos quais: 13 na BDENF, 124 na LILACS, 496 na SciELO e 2.391 na PubMed; e, 25 na busca manual. Desses, 15 estavam duplicados e 2.974 não atenderam aos critérios de inclusão. Assim, foram avaliados 60 artigos na íntegra e após análise, 27 foram incluídos nesta revisão. Predominou estudos classificados como pesquisa (n=21; 77,8%), realizados exclusivamente no contexto pré-hospitalar móvel (n=19; 70,4%), publicados no ano de 2010 (n=6; 26,1%) e em periódicos nacionais (n=26; 96,3%). O periódico que publicou o maior número de artigos (n=4) foi *Ciência e Saúde Coletiva*, seguido da *Revista Brasileira de Enfermagem* (n=3) e das *Revistas Latino Americana de Enfermagem*, de *Saúde Pública* e da *Escola de Enfermagem da USP* (n=2, respectivamente). Os demais periódicos tiveram somente um artigo publicado. Constatou-se que os sujeitos participantes dos estudos foram: especialistas; gestores; gerentes; coordenadores; dirigentes; diretores; e, profissionais, incluindo-se as categorias de médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, socorristas, condutores de veículos e auxiliares de secretaria. Em relação aos objetivos dos estudos destacaram-se as temáticas: atenção à violência e acidentes, identificada em cinco pesquisas, concomitantemente; educação, evidenciada em quatro estudos; implantação do SAMU, identificada em três trabalhos; abordagem à saúde mental ou à epilepsia em situação de crise ou emergência, presente em quatro estudos; caracterização do gerenciamento/supervisão do enfermeiro no SAMU, revelada em três trabalhos; descrição do perfil profissional dos médicos ou das diferentes categorias de trabalhadores do SAMU, identificada em dois estudos. A análise do referencial utilizado para embasamento teórico dos estudos revela a predominância dos documentos referentes às Políticas Públicas e Portarias Ministeriais específicas, com destaque para as políticas nacionais de atenção às urgências, à saúde mental, à redução de acidentes e de violência; e, à saúde da pessoa idosa. Os estudos revelam que existem fragilidades, desafios e potencialidades/fortalezas relacionadas aos recursos humanos nos serviços pré-hospitalar móvel e fixo, nos aspectos capacitação, formação profissional, quantitativo e vínculo de pessoal, regulamentação, avaliação dos profissionais e do serviço. **Conclusão:** A análise dos estudos permitiu evidenciar lacunas, a partir das quais se sugere que os novos estudos sobre os recursos humanos na organização dos serviços pré-hospitalares considerem como sujeitos os usuários dos

serviços e que sejam desenvolvidos principalmente nos contextos pré-hospitalares fixo e móvel aéreo ou aquaviário. Temáticas específicas foram enfatizadas nos estudos sobre os serviços de APH com abordagem aos recursos humanos, destacando-se os acidentes e violências e a educação. A diversidade de sujeitos envolvidos em alguns estudos também chamou a atenção e aponta para a valorização dos múltiplos olhares na produção do saber científico, para desvelar a realidade da atenção pré-hospitalar. Torna-se evidente que a consolidação dos serviços de APH no país passa pela formação e qualificação dos profissionais no cotidiano do trabalho, aspectos que ainda carecem de melhorias para que a população tenha garantido o acesso e a qualificação do atendimento. As fragilidades em relação aos recursos humanos são condizentes com uma área ainda em desenvolvimento, como é a do Atendimento Pré-Hospitalar. O número de estudos e as potencialidades reveladas sinalizam o envolvimento com a temática por parte da comunidade científica, profissionais, gestores e outros sujeitos. **Contribuições/implicações para a área da saúde:** Esta síntese do conhecimento produzido sobre o tema em estudo ratifica a relevância da utilização dos resultados das pesquisas na construção e reconstrução dos serviços de saúde, em especial dos pré-hospitalares, para a consolidação do SUS. Além disso, sinaliza a necessidade do desenvolvimento de outros estudos para a formação de um corpo de conhecimento sólido, capaz de impactar na melhoria da atenção pré-hospitalar no país.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 8 jul. 2011. Seção 1, p. 69.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União, Brasília, 6 out. 2003. Seção 1, p. 57.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, 8 jul. 2011. Seção 1, p. 70.
4. Bueno AA, Bernardes A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2010; [citado 2015 Abr 28];19(1):45-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100005&lng=pt. DOI: 10.1590/S0104-07072010000100005.
5. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987; 10(1):1-11.

REFLEXÕES ACERCA DO COTIDIANO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS EMERGENCISTAS

Luciana Bihain Hagemann⁶³, Eliane Regina Pereira do Nascimento⁶⁴, Kátia Cilene Godinho Bertonecello⁶⁵, Máira Antonello Rasia⁶⁶, Sabrina Guterres da Silva⁶⁷.

Introdução: No ano de 2002 entrou em vigor a Portaria do Ministério de Saúde nº 2.048, com o intuito de organizar e normatizar os serviços de urgência e emergência nos Estados, Distrito Federal e municípios¹. Na referida portaria, propõe-se uma série de mudanças, tanto estruturais quanto operacionais, no que diz respeito ao atendimento as urgências e emergências em todo o território nacional. Além de permitir melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, a portaria tornou-se elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada, somado à regionalização com referência pactuada e hierarquia resolutiva, a realização do acolhimento, estabilização e referência adequada, de responsabilidade de todos os profissionais que participam da rede assistencial. Nesta perspectiva de cuidado nos serviços de urgência e emergência, destaca-se a atuação do enfermeiro emergencista, uma vez que este profissional mantém uma estreita ligação entre a assistência prestada e o cuidado prestado, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença.² A atuação do enfermeiro na área de urgência e emergência pressupõe que ele detenha competências multivariadas, para cumprir o papel de coordenador assistencial e gerencial destas unidades consideradas críticas. Ao prestar cuidados, em tempo integral aos pacientes e familiares, esses profissionais sofrem com o estresse físico e psicológico deflagrado por fatores, como o cotidiano cansativo e desgastante, gerado por elevada jornadas de trabalho, escassez de recursos materiais, bem como o reduzido número de profissionais³, o que expõe o enfermeiro emergencista a prejuízos de sua saúde física e psíquica⁴. Diante do exposto, o presente relato pressupõe uma reflexão acerca do cotidiano de trabalho do enfermeiro em unidade de emergência hospitalar. **Objetivos:** Refletir sobre o cotidiano de trabalho do enfermeiro nos serviços de emergência hospitalar, retratado na literatura nacional. **Descrição metodológica:** Trata-se de uma reflexão teórica acerca do cotidiano de

⁶³ Enfermeira. Mestre em Saúde. Enfermeira da unidade de emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

⁶⁴ Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. Brasil.

⁶⁵ Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunta IV, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. Brasil

⁶⁶ Enfermeira assistencial APAE/Florianópolis. Mestranda em Saúde pelo Programa de Mestrado Multidisciplinar da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. Brasil.

⁶⁷ Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC. Enfermeira da unidade de emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

atuação do profissional enfermeiro em uma unidade de emergência hospitalar. Para fundamentar a prática reflexiva, realizou-se um breve levantamento não sistematizado de artigos publicados de 2006 a 2015 em periódicos gratuitos online. O levantamento de artigos ocorreu no mês de agosto de 2015, a busca foi realizada utilizando os descritores em ciências da saúde (DECS): Enfermagem em emergência, Cuidados de enfermagem, Serviço Hospitalar de Emergência. **Resultados:** O enfermeiro emergencista ao iniciar a sua jornada laboral, recebe o plantão e elabora um plano de ação seja mental ou em registro escrito, para nortear sua prática assistencial. Cabe a este profissional, identificar os pacientes em situações críticas de saúde e que necessitem de cuidados intensivos e especializados e orientar e liderar a equipe de enfermagem na realização do cuidado. Esse trabalhador precisa se manter atualizado, a fim de otimizar a assistência prestada para que possa proporcionar ao indivíduo resultados satisfatórios. Assim, o enfermeiro e sua equipe devem inserir na realidade das unidades de Emergência uma atenção diferenciada ao paciente adotando uma postura eficiente e atenciosa a fim de que lhe seja oferecido um ambiente propício à sua recuperação⁵. É também função do enfermeiro realizar a sistematização da assistência de enfermagem, visando o planejamento organização do cuidado compreendendo além do paciente o atendimento à família e demais sujeitos inseridos no contexto dos usuários. A medida em que o atendimento a demanda espontânea surge, o enfermeiro emergencista tem o papel de atuar frente as instabilidades, principalmente no atendimento a parada cardiorrespiratória, situações de choque, comprometimento de via aérea e dor torácica, além de agravos cirúrgicos emergentes que são situações comumente vivenciadas durante a jornada de trabalho do enfermeiro. Neste ponto, destaca-se a importância da atuação da equipe multiprofissional em saúde no sentido de buscar a restauração do equilíbrio e reversão das situações clínicas de saúde. Outro ponto a ser discutido frente ao atendimento a demanda espontânea, são os conflitos gerados devido a superlotação e falta de espaço físico para a acomodação de pacientes. Com frequência os serviços de atendimento pré-hospitalar realizam a remoção de pacientes para as unidades de emergência, sem contato prévio e sem dispor de lugar para estes atendimentos. O fenômeno de superlotação dos serviços de emergência é mundial, e junto com ele surgem sentimentos ambíguos vivenciados pelo enfermeiro e demais membros da equipe de saúde, que podem acarretar na sobrecarga e estresse de trabalho. As atividades gerenciais que o enfermeiro emergencista ainda desempenha estão voltadas a manutenção e restauração da unidade, organização das escalas de trabalho (cobertura para o afastamento de servidores e funcionários), encaminhamento de pedidos de exames de alto custo e demais atividades da unidade que requerem a supervisão do enfermeiro. É importante destacar que devido a dinâmica identificada e alta rotatividade de usuários nestes serviços o enfermeiro emergencista tem dificuldade em estreitar os vínculos com os pacientes e família. Desta forma, é dito popular que o cuidado de enfermagem em emergência está caminhando ao lado oposto da humanização da assistência, entretanto o que se evidencia pela prática é que o enfermeiro emergencista tem a tomada de decisão clínica apurada, age em prol da vida humana, e descortina aos poucos o vínculo efetivo entre cuidador e cuidado. **Conclusões:** Pode-se considerar que a maior fonte de satisfação no trabalho do enfermeiro em unidade de emergência concentra-se no fato de que as suas intervenções auxiliam na manutenção da vida humana. Contudo, evidencia-se muitos componentes estressores no cotidiano laboral do enfermeiro emergencista, como: número reduzido de funcionários compondo a equipe

de enfermagem, carga de trabalho, necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido, falta de comunicação e compreensão por parte dos demais componentes da rede de urgência e emergência, relacionamento com familiares, ambiente físico da unidade, tecnologia de equipamentos e assistência ao paciente e relacionamento com familiares. Mesmo reconhecendo a complexidade de tal cenário faz se necessário ressaltar a importância do profissional enfermeiro nestas unidades frente a sua capacidade de liderança e importância de tomada de decisão clínica, embasada pela experiência profissional e atualização. **Implicações para a área da enfermagem:** Neste relato procura-se dar visibilidade ao profissional enfermeiro que atua em unidades de emergência, considerando os desafios expostos pelo seu cotidiano de trabalho. A contribuição da atuação destes profissionais no serviço de emergência é valioso para a detecção de problemas, planejamento e execução de atividades que promovam melhores condições de trabalho e assistência aos pacientes.

Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
2. Pereira WAP, Lima MADS. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. Rev. Esc. Enf. USP 2009; 43(2): 320-7.
3. Garcia EA, Fugulin FMT. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4):1032-8.
4. Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Rev Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto; 14(4):534-9.
5. Sobral PHAF, Silva AMP, Santos VEP, Santos RAA, Santos ALS. Atuação da enfermagem em serviços de emergência: revisão sistemática J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):396-07

REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO PALIATIVO NA UTI

Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini⁶⁸, Eliane Regina Pereira do Nascimento⁶⁹, Rachel Duarte Moritz⁷⁰ .

Introdução: Temos assistido nas últimas décadas a um envelhecimento progressivo da população, assim como o aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas. Em contrapartida, o avanço tecnológico alcançado, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, levando a longevidade dos portadores dessas doenças. No entanto, apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura e preservação da vida, para o qual nós, profissionais da saúde, somos treinados. **Objetivo:** Refletir sobre a inserção dos cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva dos tempos atuais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de reflexão acerca do cuidado paliativo dentro da unidade de terapia intensiva (UTI). Para tal foi realizado uma revisão da literatura para buscar a fundamentação teórica acerca das novas abordagens propostas para esse cuidado. **Resultados:** Os pacientes “fora de possibilidade de cura” acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor. Os Cuidados Paliativos despontam como uma alternativa, para preencher esta lacuna nos cuidados ativos aos pacientes. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, revista em 2002, “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”¹ . Desse modo, a tendência atual é de que todos os pacientes com doenças que ameacem a vida recebam precocemente e de modo integrado cuidados curativos e paliativos, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades e os desejos dos pacientes e de seus familiares. Estas formas de cuidado não se anulam, podendo ser complementares no cuidado ao paciente em situações de risco de vida e de sua família,

⁶⁸ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC; Fisioterapeuta da UTI do Hospital Universitário da UFSC; Membro do Grupo de Pesquisa em Situações Agudas de Saúde (GEASS) - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

⁶⁹ Enfermeira, Dra. em Enfermagem, Prof^a Associada da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem; Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Situações Agudas de Saúde (GEASS) – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

⁷⁰ Professora do Departamento de Clínica médica da UFSC; Coordenadora do Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos, Mestre em Ciências Médicas, Doutora em Engenharia de Produção - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil. E-mail

estando esse paciente em situação crônica ou aguda². Sendo assim, os CP não abreviam a vida da pessoa, apenas aceitam que a morte natural é uma dimensão do processo de viver, e que quando se suspende um tratamento, seria por ele ser considerado fútil e prolongaria o sofrimento da pessoa. Com isso surge o questionamento se a UTI é o local adequado para se fazer Cuidados Paliativos. O local em si não importa. Frequentemente os pacientes não deveriam ser encaminhados para a UTI, mas eles são e morrem lá. Cerca de 20% dos norte americanos morrem em UTIs. Contribui para isso a falta de comunicação e de clareza sobre o prognóstico dos pacientes antes da internação na UTI. As famílias não se sentem seguras e, alimentadas por esperanças nem sempre realísticas, acabam por exigir e reafirmar a atitude médica de internar na UTI e utilizar todos os recursos, nem sempre cabíveis para todas as situações³. No Brasil os dados não são consistentes. A problemática da falta de leitos e a carência de estatísticas tornam a avaliação do problema mais complexa. A cultura de que o paciente tem que receber todo tipo de tratamento agressivo e só então se aceitar que ele morra, que perdemos a batalha, cria distorções enormes. Praticamente todas as mortes que ocorrem nos hospitais acontecem dentro das UTIs. Faz-se necessário rever de forma séria e sistematizada quais são os pacientes que devem ser internados na UTI. Quantos desses têm, de fato, indicação de monitorização e tratamento agressivo? Quantos não mais se beneficiarão de estar na UTI? Quantos desses efetivamente são retirados da UTI? Ninguém sabe porque não há locais apropriados para alocar esses pacientes. E quando não há mais tratamento curativo a ser oferecido? Isto é uma realidade do dia-a-dia! Para a cultura médica e a organização dos serviços de saúde não existe preparo para esse fato. Falta percepção da gravidade da situação. Falta formação profissional para Cuidados Paliativos. Falta espaço físico para dar assistência integrada ao paciente e seus familiares. Assim, eles ficam na UTI... e, portanto, é lá que deveriam ser instituídos os Cuidados Paliativos, claramente indicados nesse contexto. Como perspectiva, é importante que se crie protocolos assistenciais que delineiem regras e formas de tirarmos esses pacientes da UTI. Todos os pacientes, independente de suas idades, com diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida, ou enfrentando uma condição debilitante são candidatos aos CP. Desta forma, o paliativismo é apropriado principalmente para os pacientes que sofrem de câncer, insuficiência cardíaca grave progressiva, falência hepática e/ou renal, doenças neurodegenerativas como o Alzheimer, lesões medulares graves, doenças pulmonares crônicas e degenerativas, e inúmeras outras condições encontradas frequentemente nas UTIs, e também por vezes fora da terapia intensiva⁴. Com isso os cuidados paliativos vêm se instalando para que haja melhor assistência aos pacientes na fase final da vida, em especial na UTI, onde frequentemente são acompanhados por um significativo sofrimento emocional, sendo necessário prestar melhor suporte aos pacientes e familiares⁵. Começar precocemente a abordagem paliativa permite a antecipação dos sintomas, podendo preveni-los. A integração do cuidado paliativo à equipe da UTI que promove o tratamento curativo possibilita a elaboração de um plano integral de cuidados, que perpassa todo o tratamento, desde o diagnóstico até a morte e o período após a morte do doente⁶. O tratamento do cuidado intensivo deve andar em conjunto com o cuidado paliativo, sendo que um modelo de atendimento não inviabiliza o outro, eles se complementam. Não se trata de eleger um tipo de cuidado quando se considera que o outro não seja adequado. O ideal é que se façam as duas coisas em todos os momentos, de forma personalizada e dinâmica. O cuidado paliativo e o cuidado restaurativo devem andar juntos⁷. **Conclusões:** Os

cuidados paliativos devem ser prestados desde o início da internação do paciente, identificando os possíveis desconfortos do paciente e minimizando o sofrimento do paciente e sua família. Para isso busca-se maior conhecimento acerca desse novo modo de cuidado a fim de melhorar a assistência ao paciente sem possibilidades de cura.

Referências:

1. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de cuidados paliativos – Ampliado e Revisado. Rio de Janeiro, 2012.
2. Moritz, R.D. et al. II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adulto e pediátrica. Rev. bras. ter. intensiva, v. 23, n.1, p.24-29, 2011.
3. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Cuidado Paliativo. São Paulo, 2008.
4. Filho, R.C.C et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. São Paulo, v.20, n. 1, p. 88-92, 2008.
5. Hsu-Kim, C. et al. Integrating Palliative Care into Critical Care: A Quality Improvement Study. Journal of Intensive Care Medicine, 2014.
6. Menegócio, A.M.; Rodrigues, L.; Silva, S.R. Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia Intensiva: quando iniciá-los. Anuário da Produção Acadêmica Docente. v. 4, n.7, p.163-174, 2010.
7. Aslakson, R. et al. Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. Journal of Palliative Medicine, v. 17, n. 2, 2014.

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

Aline Cristina Vieira⁷¹, Eduarda Cristhine Pereira⁷², Maristel Rodrigues Cardoso⁷³,
Milene Machado⁷⁴, Gabriela Bueno⁷⁵, Franciele dos Santos Specorte⁷⁶

Introdução: No mundo capitalista em que vivemos, o trabalho é essencial à produção e obtenção de lucros ao homem. O trabalho representa a capacidade do homem de produzir no meio em que vive. Nessa produção o homem transforma a natureza e também é transformado pela mesma, dentre essas modificações estão as que afetam a vida do indivíduo causando danos biopsicossociais, devido às mudanças tecnológicas do processo produtivo, aumentando a produtividade e trazendo impactos à saúde do trabalhador, afetando tanto seu estado físico como também o psíquico, surgindo assim, novas enfermidades no mundo relacionadas a essas mudanças. Neste contexto, os profissionais da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) como trabalhadores que prestam assistência às pessoas integralmente, estão cada vez mais sobrecarregados com suas multitarefas. De certa forma, os trabalhadores de enfermagem geralmente possuem mais de um trabalho, levando-os a prolongadas jornadas de trabalho; ritmo acelerado de produção por excesso de tarefas e remuneração baixa em relação à responsabilidade e complexidade das tarefas executadas. O excesso de trabalho gera pouco tempo para o lazer e acaba acarretando danos à saúde física e mental como: exaustão e sensação de vazio, podendo levar o profissional a um estresse ocupacional e desenvolver a Síndrome de Burnout. É um tipo de estresse ocupacional que acomete profissionais envolvidos com qualquer tipo de cuidado em uma relação de atenção direta, contínua e altamente emocional¹. No Brasil, a Síndrome de *Burnout* consta na Regulamentação da Previdência Social, em seu Anexo II, que trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Trabalhadores, sendo a terceira causa de afastamento do trabalho². O trabalho dos profissionais de saúde favorece o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, pois vivenciam contato direto e intenso com pacientes e seus acompanhantes. Tal contato exige cuidados permanentes gerando um conflito diário entre a realização dos procedimentos técnicos e a necessidade de manter sua saúde em um ambiente de trabalho que muitas vezes é insalubre³. Frente a todas essas questões, o profissional da enfermagem manifesta uma espécie de desencanto, cansaço e falta de expectativa no trabalho, podendo ocasionar diversos agravos a saúde física e mental. Equipes com Burnout podem ser menos produtivas e apresentar menor qualidade no atendimento ao cliente em unidades clínicas, cirúrgicas e emergenciais. Para reverter isso, deve-se procurar alternativas de lazer, compartilhar o que está

⁷¹ Técnica em Enfermagem. Hospital do Coração. Balneário Camboriú-SC.

⁷² Técnica em Enfermagem. SENAC Itajaí-SC.

⁷³ Técnica em Enfermagem. SENAC Itajaí-SC

⁷⁴ Enfermeira. Docente do SENAC Itajaí-SC

⁷⁵ Enfermeira. Docente do SENAC Itajaí-SC

⁷⁶ Autora Relatora. Estudante do Técnico em Enfermagem. SENAC Itajaí-SC.

acontecendo toda vez que ocorre algo fora do esperado, não focar no problema e sim estar atento para achar a solução. Pessoas criativas são criativas porque fazem o que gostam. Quando uma pessoa não faz o que gosta, tem grande probabilidade de não fazer um trabalho de boa qualidade. Não usar a falta de tempo como desculpa para não praticar exercícios físicos e não desfrutar momentos de descontração e lazer. Mudanças no estilo de vida podem ser a melhor forma de prevenir ou tratar a Síndrome de Burnout. Conscientizar-se de que o consumo de álcool e de outras drogas para afastar as crises de ansiedade e depressão não é um bom remédio para resolver o problema. Avaliar quanto às condições de trabalho estão interferindo na qualidade de vida e prejudicando a saúde física e mental⁴. **Objetivo:** Divulgar e transmitir orientações sobre a síndrome aos profissionais da enfermagem, através de uma ação educativa com distribuição de folders informativos. **Método:** Utilizou-se o método educativo, a partir da tecnologia educativa e assistencial. Tecnologias de educação são meios que visam auxiliar na formação de uma consciência para uma vida saudável^{5,6}. A ação educativa foi realizada em um hospital geral da região sul. O hospital possui 1154 funcionários, divididos entre administrativo, manutenção, lavanderia, cozinha, zeladoria, seguranças, auxiliares, técnicos, enfermeiros, médicos, escriturarias. A área da enfermagem contava com 560 colaboradores até junho de 2015, sendo 80 % do sexo feminino. A ação foi destinada aos profissionais da área de enfermagem. Foram elaborados 100 folders educativos contendo o conceito, os sintomas e a forma de tratamento para a Síndrome de Burnout. A intervenção proposta não se trata de uma pesquisa, portanto esse estudo não foi submetido ao comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, pois não contém dados sobre os sujeitos, apenas elaboração de material informativo e educativo. **Resultado:** A Ação Educativa ocorreu no mês junho, 2015, com duração de uma hora e trinta minutos, dividido em duas etapas: a primeira juntamente com a gerente de Rh e a enfermeira do trabalho, onde as autoras elucidaram sobre a incidência da Síndrome de Burnout e levantaram questionamentos sobre o quadro de funcionários atual, como a instituição procede quando um colaborador apresenta sintomas, qual assistência prestada aos profissionais com algum tipo de distúrbio emocional e qual o principal motivo de demissões pedidas por estes colaboradores. A gerente passou dados já pontuados e que atualmente não existe nenhum colaborador diagnosticado com esta Síndrome e, quando os supervisores percebem mudanças comportamentais excessivas e constantes, encaminham o colaborador à medicina do trabalho (SESMT) para avaliação Médica, qual verifica a possibilidade de encaminhá-lo ao profissional especializado, num CAPS mais próximo de sua residência para tratamento. Apontam ainda que dependendo do nível em que o colaborador se encontra, o afastamento do local de trabalho é necessário e que atualmente a instituição não conta com um profissional especializado. O principal motivo de demissão pedida hoje na instituição é de cunho pessoal. A segunda etapa foi a distribuição de folders no refeitório da instituição. Durante ação percebemos que os colaboradores possuíam pouco conhecimento sobre a síndrome demonstrando interesse nas informações fornecidas. **Conclusões:** Através dessa ação educativa, os profissionais da enfermagem ampliaram o conhecimento sobre a doença, identificando os sinais e sintomas a fim de procurar tratamento adequado evitando possíveis danos biopsicossocial a saúde. **Contribuições/implicações para a enfermagem:** Percebemos a real necessidade deste tema ser mais trabalhado e discutido dentro da área hospitalar, perante os profissionais de enfermagem. É necessário que os mesmos estejam com a saúde física e mental em boas condições, para

prestar uma assistência de qualidade aos pacientes, visando uma reabilitação no meio social.

Referências:

1. Maslach C. Burnout: A Multidimensional Perspective. *Professional burnout: recent developments in theory and research*. New York, 1993. p.19-32.
2. Ministério da Saúde. Brasil. Portaria nº1339/GM, de 18 de novembro de 1999: dispõe sobre lista de doenças relacionadas ao trabalho. Diário Oficial da União. 1999.
3. Avellar LZ, Iglesias A, Valverde PV. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicologia em Estudo*, 2007; 12 (3), 475-481.
4. Gil-Monte P. El Síndrome de Quemarse por el Trabajo em Enfermería. *Revista eletrônica InterAção Psy*, 2003; 1(1): 34-67.
5. Nietsche EA. Tecnologia emancipatória- possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí (RS): Unijuí, 2000.
6. Prado ML et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, 2009; 18(3): 475-481. **Palavras chaves:** Síndrome de Burnout. Enfermagem. Jornada de trabalho.

TRANSPLANTE HEPÁTICO E OS RESULTADOS DE APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS AOS PACIENTES NO PERIOPERATÓRIO.

Kátia Cilene Godinho Bertencello⁷⁷, Karla Regina Fontana⁷⁸, Samir Samuel de Andrade⁷⁹, Eliane Regina Pereira do Nascimento⁸⁰, Sabrina Regina Martins⁸¹.

Introdução: O transplante de fígado evoluiu juntamente com os aperfeiçoamentos cirúrgicos especialmente a partir da descoberta dos mecanismos de rejeição e o desenvolvimento de drogas imunossupressoras. É um procedimento que garante a sobrevivência do paciente acometido por doenças antes consideradas terminais. Esse configura-se como o procedimento mais complexo da cirurgia moderna, pois nenhum outro tipo de transplante interfere em tantas funções orgânicas do corpo humano. Nesse contexto, o enfermeiro assume um papel indispensável no cuidado a esses pacientes. Sendo assim, o cuidado de enfermagem deve abranger além dos aspectos técnicos necessários, os aspectos psicossociais. **Objetivo:** Identificar e avaliar as produções científicas de enfermagem relacionadas à assistência ao paciente adulto na fase perioperatória de transplante hepático, no período de 2003 a 2013, foi realizada a seguinte Revisão Integrativa. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que tem como base a análise de pesquisas relevantes para a prática profissional do enfermeiro. No primeiro processo de busca encontrou-se 172 artigos dos quais: 14 artigos no SCIELO (Scientific Electronic Library Online), 19 artigos no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); 10 artigos no BDENF (Base de dados de Enfermagem); e 129 artigos no PUBMED (Publisher Medline). Na segunda etapa aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão, chegando a 18 artigos, salientamos que alguns artigos localizados e selecionados na base de dados LILACS foram também encontrados no BDENF, e na SCIELO. Dos artigos selecionados, 12 estavam disponíveis *online* e 6 artigos foram recrutados posteriormente pelo serviço de comutação da biblioteca setorial do HU-UFSC. Três dos artigos estavam disponíveis em língua inglesa, tendo como bases de dados Lilacs, Scielo, Pubmed e Bdenf. Os artigos foram analisados pelo método de análise temática em pré, intra e pós-operatória. Dos artigos selecionados, sete abordaram a fase pré-operatória com destaque ao processo de ensino aprendizagem, um artigo abordou as principais complicações no transoperatório e oito trouxeram a temática dos cuidados de enfermagem no período pós-operatório. Os

⁷⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental USP. Professora Adjunta VI do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

⁷⁸ Enfermeira.

⁷⁹ Enfermeiro.

⁸⁰ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁸¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC e Membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações - GEASS Agudas de Saúde.

critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos da presente revisão integrativa foram: artigos que abordassem a temática cuidados de enfermagem no período perioperatório de transplante de fígado em adultos; artigos nacionais e internacionais disponíveis nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados no período de 01 de janeiro de 2003 a 05 de junho de 2013; e artigos que pudessem ser acessados na íntegra pelo meio *online* e artigos não disponíveis *online*, mas que pudessem ser adquiridos através do serviço de comutação da biblioteca do HU-UFSC. Os critérios de exclusão foram: teses; dissertações; comunicações, artigos cuja autoria não envolvesse enfermeiros; todos os artigos publicados fora do período determinado; artigos com foco em pediatria; e artigos que não contemplavam o cuidado de enfermagem. Utilizou-se como palavras-chave, os unitermos pelo DeCS/BIREME em português e também listados em inglês e espanhol: “*Transplante de Fígado (Liver Transplantation; Transplante de Hígado)*” e “*Enfermagem (Nursing; Enfermería)*”. **Resultados:** Dentre os artigos incluídos, 16 (88,8%) são apenas de autoria de enfermeiros, um (5,6%) artigo tem entre seus autores uma equipe multidisciplinar, que inclui dois cirurgiões e dois enfermeiros da equipe de transplante, dois fisioterapeutas, entre outros profissionais, e em um (5,6%) artigo não consta a formação profissional de seus autores. Dos artigos avaliados, 16 (88,8%) foram desenvolvidos em instituições hospitalares únicas e nos demais (11,2%) não foi possível identificar o local do estudo, por se tratar de duas revisões integrativas de literatura. Em relação ao tipo de revista, a maior incidência de publicação deu-se nos periódicos de enfermagem geral 13 (72,2%), três (16,7%) em revistas de enfermagem perioperatória e dois (11,1%) foram publicados em revistas de outras áreas da saúde. Os artigos foram publicados em 11 periódicos distintos, sendo esses: oito (72,7%) revistas nacionais, com discreta predominância das Revistas Latino-Americana de Enfermagem e SOBECC, com três publicações cada; e três (27,3%) periódicos internacionais - uma revista cubana de enfermagem, uma norte-americana vinculada a Associação Americana para o Estudo das Doenças do Fígado e uma revista canadense de enfermagem. Dos artigos que fazem parte da amostra, 15 (88,3%) foram encontrados no idioma português e três (11,7%) são em língua inglesa. De acordo com o ano de publicação, verificou-se que dos 18 artigos, 12 (66,7%) foram publicados na década atual, ou seja, de 2010 a 2013, enquanto que 6 (33,3%) são da década de 2000, que como requisito para a nossa busca de artigos iniciou em 2003. A respeito do delineamento metodológico dos artigos avaliados, evidenciou-se na amostra: um (5,6%) estudo de caso, um (5,6%) relato de experiência, uma (5,6%) pesquisa documental, um (5,5%) estudo com delineamento de pesquisa quase-experimental, duas (11,1%) revisões integrativas, quatro (22,2%) pesquisas de abordagem qualitativa do tipo convergente assistencial ou descritiva fenomenológica e oito (44,4%) pesquisas com abordagem quantitativa de natureza tanto descritiva, exploratória, retrospectiva ou transversal. Não analisamos a força das evidências obtidas nos artigos em nossa revisão. As categorias temáticas que emergiram do estudo foram: cuidado de enfermagem no período perioperatório; cuidado de enfermagem no período pré-operatório; cuidado de enfermagem no período trans-operatório, e cuidado de enfermagem no pós-operatório. Identificamos que a maior parte das pesquisas que compuseram a amostra era referente ao período pós-operatório com oito (44,4%) artigos, seguido de sete (38,9%) artigos relacionados ao período pré-operatório e apenas um (5,6%) artigo publicado sobre o período trans-operatório. **Conclusão:** O enfermeiro assume um papel indispensável de cuidados para assegurar

uma transição segura em cada um dos períodos operatórios. Ao concluir essa revisão integrativa da literatura fica evidente que a enfermagem possui um corpo de conhecimento clínico fundamental, junto à equipe de saúde, para o sucesso de todo o processo ou para o melhor modo de vivenciá-lo com os envolvidos (pacientes, familiares e redes de apoio). **Implicações para Enfermagem:** Subsidiar ou instigar novas pesquisas nesse campo de conhecimento e novo interesse sobre essa área de cuidado que é o transplante de fígado para os profissionais do campo e para os profissionais que, futuramente, comporão novas equipes de enfermagem e de saúde.

Descritores: Enfermagem perioperatória; Cuidados de enfermagem; Transplante de fígado; Revisão integrativa.

Referências

- 1 Sasso KD, Azevedo MAJ. Assistência de enfermagem no transplante de fígado: a importância do enfermeiro nessa modalidade terapêutica. **Rev. Nursing.** 2003; 6(60):16-20.
- 2 Mendes KDS, Galvão CM. Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2008; 16(5):1-8. [acesso em 05 Jun. 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_19.pdf
- 3 Mendes KDS *et al.* Necessidades de informação de candidatas ao transplante de fígado: o primeiro passo do processo ensino-aprendizagem. **Rev Gaúcha Enferm.** 2012; 33(4): 94-102. [acesso em 05 jun 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/12.pdf>
- 4 Mendes KDS *et al.* Intervenção educativa para candidatas ao transplante de fígado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2013; 21(1). [acesso em 05 jun 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a18.pdf