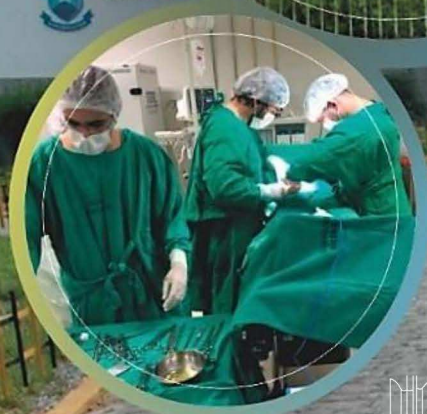


HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Experiências e Práticas

NO HUAC

Rosângela Vidal de Negreiros (org.)



Rosângela Vidal de Negreiros
(organizadora)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Experiências e Práticas no HUAC



Campina Grande -PB

2022

E96 Experiências e práticas no HUAC [livro eletrônico] / Rosângela Vidal de Negreiros (Org.). – Campina Grande: EDUFCG, 2022.
204 p. : il. color.

E-book (PDF)
ISBN 978-65-86302-52-3

1. Hospital. 2. Estágio Supervisionado - Educação. 3. Enfermagem. I. Negreiros, Rosângela Vidal de. II. Título.

CDU 614.21:37

FICHA CATALOGráfICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA ITAPUANA SOARES DIAS GONÇALVES CRB-15/93

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - EDUFCG
editoradaufcg@gmail.com

Prof. Dr. Antônio Fernandes Filho
Reitor

Prof. Dr. Mario Eduardo Rangel Moreira Cavalcanti Mata
Vice-Reitor

Prof. Dr. Patrício Borges Maracajá
Diretor Administrativo da Editora da UFCC

Simone Cunha
Revisão

Yasmine Lima
Diagramação

Iago Vieira Gomes
Capa

CONSELHO EDITORIAL

Anubes Pereira de Castro (CFP)
Benedito Antônio Luciano (CEEI)
Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro da Costa Rego (CTRN)
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Railene Hérica Carlos Rocha (CCTA)
Rogério Humberto Zeferino (CH)
Valéria Andrade (CDSA)

*Vamos aguçando e desvelando olhares
Expressando a imensidão no ajudar
De uma vontade incessante e penetrante
Que nos move e faz querer transformar
Não te assustas meus caros
Quando viestes um sonhador que idealiza saúde
Na Enfermagem não são raros
É próprio, verbal e objeto de luta
Buscamos o holístico, a forma correta de ser cuidador
Não é somente amor
É ciência, é paciência e é evidência
Somos instrumentos, ousados, para modificar
Uma base assistencial e também para um sorriso
Não nos basta identificar a dor
Precisamos amenizar a crise, ouvi do que falta
E falar do que nos sobra
Cabe informar e emponderar o nosso ciclo
Cuidar é educar, tirar a venda e dá liberdade
Fazemos saúde para obtermos pássaros
Que cantem promoção na sociedade
As noites não dormidas, são embalos perfeitos
Trazem assistências e constroem reflexões
Ser Enfermagem nos torna sujeitos
De encantadoras e possíveis transformações*

Ádylla Carvalho

.....

SUMÁRIO

.....

APRESENTAÇÃO	9
PREFÁCIO	11
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO – HUAC	15
CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL	21
EIXO 1 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES CLÍNICOS	
CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: RELATO DE EXPERIÊNCIA	33
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS: UMA VIVÊNCIA HOSPITALAR	43
PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DE UM PACIENTE COM ESPOROTRICOSE HUMANA	53
DESAFIOS E SUPERAÇÃO: COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO	63
IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA INTERDISCIPLINARIDADE: VIVÊNCIA DISCENTE NO COTIDIANO HOSPITALAR	73
EXPECTATIVAS DE GRADUANDAS DE ENFERMAGEM: O TÉRMINO DO CURSO E O PRIMEIRO EMPREGO	85

REFLEXÕES ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	93
EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	101
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CLIENTE COM MIELITE TRANSVERSA AGUDA	111
EIXO 2 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM CENTRADOS NA CRIANÇA	
APRENDENDO DIARIAMENTE: VIVÊNCIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	123
AS DUAS FACES DE UMA CRIANÇA COM SÍNDROME NEFRÓTICA: VIVÊNCIA HOSPITALAR	133
TECENDO HISTÓRIAS E CANÇÕES NA ALA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: REMINISCÊNCIAS DAS NOSSAS DOBRADURAS	139
REFLEXÕES SOBRE A RESSIGNIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	149
EIXO 3 - VIVÊNCIAS DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES CIRÚRGICOS	
PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA	157
VIVÊNCIA DE DISCENTES NA CLÍNICA CIRÚRGICA	167
EIXO 4- EXPERIÊNCIAS DE ENFERMAGEM JUNTO À COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	
NOTAS SOBRE ENFERMAGEM: O CUIDADO GERADO A PARTIR DE UM OLHAR DE VIGILÂNCIA	179
EXPERIÊNCIA DE DISCENTES NA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR-CCIH	187
VIVÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE	195

APRESENTAÇÃO

Sabe-se que, principalmente na área de saúde, não deve existir teoria sem prática, nem prática sem teoria. Esta publicação nasceu das observações realizadas, ao longo de vários anos, durante os estágios supervisionados de discentes de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, no Hospital Universitário Alcides Carneiro–HUAC, por uma enfermeira preceptora, experiente e conhecedora das mais diversas áreas, mais colaboradores.

A obra apresenta artigos, relatos e até depoimentos desses discentes, que vão desde a ansiedade para que chegue o dia tão sonhado de “*pôr a mão no paciente*”, passando pela angústia de se sentir impotente envolto pelas emoções até a alegria e gratidão do dever cumprido, com tanto amor e zelo.

O conjunto literário está dividido em quatro eixos (Pacientes Clínicos, Crianças, Pacientes Cirúrgicos e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), composto de dezoito capítulos que retratam vivências práticas em diversos setores de internação e realização de procedimentos de um Hospital Universitário, os quais orientam, inspiram e geram respostas para várias e diversas inquietudes que são formalizadas ao longo do curso de Enfermagem.

Segundo Angélica Tavares, “a enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente”. Eis aqui um livro em que a enfermeira Rosângela Vidal de Negreiros e colaboradores compartilham suas experiências e práticas clínicas no HUAC, de forma ética, objetiva e deslumbrante.

Boa leitura e muito sucesso!

PROFA. DRA. ALANA ABRANTES NOGUEIRA DE PONTES
Gerente de Ensino e Pesquisa do HUAC/UFCG/EBSERH

.....

PREFÁCIO

.....

Há quarenta anos, cruzei pela primeira vez a porta principal do Hospital Regional Alcides Carneiro, hoje Hospital Universitário Alcides Carneiro–HUAC. Desde então, em vários papéis, estudante, paciente, acompanhante, funcionário, professor e diretor, minha vida esteve intrinsecamente ligada a essa unidade hospitalar. Entretanto, independentemente da ocasião, sempre percebia a sua excelência e a profunda vocação de instituição formadora de recursos humanos, particularmente para a enfermagem.

As grandes enfermeiras e professoras de Enfermagem que por ali passaram, a exemplo de Maria do Carmo Navarro, Lalie Navarro, Luzia Almeida, Irismar Lobo, Lenira Pacheco, Leonete Bezerra, entre outras, fixaram alicerces sólidos manifestados pelo conhecimento, pela organização, pela ética, pela dedicação e pelo pioneirismo do que eram detentoras. Mas, lamentavelmente, nenhum ou poucos registros existem das suas trajetórias e dos seus legados, a não ser na mente daqueles que se beneficiaram dos seus exemplos.

O HUAC continua a cumprir seu papel social de formador de recursos humanos e principal prestador de serviços de saúde para Campina Grande e região. Composto por uma equipe qualificadíssima, embasado em técnicas e teorias modernas, e articulado com os cursos de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e da Universidade Estadual da Paraíba, os seus profissionais e professores não podem e nem devem, diante da evidente explosão das formas de comunicação, deixar de registrar o dia a dia, as experiências, a formação, o crescimento profissional e, porque não dizer,

as impressões que cada acadêmico registrou da sua passagem pelo HUAC.

Nesse diapasão, chama-nos a atenção o empenho da professora Rosângela Vidal de Negreiros em estimular os acadêmicos de Enfermagem a relatar e registrar suas experiências nos diversos cenários de aprendizagem oferecidos pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro.

Em várias frases, extraídas dos mais de vinte relatos de experiência aqui apresentados, observamos depoimentos valiosos que vão desde o medo, a ansiedade e a insegurança pelo início do estágio supervisionado, até os registros do amadurecimento do olhar sobre o ambiente hospitalar, do papel importante da enfermagem na recuperação da saúde e do valor do trabalho em equipe:

A sensação de ver um cliente chegar, se recuperar e receber alta por conta de seu trabalho e carinho é uma sensação que não tem palavras que definam, que só fez aumentar a certeza de que a enfermagem é o que escolhemos como profissão para nossas vidas.

Irritadas, com dor, sem poder andar direito ou apenas urinar, precisam de um olhar e um cuidado individualizado. Nesses casos, se faz necessária uma empatia maior por parte da equipe.

Como futuros profissionais, esse momento foi ímpar na nossa formação, contribuiu na solidificação do nosso saber enquanto graduandas de Enfermagem, pois logo seremos profissionais inteiramente responsáveis por nossas condutas.

Quando nos deparamos com a prática, a qual nos permite adentrar uma condição nunca vivenciada antes, tivemos muito sobre o que refletir e passamos a entender melhor as dimensões envolvidas no processo do cuidar.

A princípio, as tarefas e responsabilidades a nós delegadas causaram certo receio, talvez até medo da incapacidade em executá-las, por assim dizer. Porém, ao término da primeira semana no setor, ao ver que podíamos executar com ciência e destreza as funções, o

sentimento era outro, era de realização enquanto acadêmicas e certa segurança.

Sabemos que nos tornamos profissionais melhores, mas antes disso, nos tornamos seres humanos mais sensíveis à dor alheia e hoje enxergamos com outros olhos o cuidado ao outro, principalmente a seres tão frágeis e que muitas vezes se veem vulneráveis, passivos, impotentes, que só precisam de um olhar atento, de um gesto de empatia, de uma palavra que os ajude a compreender o que estão vivendo.

Saímos do serviço, mas levamos não só marcas e aprendizados para a prática profissional. Por onde formos, carregamos um pouco da vivência na pediatria.

O estágio supervisionado não só abrangeu os conhecimentos técnicos e científicos adquiridos no decorrer dos anos acadêmicos, mas também nos permitiu enxergar o paciente de forma holística, ou seja, pudemos desfrutar de uma experiência de amadurecimento pessoal e profissional, aperfeiçoando a possibilidade de um tratamento efetivamente humanizado.

O mercado de trabalho é perverso e impõe a muitos profissionais comportamentos inadequados por conta de más condições de trabalho, salários indignos e desvalorização profissional. Mas temos certeza de que, nesses acadêmicos, foi plantada a semente do respeito ao ser humano em todas as suas dimensões, do comportamento ético e respeitoso, e da necessidade de permanente qualificação. Acreditamos que farão diferente!

Nossos sinceros agradecimentos a esses jovens acadêmicos por contribuírem com o Hospital Universitário Alcides Carneiro na permanente reafirmação da sua missão.

PROF HOMERO GUSTAVO C. RODRIGUES
Superintendente do Hospital Universitário Alcides Carneiro

.....

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO – HUAC

.....

NEUMA MARIA FERNANDES SOBREIRA LEDA

ANA MARIA BARBOSA CABRAL

CONHECENDO A ESTRUTURA FÍSICA DO HUAC

O HUAC possui uma área construída de 16.584,49 m², distribuída nos seguintes setores:

1. Setor Administrativo;
2. Auditório;
3. Laboratório de Informática/Telemedicina;
4. Centro Cirúrgico;
5. Setor de Radiologia;
6. Unidade Transfusional;
7. Laboratório de Análises Clínicas;
8. Laboratório de Anatomia Patológica;
9. Central de Abastecimento Farmacêutico;
10. Almoxarifado Central;
11. Rouparia;
12. Cozinha e Refeitório;
13. Pronto Atendimento (Adulto e Infantil);
14. Setor de Manutenção;
15. Bloco de Ambulatórios I – CAESE;

16. Bloco de Ambulatórios II – Dr. Joaquim Bastos;
17. Fisioterapia;

Coordenações, departamentos e salas de aula do ciclo profissionalizante dos cursos da área de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Além desses setores, o hospital conta com os seguintes setores de internação:

1. Unidade de Terapia Intensiva Adulto – UTI A

Composta por dez leitos ativos, a UTI-A é classificada como do tipo II. Conta com uma equipe composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e técnicos em enfermagem, além de dispor de uma equipe matricial que dá suporte à assistência, formada por várias especialidades médicas, serviço social e nutrição.

2. Unidade de Terapia Intensiva Infantil e Neonatal – UTI I

Esta unidade comporta nove leitos, sendo quatro leitos de neonatais e cinco pediátricos, contando com isolamento. Igualmente à UTI A, esta é composta por uma equipe composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem. Além disso, dispõe de uma equipe matricial que dá suporte à assistência, com várias especialidades médicas, psicologia, serviço social e nutrição.

3. Ala A – Unidade de Internação em Cirurgia

A unidade é composta por 25 leitos, sendo quatro destinados ao tratamento clínico de pacientes oncológicos. Além de cirurgia geral, existem também as especialidades de mastologia, ginecologia, uro-

logia, otorrinolaringologia, ortopedia, angiologia, cirurgia plástica e oncológica e cirurgia de cabeça e pescoço. Além da equipe médica e residente de cirurgia geral e ginecologia, enfermeiros e técnicos em enfermagem, conta com uma equipe matricial que dá suporte à assistência, com várias especialidades médicas, fisioterapia, psicologia, serviço social e nutrição.

4. Ala B – Unidade de Internação em Pneumologia

Esta ala B dispõe de dez leitos, todos destinados ao tratamento de pneumopatias, e uma equipe formada por pneumologistas e residentes de clínica médica, enfermeiros e técnicos em enfermagem, contando também com a equipe matricial.

5. Ala C – Unidade de Internação em Clínica Médica

Trata-se da unidade de clínica médica e endocrinologia feminina. Dispõe de 21 leitos, sendo 19 ativos, dos quais 5 leitos são de endocrinologia e 16 de clínica. A equipe é formada por médicos especialistas, residentes de clínica médica e endocrinologia, enfermeiros e técnicos em enfermagem, também contando com a equipe matricial.

6. Ala D – Unidade de Internação em Clínica Médica

Semelhante à ala C, é também uma unidade de clínica médica e endocrinologia, sendo esta masculina. É composta por 20 leitos, dos quais 17 de clínica e 3 de endocrinologia. A equipe é formada por médicos especialistas, residentes de clínica médica e endocrinologia, enfermeiros e técnicos em enfermagem, como também conta com a equipe matricial.

7. Ala E – Unidade de Internação em Infectologia

É o setor específico para os usuários portadores de doenças infectocontagiosas e referência em tratamento de HIV/AIDS. É composto por quatorze leitos de internação e quatro leitos do Hospital-Dia (HD). Conta com equipe de médicos e residentes da área de infectologia, além de enfermeiros e técnicos em enfermagem. Dispõe também da equipe matricial, semelhante às outras unidades.

8. Unidade de Internação em Pediatria Geral

A unidade dispõe de 33 leitos, atendendo um público de 0 meses a 17 anos. A equipe é formada por médicos pediatras, médicos residentes de pediatria, além de enfermeiros e técnicos em enfermagem. Como também dispõe da equipe matricial, semelhante às outras unidades.

9. Unidade de Internação em Oncopediatria

A Oncologia é uma especialidade da unidade de Pediatria. É composta por doze leitos e atende ao público de 0 a 19 anos. A equipe é formada por médicos especialistas, enfermeiros e técnicos em enfermagem, como também com equipe matricial.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Em março de 2015, época da adesão da UFCG à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o HUAC possuía um quadro funcional composto por servidores integrantes do Regime Jurídico Único (RJU), parte vinculada à UFCG e outra parte ao Ministério da

Saúde, além de servidores contratados temporariamente por decisão judicial, conforme quadro abaixo:

QUADRO 1–QUANTITATIVO DE SERVIDORES. HUAC. MARÇO 2015

MÉDICOS	QUANTIDADE
Ministério da Saúde	21
Ministério da Educação	80
Contrato Temporário–Lei nº 8.745/93	56
Subtotal	157
OUTROS PROFISSIONAIS–NÍVEL SUPERIOR	QUANTIDADE
Ministério da Saúde	20
Ministério da Educação	49
Contrato Temporário Lei nº 8.745/93	95
Subtotal	164
PROFISSIONAIS–NÍVEL MÉDIO	QUANTIDADE
Ministério da Saúde	85
Ministério da Educação	331
Contrato Temporário Lei nº 8.745/93	79
Subtotal	495
TOTAL	816

Fonte: Divisão de Pessoal. HUAC (2015)

CONCLUINDO

Até o final da década de 1980, os hospitais universitários tinham a única missão de serem hospital-escola. Com a Constituição de 1988, passaram a integrar o Sistema Único de Saúde e, por consequência, tornaram-se agentes nucleares de duas políticas de Estado: educação e saúde.

A proposição da revisão dos paradigmas gerenciais dos hospitais universitários a ser manifesta pelo Plano de Desenvolvimento Estratégico (PDE), a partir da criação da EBSEH, é resultado da constatação de especialistas e de órgãos de controle.

REFERÊNCIA

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSEH). Hospital Universitário Alcides Carneiro–HUAC. **Plano de Desenvolvimento Estratégico**–PDE. 2017/2018. 14op. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/huac-ufcg/nossa-historia>. Acesso em: 16 fev. 2019.

CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS
ERIK CRISTÓVÃO ARAÚJO DE MELO
FAGNER ARRUDA DE LIMA

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

FLORENCE NIGHTINGALE

ADENTRANDO O ESTÁGIO HOSPITALAR

Para que a formação do profissional em saúde obtenha êxito, seu percurso não pode ser pautado somente pela teoria. Para um mercado de trabalho cada vez mais exigente, é necessário que o discente compreenda o espaço de atuação/campo de práticas e, nesse sentido, o estágio supervisionado se apresenta como oportunidade para expansão dos conhecimentos teóricos alinhados à prática (EVANGELISTA; IVO, 2014). São amplamente difundidos relatos de vários autores sobre a importância da experiência do estágio e

sobre como ela é essencial para a formação discente, considerando que cada vez mais o mercado requisita profissionais com habilidades de práxis e notória preparação.

Como exemplo disso, segundo Mufuani (2011), o aluno se depara no início da sua vida acadêmica com o conhecimento teórico. Porém, muitas vezes, é difícil relacionar teoria e prática se o estudante não vivenciar momentos reais em que será preciso analisar o cotidiano. É nesse contato com o real que o estudante pode perceber se a sua escolha profissional e sua aptidão técnica são correspondentes.

Ainda, para Bianchi *et al.* (2005), o estágio curricular supervisionado (ECS) é uma oportunidade em que o aluno sente-se livre para mostrar sua criatividade, independência e caráter. É oferecida, na grande maioria dos cursos de graduação, a partir da sua segunda metade, coincidindo com a inserção do graduando nas reflexões acadêmicas acerca da sua formação. A graduação no curso de Enfermagem tem, em seu plano de curso, disciplinas que compreendem áreas como biológicas e humanas, e as específicas da área da saúde; sendo nos dois últimos semestres letivos obrigatória a inclusão na grade curricular do Estágio Supervisionado, de acordo com a Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001.

Para tanto, essa etapa vai muito além de um simples cumprimento de exigências acadêmicas. O estágio supervisionado é caracterizado como o momento em que o estudante, depois de uma extensa carga teórica, vai ao serviço aplicar o conhecimento adquirido. Trata-se de uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Torna-se assim um importante instrumento de integração entre universidade, instituição e comunidade (FILHO, 2010). Dessa maneira, contribui para o desenvolvimento do compromisso social que é conferido às instituições de ensino superior em nosso país.

O ECS propicia ao estudante entrar em contato direto com a realidade de saúde da população, o que pode ser considerado de grande

importância para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para a consolidação dos conhecimentos adquiridos no decorrer do curso de graduação, por meio da relação “teoria-prática”. O estágio tem, assim, o intuito de integrar a atenção individual e a coletiva, a teoria e a prática versus ensino e serviço, na perspectiva de formar um profissional apto a atender as demandas de saúde da população brasileira e contribuir ativamente para a construção do SUS, tanto na rede básica quanto na hospitalar (COSTA; GERMAN, 2007).

Nesse processo, espera-se que o estudante possa identificar pontos favoráveis e desfavoráveis no campo da prática, exercendo a capacidade de reflexão sobre a ação profissional e de visão crítica sobre as relações existentes no campo institucional, apoiado na supervisão enquanto processo dinâmico e criativo,

tendo em vista possibilitar a elaboração de novos conhecimentos (DIAS, 2012). Este processo de reflexão deve traduzir-se de forma efetiva no exercício da prática diária assistencial e gerencial das atividades do enfermeiro que terá oportunidade de vivenciar durante o ECS, além de proporcionar ao aluno confiança, satisfação e compromisso com a futura profissão.

Não distante desse cenário, o profissional enfermeiro vem, ao longo dos tempos, empenhando-se para ampliar seu campo de ação junto aos sistemas de saúde, seja na assistência direta ao paciente hospitalizado, seja na prevenção e/ou promoção da saúde. O ECS pode trazer importante contribuição para a formação deste profissional, tendo em vista tratar-se de uma atividade acadêmica bastante rica para esse processo de formação.

A vivência do ECS pelo acadêmico de Enfermagem vem tornando-se indispensável, visto que seu processo de trabalho no campo de estágio permite que ele forje uma identidade na sua atuação, fazendo com que isto flua naturalmente, levando-o a mostrar-se cada dia mais preparado e competente, conforme vai lidando com situações

em diversos cenários e, assim, posteriormente enfrentar as exigências do mercado de trabalho (BENITO *et al.*, 2012).

Nota-se ainda que o estágio proporciona a inserção do acadêmico de Enfermagem em uma equipe multiprofissional, tornando palpável a segurança emocional e profissional, sua autonomia na atuação, além de incentivar a busca pelo conhecimento científico para embasar a prática. Isso oportuniza desenvolver e aperfeiçoar habilidades de cuidado, educação, gerência e pesquisa, através da realização de práticas assistenciais de enfermagem junto a indivíduos, famílias, grupos e comunidade, vivenciando situações concretas do mundo do trabalho (COLISELLI *et al.*, 2009).

Esse momento confere a aprendizagem necessária para uma boa formação profissional e aproxima a teoria da prática, deixando o aluno perceber as ações e os procedimentos desenvolvidos pelo enfermeiro. Diante disso, o presente artigo foi desenvolvido a fim de apresentar a importância e as contribuições do ECS à vida acadêmica e à formação profissional do graduando em Enfermagem.

TRILHANDO CAMINHOS

De acordo com o site da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) foi inaugurado em 20 de dezembro de 1950 com o intuito de prestar assistência médica aos funcionários públicos federais passando, em dezembro de 2015, à regência da EBSERH por meio da assinatura do contrato de adesão. Hoje o HUAC, enquanto campo de prática dos cursos de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), abriga o ECS II do curso de Enfermagem, no qual se realizam os cuidados voltados aos pacientes/familiares, norteados pela metodologia da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Por

meio da SAE, realiza-se a avaliação do paciente diariamente, elencam-se os diagnósticos de enfermagem e estabelecem-se os cuidados de forma individual e integral.

Durante esse percurso, por várias vezes autodidático, existe a oportunidade de desenvolver habilidades técnicas, competências de trabalho em equipe, criatividade, liderança, comunicação e autonomia. Essas vivências permitem formar profissionais capacitados, comprometidos, ativos e aptos a atuar em todos os níveis do sistema. O processo é marcado pelo desenvolvimento de um vasto número de procedimentos, dentre os quais podemos destacar: punção venosa para administração de medicamentos e infusão de soluções, coleta de amostras para exames, sondagem vesical de alívio e/ou de demora, sondagem nasoentérica e/ou gástrica, manipulação/administração de alimentação por sonda, realização do teste de glicemia capilar, avaliação clínica em feridas, realização de curativos de pequeno e grande porte. Estes procedimentos exigem destreza manual aliada a conhecimentos científicos, buscados constantemente na tentativa de sempre prestar um cuidado holístico com grande capacidade resolutiva e de forma humanizada, além de fazer parte e poder compreender a rotina hospitalar em geral.

Essa experiência permite elucidar a relação do conhecimento teórico com o saber prático, pois, nesse momento, as dúvidas que surgem podem ser sanadas em meio à realização do procedimento. O acompanhamento pelo enfermeiro da unidade tem por objetivo observar e compreender o trabalho da enfermagem.

Dessa maneira, acompanham-se não só os pacientes, mas também os familiares/acompanhantes e os demais colegas de trabalho na tentativa de fornecer cuidado humanizado e reflexivo no decorrer do período de estágio.

O desenvolvimento das anotações de enfermagem é realizado conforme a SAE e a rotina do hospital, as quais são de suma im-

portância para compreender o trabalho do enfermeiro na prática assistencial. Nota-se que o processo de ensino- aprendizagem exige o envolvimento do aluno, do facilitador e do enfermeiro do campo prático.

Destacamos, também, a importância do facilitador/preceptor, pois o aluno sente-se mais seguro, confiante e pode receber suporte para garantir a qualificação do aprendiz, do acompanhamento e da avaliação da sua transição do ser estudante para o ser profissional, bem como suporte para sua inserção nos processos de investigação e de diagnóstico.

Durante o estágio, o discente apropria-se da oportunidade de desenvolver e aperfeiçoar habilidades de cuidado, e percebe o senso de gerência exercida pelo enfermeiro em seu setor e a organização da equipe profissional através da realização de práticas assistenciais de enfermagem junto aos pacientes e suas famílias.

O cuidado em saúde se produz no encontro de conhecimento, desejos e interesses singulares, permeado por distintos aspectos teórico-práticos que vão definir as boas ou más experiências. O cuidado de forma humanizada é sempre algo que, no trabalho em saúde, é dado como prioridade e, para que isso aconteça, a barreira entre o real e o teórico precisa ser quebrada.

Assim, o profissional enfermeiro deve desenvolver competências apoiadas em uma base sólida de conhecimentos associados à aquisição de habilidades que permitam identificar e acessar informações determinantes para a atenção à saúde, com padrões de qualidade reconhecidos, para a fundamentação de suas atitudes, assegurando a integração e a continuidade da assistência em todas as instâncias do sistema de saúde

O estágio deve ser concebido com atividades dinâmicas que demandem ganhos tanto para o graduando quanto para a instituição, a fim de melhorar a qualidade do cuidar em enfermagem, principal-

mente numa perspectiva que contemple o indivíduo na sua totalidade e enquanto ser inserido em sociedade.

Esse processo reflexivo deve traduzir-se de forma efetiva no exercício da prática diária assistencial e gerencial das atividades do enfermeiro, que terá oportunidade de vivenciar o saber fazer do enfermeiro e de sua equipe nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, a fim de assegurar que sua prática seja desenvolvida de maneira integral e perene, em todas as instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de refletir criticamente, analisar as problemáticas sociais e procurar alternativas de enfrentamento e resolução.

REFLETINDO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO

Fica evidente a importância do estágio durante a formação acadêmica. Entende-se que, para isto, o aluno deve ter confiança e compromisso para perceber a futura profissão na sua magnitude. O estágio, enquanto etapa de transição de identidade do futuro enfermeiro, facilita o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade, proporciona a compreensão do trabalho em equipe e a tomada de decisões de forma crítica e reflexiva.

O ECS traz uma colaboração essencial à formação do aluno como um momento específico de sua aprendizagem. Espera-se que o estudante possa identificar pontos favoráveis no campo da prática, exercendo a capacidade de reflexão sobre a ação profissional e de visão crítica sobre as relações existentes no campo institucional, apoiado na supervisão enquanto processo dinâmico e criativo, tendo em vista possibilitar a elaboração de novos conhecimentos.

Contudo, há desafios à inserção dos estagiários no processo de trabalho por desconhecimento do papel do estagiário e da importância dessa fase para o crescimento profissional do graduando. Tal

evento pode atribuir-se à fragilidade das relações humanas entre os profissionais, que têm consequências negativas e podem comprometer a qualidade do estágio. São descritas neste artigo construções dos autores sobre a experiência vivenciada na prática dos estágios na tentativa de instigar mais discussões sobre a temática.

REFERÊNCIAS

BENITO, G. A. V.; TRISTAO, K. M.; PAULA, A. C. S. F.; SANTOS, M. A.; ATAIDE, COLLISELLI, L.; TOMBINI, L. H. T.; LEBA, M. E.; REIBNITZ, K. S. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev Bras Enferm**, n. 62, ano 6, p. 932-7, nov-dez. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Câmara de Educação Superior**. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

COSTA, L. M.; GERMAN, R. M. Estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisando a literatura. **Rev Bras Enferm**, n. 60, ano 6, p. 706-10, 2007.

DIAS, D. G.; STOLZ, P. V. Projeto de extensão “Vivências para acadêmicos de Enfermagem no Sistema Único de Saúde” na perspectiva do acadêmico. **J Nurs Health**, n. 2, ano 2, p. 440-5, 2012.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Hospital Universitário Alcides Carneiro–HUAC. **Plano de Desenvolvimento Estratégico–PDE**. 2017/2018. 140p. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/huac-ufcg/nossa-historia>. Acesso em: 16 fev. 2019.

EVANGELISTA, D. L.; IVO, O. P. Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**, n. 2, ano 3, p. 123-130 dez. 2014.

J.; LIMA, R.C.D. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev Bras Enferm**, n. 65, n.1, p.172-8, 2012.

.....

EIXO 1
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
AOS PACIENTES CLÍNICOS

.....

.....

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM SÍNDROME DE GUILLAIN- BARRÉ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

.....

DAYANNE ALBUQUERQUE DA SILVA

INGRID MORAIS DE MOURA

JÉSSICA MARIA MARQUES HENRIQUES

MARIA JULIANA RODRIGUES COSTA SILVA

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

MARILIA DE LIMA ALBUQUERQUE DA SILVA

*“Dos sorrisos encontrados a cada dia
e do viver em meio à melancolia
Descobrimos que o cuidado é como um raio de sol
Que discretamente invade a manhã e à tarde
Clareia a noite, sem alarde
Oferecendo a todo ser
O que é seu por direito: a luz da dignidade”.*

MIRELLY BARROS

O COMEÇO

Para iniciarmos nossa história, falaremos um pouco sobre a síndrome de Guillain Barré (SGB), que se trata de uma doença rara, também conhecida como polineuropatia desmielini-

zante inflamatória aguda e paralisia ascendente de Landry. Tem origem autoimune adquirida e monofásica, geralmente pós-infecciosa e de rápida progressão (DOURADO JÚNIOR, 2015). A etiologia da SGB é pouco conhecida, com fisiopatologia caracterizada por inflamação, degeneração dos axônios e perda progressiva da bainha de mielina. A SGB tem como características típicas: a presença de parestesia nas extremidades distais dos membros inferiores e posteriormente superiores, dor neuropática lombar, fraqueza progressiva, ausência de reflexos, entre outros sintomas. A doença normalmente progride por duas a quatro semanas, atingindo uma piora relacionada a dificuldades respiratórias e alterações do sistema nervoso autônomo. Após essa fase de progressão, existe uma estabilização com possível recuperação gradual (BRASIL, 2015)

O tratamento visa acelerar o processo de recuperação, sendo um modo de diminuir as complicações associadas à fase aguda, reduzindo os déficits neurológicos residuais em longo prazo. O mesmo pode ser feito por uma equipe multidisciplinar cuja atividade vem proporcionando a prevenção de complicações e manejo dos sintomas durante a fase aguda da doença, sendo uma forma de recuperação eficaz, trazendo recuperação física com o mínimo de seqüela promovendo independência e autonomia para o indivíduo (TUACEK *et al.*, 2012). Dessa forma, torna-se fundamental uma equipe multidisciplinar para a realização do tratamento de SGB (BRASIL, 2015; TUACEK *et al.*, 2012).

Assim, a motivação para a realização deste relato surgiu durante o estágio prático do Estágio Curricular Supervisionado II, ao vivenciar o cuidado a uma paciente com a síndrome de Guillain Barré. O ocorrido nos despertou o interesse em abordar o tema e aprofundar os conhecimentos sobre a importância da equipe interdisciplinar e especificamente os cuidados de enfermagem perante o paciente. Portanto, este estudo tem por objetivo descrever a experiência, as reflexões e os questionamentos dos discentes sobre o cuidado de en-

fermagem no acompanhamento de pessoas portadoras da síndrome de Guillain-Barré.

CONTANDO NOSSA HISTÓRIA

Este estudo utiliza o método descritivo do tipo relato de experiência, acerca da vivência de acadêmicos de Enfermagem. O cenário principal foi o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), situado no município de Campina Grande – PB, durante execução das atividades do componente curricular Estágio Curricular Supervisionado II, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no período entre 29/01 e 23/02 de 2018.

O estágio vai muito além de um simples cumprimento de exigências acadêmicas, pois se torna uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, além de ser um importante instrumento de integração entre universidade, escola e comunidade (FILHO, 2010). O objetivo principal do Estágio Supervisionado II é possibilitar ao estudante pôr em prática a teoria aprendida em sala de aula durante o decorrer do curso, proporcionando-lhe os meios necessários para desenvolver habilidades e competências como administrador, líder e assistente.

A experiência aqui relatada aconteceu na Ala C do HUAC, ala esta destinada a clientes do sexo feminino, com grande rodízio de clientela. Durante esta vivência, os discentes tiveram a oportunidade de conhecer um caso clínico em que o paciente era portador da síndrome de Guillain Barré, o que lhes proporcionou curiosidade e reflexões sobre a patologia e os cuidados de enfermagem para com o paciente.

Compreendendo o componente curricular Estágio Curricular Supervisionado II

No curso de Enfermagem da UFCG, campus Campina Grande, a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado II faz parte do núcleo de conteúdos básicos obrigatórios. A disciplina é composta por 420 horas práticas, sendo 396 delas distribuídas ao longo de 66 plantões de 6 horas, divididos em três setores hospitalares; e 24 delas destinadas às atividades teóricas, de planejamento e tutoriais, bem como à realização de relatórios fora do setor. Também faz parte do conjunto de disciplinas presentes no décimo período do curso.

De acordo com o plano, o discente deverá desempenhar seis competências: avaliação das necessidades de saúde da clientela a partir do território ou da unidade hospitalar de Enfermagem; avaliação do processo de trabalho, organização e infraestrutura do serviço de saúde e de Enfermagem; planejar, executar e avaliar as ações e cuidados de Enfermagem; planejar, implementar e avaliar ações de educação em serviço; desenvolver capacidade de comunicação, liderança, trabalho em equipe, considerando a humanização e os aspectos éticos e legais; elaborar a apresentação do relatório com a identificação de um problema priorizado e realizar as intervenções necessárias junto à equipe da unidade hospitalar.

Os alunos matriculados são divididos em setores no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Esses setores são selecionados por possuírem ou se incluírem em um dado nível de organização que possibilite ao aluno desenvolver habilidades técnico-científicas conforme o marco referencial do curso. O aluno cumpre o horário de rotina estabelecido pelo local.

O contato com as vivências práticas nos permite abrir os horizontes do conhecimento daquilo que até o momento ainda estava no papel. O mais interessante é que, ainda em sala de aula, a dimensão do cuidar transmite a tamanha responsabilidade que devemos ter, sentimento que, ao estar frente a frente com a realidade prática, é multiplicado. A partir deste contato, quando nos deparamos com portadores da síndrome de Guillain-Barré, entendemos as dimensões

envolvidas no processo de cuidar, cuidado que envolve subjetividade e singularidade a cada um dos pacientes, sendo, por isso, necessário atuar na assistência de modo a suprir todas as necessidades deles.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

A síndrome de Guillain-Barré–SGB compõe-se de uma poliradiculopatia desmielinizante inflamatória aguda. É uma doença autoimune, podendo ser reversível na maioria dos casos. Caracteriza-se por uma desmielinização dos nervos, principalmente os motores, mas pode vir a atingir os nervos sensitivos (BOLAN *et al.*, 2007).

Caracteriza-se por comprometimento periférico ascendente, progressivo e geralmente simétrico, no qual as manifestações motoras predominam sobre as sensoriais. Caracteristicamente, há perda de força dos membros inferiores, perda do controle esfinteriano, comprometimento de pares cranianos e diminuição dos reflexos tendinosos profundos (BOLAN *et al.*, 2007, p. 58).

A progressão da doença se dá por meio de uma sensação de parestesia nas extremidades dos membros inferiores e superiores. Apresenta também dor neuropática, a qual aparece em, pelo menos, metade dos casos. Os sintomas da SGB surgem entre uma e quatro semanas após infecção viral ou bacteriana. A fase aguda apresenta como sintomas: fraqueza muscular, paralisia, falta de sensibilidade, formigamento, dormência, dor e diminuição dos reflexos. Apresenta também retenção de urina, taquicardia, hipertensão, hipotensão postural, arritmia cardíaca, insônia, dificuldade de comunicação, entre outros (COSTA, 2016). Os sintomas comuns na fase aguda da SGB são: fraqueza muscular, paralisia, falta de sensibilidade, formi-

gamento, dor que inicia em pernas e atinge todo o corpo e diminuição dos reflexos. A fraqueza em tronco e membros superiores pode atingir a musculatura relativa à respiração e levar à necessidade de ventilação mecânica (TUACEK *et al.*, 2012).

O envolvimento do sistema autonômico é frequente, podendo causar retenção de urina, taquicardia, hipertensão, hipotensão postural e arritmia cardíaca. Outras complicações associadas à fase aguda da doença de Guillain-Barré são insônia, formação de úlceras de pressão, dificuldade de comunicação, deficiência nutricional, imobilismo e trombose venosa.

O tratamento de SGB deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, propiciando a prevenção das complicações e o manejo dos sintomas durante a fase aguda da doença. A reabilitação física é necessária. O paciente acometido por SGB, principalmente durante a crise, necessita de cuidados intensivos e de uma equipe multidisciplinar para que, assim, possa ter uma boa recuperação. Dessa forma, a ação da equipe interdisciplinar é essencial para minimizar as sequelas e promover a independência e a autonomia dos pacientes (TUACEK *et al.*, 2012). Ainda que 95% dos pacientes obtenham recuperação completa, trata-se de um processo lento e que acontece de forma gradual, variando de acordo com cada caso clínico (COSTA, 2016).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O paciente com SGB, durante a fase aguda, experimenta fraqueza motora progressiva, com sintomas ascendentes e simétricos. Entre os sintomas apresentados estão: fraqueza muscular, dormência, formigamento e dor. Devido à completa ou parcial paralisia e o precário estado nutricional, tendo em vista as complicações que afetam a alimentação dos indivíduos nesta situação, como disfagia e

perda da movimentação ativa, a pele dessa população torna-se bastante vulnerável a lesões na integridade cutânea.

Entre as intervenções utilizadas para manter a integridade da pele, pontuam-se: frequente mudança de decúbito e posicionamento (a cada 30 minutos), aplicação de óleo de girassol em proeminências ósseas, massagem, realização de movimentos e exercícios passivos, assim como manutenção da pele dos pacientes seca e uso de lençóis sem rugas. Colchões de ar, camas especiais e almofadas para calcanhar e cotovelos também são úteis para evitar a formação das lesões.

É necessário o envolvimento e a interação de diferentes profissionais da equipe para evitar a formação de lesões de pressão na fase aguda de SGB. A mudança frequente de decúbito somada à avaliação da condição cutânea é recomendada, assim como os exercícios de movimentação passiva realizados por terapeutas ou pelos familiares. Também é necessário encorajar o paciente a mudar sua posição frequentemente desde o início do tratamento e da internação. Havendo a presença da imobilidade, é necessário orientar os familiares e cuidadores sobre a realização destas manobras para trocas posturais do paciente. A fixação de um cronograma de mudanças de posicionamento pode ser feita próxima à cama e à vista do paciente e familiar para facilitar a realização. Camas especiais também podem auxiliar na prevenção de lesões.

A assistência de enfermagem torna-se essencial no cuidado e manejo do paciente, pois visa contribuir de forma significativa na melhora da qualidade na assistência ofertada a ele. Considerando a cadeia de eventos que complicaram o quadro do paciente atendido durante o estágio, vale salientar a importância da equipe de enfermagem quanto à orientação e prevenção de lesões por pressão, que conseqüentemente podem ser porta de entrada para microorganismos, bem como a necessidade do conhecimento clínico das patologias em questão para uma melhor assistência quanto à terapêutica.

Para uma assistência adequada ao portador da SGB, é de suma importância o acompanhamento multiprofissional, o qual inclui fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e enfermeiro.

ALGUMAS CONCLUSÕES

Quando nos deparamos com a prática, a qual nos permite adentrar uma condição nunca vivenciada antes, tivemos muito sobre o que refletir e passamos a entender melhor as dimensões envolvidas no processo do cuidar de pacientes com a síndrome de Guillain Barré. Nesse sentido, a experiência vivenciada trouxe pontos positivos para os nossos conhecimentos acadêmicos. Além disso, nos levou a inquietações a respeito da síndrome, seus sintomas, tratamento, evolução, diagnóstico e, principalmente, do cuidado de enfermagem perante essa patologia.

Durante o período de estágio, nós, enquanto estudantes de Enfermagem, tivemos a oportunidade de ver, na prática, o dia a dia da profissão que escolhemos seguir e pudemos nos dar conta de quão rica é nossa profissão e quanto ela é importante no cuidado ao paciente. O estágio supervisionado possibilita ao estudante, enquanto futuro enfermeiro, adquirir maior autonomia, senso crítico, tomada de decisões, contribuindo assim para a formação de um profissional capacitado e com um olhar humanizado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da síndrome de Guillain-Barré. Ministério da Saúde. 24 de dez. de 2009. Secretaria

de Saúde, Portaria nº 1.171, de 19 de novembro de 2015. Atualizado. Disponível em: <http://www.portalms.saude.gov.br/.../2015/.../PT-SAS-N1171Guilain-Bar-atualizado>. Acesso em: fev. 2018.

BOLAN, R. S. *et al.* Síndrome de Guillain-Barré. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 1, n. 51, p. 58-61, jan./mar. 2007. Disponível em: www.amrigs.com.br/revista/51-01/rc03.pdf. Acesso em: 02 jan. 2018.

COSTA, A. **Síndrome de Guillain-Barré**: uma revisão integrativa de literatura e de dados do Sistema Único de Saúde. 37 f. Monografia (Graduação em Gestão em Saúde Coletiva)–Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, 2016.

DOURADO JÚNIOR, M. E. T. **Síndrome de Guillain-Barré**: epidemiologia, prognóstico e fatores de risco. 2015. 90f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)–Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

FILHO, A. P. O Estágio Supervisionado e sua importância na formação docente. **Revista P@rtes**. 2010. Disponível em: <http://www.partes.com.br/educacao/estagiosupervisionado.asp>. Acesso em: 19 mar. 2018.

TUACEK, T. A.; TSUKIMOTO, G. R.; FIGLIOLIA, C. S.; CARDOSO, M. C. C. *et al.*

Neuropatias–Síndrome de Guillain-Barré: reabilitação. Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. **Acta Fisiatr**. n. 20, v. 2, p. 89-95, 2013.

.....

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS: UMA VIVÊNCIA HOSPITALAR

.....

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS
LAURA RAQUEL ARAÚJO E MORAIS
VALÉRIA FRANÇA DO NASCIMENTO
JOSEANE XAVIER DE ALMEIDA

*Auscultar, avaliar
Fazer monitoramento
Prescrever, orientar
Fazer bom atendimento
Ter vínculo e confiança
Em todo o procedimento.*

ANNE KAROLYNNE S. NEGREIROS
Enfermeira e cordeliستا

INTRODUZINDO A TEMÁTICA

O termo diabetes mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. O DM vem aumentando sua importância pela sua

crecente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado como condição sensível à atenção primária. Evidências demonstram que o bom manejo desse problema na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

Na década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou por modificações visando substituir o atendimento hospitalar e o modelo curativo por atividades de caráter epidemiológico, com ações no campo da saúde pública, de cunho mais preventivo e coletivo, buscando a melhoria das condições de saúde (MENICUCCI, 2014). Com isso, ao longo do tempo, várias reformas foram implantadas pelo governo com o intuito de diminuir a incidência de DM. Assim, tem-se percebido uma maior procura aos serviços hospitalares para o controle e tratamento das complicações ocorridas pela doença. A alteração do quadro passa obrigatoriamente pelo incentivo e pela organização da atenção básica, por meio da qual é possível implantar medidas que retardam o aparecimento da doença ou evitam seus agravos depois de instalada, diminuindo, assim, o índice de internações hospitalares por conta do DM (BRASIL, 2013).

O número de diabéticos vem crescendo simultaneamente a fatores como: o aumento da obesidade e do sedentarismo, o crescimento e envelhecimento populacional, o aumento significativo da urbanização e, também, o aumento da sobrevivência de pacientes portadores de DM. Faz-se necessário estudo frequente para quantificar a prevalência atual de diabetes com o propósito de presumir o quantitativo de diabéticos futuramente, a fim de obter um planejamento cauteloso, preciso e, conseqüentemente, realizar reservas de recursos de maneira prudente (SBD, 2014).

O DM apresenta duas formas principais. O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é mais agressivo, causa emagrecimento rápido, ocorre na infância e adolescência, o indivíduo não tem produção de insulina, a

glicose não entra nas células e o nível dela no sangue fica aumentado. O diabetes mellitus do tipo 2 (DM2) geralmente é diagnosticado após os 40 anos; todavia, pode ocorrer em qualquer idade. Os pacientes podem necessitar de tratamento com insulina para obter controle metabólico apropriado, mas não dependem de insulina exógena para sobreviver (SBD, 2014).

As complicações do DM podem ser classificadas em agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) e crônicas (retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética). As complicações agudas do DM incluem a descompensação hiperglicêmica aguda, com glicemia casual superior a 250 mg/dl, que pode evoluir para complicações mais graves, como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica; e a hipoglicemia, com glicemia casual inferior a 60 mg/dL.

Essas complicações requerem ação imediata da pessoa, da família ou dos amigos, e do serviço de saúde. A orientação adequada ao paciente e à família e a disponibilidade de um serviço de pronto atendimento, telefônico ou no local, são fundamentais para auxiliar a pessoa a impedir que o quadro evolua para quadros clínicos mais graves.

Algumas complicações são referidas como microvasculares, específicas do diabetes, como a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia diabética. Outras, ditas macrovasculares, mesmo não sendo específicas do diabetes, são mais graves nos indivíduos acometidos, sendo a principal causa da morbimortalidade associada ao diabetes (BRASIL, 2013). O pé diabético está entre as complicações mais frequentes do DM, e suas conseqüências podem ser dramáticas para a vida do indivíduo e dramáticas para a vida do indivíduo, desde feridas crônicas e infecções até amputações de membros inferiores.

Estratégias atuais de tratamento foram desenvolvidas, bem como o estabelecimento de critérios diagnósticos da disfunção, obtiveram avanços expressivos nos últimos anos. Todavia, vale ressaltar

que grande parte dessas informações ainda não foi consolidada satisfatoriamente. Nesse sentido, observam-se dificuldades por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito à tomada de decisões nos pressupostos modernos da terapêutica. Nessa perspectiva, faz-se necessário o avanço das pesquisas atuais no intuito de que cada tratamento seja alicerçado em estudos do tipo randomizado, controlado com desfechos precisos e com amostra suficiente para responder às perguntas formuladas (SBD, 2014).

Ao enfermeiro, por sua vez, é cabível o papel de assumir a responsabilidade de rastrear e monitorar os fatores de risco para o pé diabético, como também orientar os pacientes quanto aos riscos; e, ao estabelecer uma parceria com toda a equipe de saúde, determinar as intervenções básicas e planejar as atividades educativas para o autocuidado e para a manutenção de um bom controle metabólico, evitando graves complicações (TEIXEIRA, 2011).

Um plano de cuidados elaborado adequadamente e aplicado de forma correta estabelece a direção, a continuidade da assistência, além de facilitar e tornar mais produtivo o diálogo entre os enfermeiros e a equipe multidisciplinar envolvida. Além do mais, esses planos de cuidados propiciam diretrizes para documentação e instrumentos para análise da assistência (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2010).

A realização dos diagnósticos de enfermagem para o DM deve ser embasada no planejamento do cuidado prestado a esses portadores, contribuindo para aquisição e manutenção do autocuidado, facilitando assim a sua aceitação ao tratamento para melhoria na qualidade da assistência, além de colaborar para o desenvolvimento do conhecimento, da autonomia e da habilidade no autocuidado por parte do paciente e do familiar. Sob essa ótica, observa-se a importância que o profissional enfermeiro possui no cuidado ao paciente diabético, o qual vai desde a orientação e educação dos pacientes, acompanhamento na evolução patológica, até o controle das com-

plicações decorrentes da doença, tornando o trabalho imprescindível à prática profissional e à constituição de uma eficaz rotina a ser problematizada pela reflexão.

O objetivo deste artigo é refletir, sob a ótica discente, a atuação do enfermeiro no tratamento do DM a partir da vivência em um hospital universitário do interior nordestino. O estudo tem caráter empírico-descritivo, com enfoque exploratório de relato de experiência, vivenciado por discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) do décimo período do curso de graduação, elaborado a partir das práticas do Estágio Curricular Supervisionado (ECS), com carga horária de 420 horas. O relato de experiência propõe tornar visível uma vivência prática e compartilhar com outros profissionais e estudantes, funcionando como um instrumento de pesquisa descritiva que proporciona uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações vivenciadas.

As ações desenvolvidas no ECS caracterizam-se como uma modalidade de ensino obrigatória no curso de graduação em Enfermagem cujo propósito é propiciar ao acadêmico do último semestre do curso uma visão de sua profissão de forma ampla e concreta. Apresenta como objetivo desenvolver habilidade técnico-científica para atuar em serviços de saúde, integrando os aspectos de planejamento, execução, supervisão, treinamento e avaliação das atividades de enfermagem, tomando como referencial teórico os princípios do SUS e a Lei do Exercício Profissional (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM, CCBS/UFCG, 2011).

A experiência aconteceu na Ala Clínica Feminina do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em maio de 2017. Durante esse período, buscou-se pontuar o caminho percorrido pelas estudantes, desafios enfrentados e experiência sucedida na ala composta por 19 leitos, subdivididos em 7 enfermarias, com maior predominância de pacientes endócrinos e cardíacos, acompanhados por uma equipe multidisciplinar do HUAC.

O delineamento desta experiência se dá a partir das concepções formuladas por Holliday (2007) quando declara cinco etapas que norteiam a sistematização de experiências:

1. **Ponto de partida:** a experiência construída a partir das reflexões da prática na ala C;
2. **Perguntas iniciais:** Como refletir a prática do enfermeiro no cuidado ao cliente com DM? Que contribuição/atuação do enfermeiro no cuidado ao cliente pode trazer à qualidade da assistência?;
3. **Recuperação do processo vivido:** reconstrução do processo vivenciado a partir do pensamento crítico reflexivo;
4. **Reflexão de fundo:** descrição sintética do processo vivido;
5. **Pontos de chegada:** principais conclusões a partir do aprendizado sobre a experiência vivida.

Iniciamos o estágio em maio de 2017 na Ala C, a qual possui uma demanda significativa de pacientes majoritariamente portadores de DM tipo II, sendo boa parte vítima de amputação de membros inferiores. Nessa ala, participamos do processo de trabalho em enfermagem. No primeiro dia, fomos apresentadas às profissionais do setor. Nossa primeira competência foi realizar o diagnóstico situacional do ambiente em que estaríamos atuando. A ala apresentava, em média, 19 pacientes/dia, com média de 3 altas/dia e a mesma de admissão. Por se tratar de uma ala clínica, a procura por vagas em leitos é constante, o que justifica a contínua ocupação dos leitos nas enfermarias. A equipe de enfermagem é composta pela enfermeira assistencial, pela enfermeira para assuntos burocráticos e pela equi-

pe de técnicos de enfermagem, em média de quatro por plantão. Ao fazermos o diagnóstico situacional da Ala C, conseguimos identificar que a predominância era de pacientes da Endocrinologia, pessoas idosas, em destaque por diagnóstico de DM, sendo a maioria deles com complicações em membros inferiores, caracterizando como pé diabético, que resulta na grande maioria em amputações.

Caracteriza-se como pé diabético a presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associada a anormalidades neurológicas e a vários

graus de doença vascular periférica. Pode ser classificado em neuropático, isquêmico e misto, segundo sua etiopatogenia (BRASIL, 2013). O pé neuropático é caracterizado pela perda progressiva da sensibilidade, sendo o mais prevalente nas internações. Os sintomas mais frequentes são os formigamentos e a sensação de queimação, que tipicamente melhoram com o exercício. A diminuição da sensibilidade pode apresentar-se como lesões traumáticas indolores, a partir de relatos como perder o sapato sem se notar. Já o pé isquêmico caracteriza-se por história de claudicação intermitente e/ou dor à elevação do membro. Ao exame físico, pode-se observar rubor postural do pé e palidez à elevação do membro inferior. À apalpação, o pé apresenta-se frio, podendo haver ausência dos pulsos tibial posterior e pedioso dorsal (BRASIL, 2013).

Após o diagnóstico, desempenhamos atividades diárias no serviço durante 66 turnos, seguindo a rotina estabelecida pelos profissionais. Também contribuimos com o pensamento crítico e reflexivo que a graduação nos proporcionou, podendo refletir e participar ativamente do processo de trabalho da alta complexidade, assim como de seus nós críticos. Entre as atividades realizadas pelo enfermeiro no cuidado ao paciente clínico, destacam-se: prestar cuidados que exijam maior habilidade técnica e raciocínio crítico, como curativos de grande complexidade, sondagem vesical, gástrica e enteral, coletas de gasometrias, eletrocardiogramas, evoluções de enferma-

gem, burocracias de exames, controle de antibióticos e supervisão da equipe de enfermagem. Muitas dificuldades ainda são enfrentadas pelos profissionais, como a falta de espírito de equipe, a falta de algum insumo, a não interação tanto entre profissionais quanto entre profissional e coletividade. Essas e outras razões devem ser superadas, para que uma boa assistência venha a ser oferecida ao nosso cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estágio Curricular Supervisionado é considerado um componente fundamental no ensino superior, pois demonstra a relação entre as intenções de formação e o campo social e profissional, além de se constituir como prática investigativa, etapa extremamente expressiva no processo de formação do aluno. Ele proporciona vivenciar a rotina hospitalar por um período prolongado, como

também é uma alternativa fundamental para que haja uma familiaridade maior com as atribuições do profissional de enfermagem do nível superior.

Atuar na ala foi extremamente importante no processo de desenvolvimento e aprendizagem, pois promoveu oportunidades de vivenciar, na prática, conteúdos acadêmicos, propiciando assim a aquisição de conhecimentos e atitudes relacionadas com a futura profissão. Além disso, permitiu a troca de experiências entre funcionários, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, auxiliares de serviços gerais e familiares dos pacientes, bem como o intercâmbio de novas ideias, conceitos, planos e estratégias. Durante essa vivência, foi imprescindível a inserção dos discentes nas atividades da ala, os quais tiveram a oportunidade de participar de forma diária das competências do enfermeiro, como anamnese, curativos de pé diabético, eletrocardiograma, administração de medicamentos,

admissão e alta do paciente, troca de sonda vesical e educação em saúde, juntamente com a participação da equipe multiprofissional.

A prática adquirida durante o estágio foi fundamental, pois agregou valores e conhecimentos à nossa carreira. Sob esta ótica, foi crucial aproveitar as oportunidades de crescimento e desenvolvimento oferecidas pelo hospital durante este período, as quais oferecem um novo olhar para o futuro, através da construção de um novo projeto de vida e carreira profissional. Como futuros profissionais, esse momento foi ímpar na nossa formação, contribuindo na solidificação do nosso saber enquanto graduandas de Enfermagem, pois logo seremos profissionais inteiramente responsáveis por nossas condutas, pela direção de uma equipe e pelo processo de cuidar do protagonista de tudo, o nosso paciente.

Portanto, acredita-se que esta narrativa seja um produto que possa contribuir para reflexões sobre rotinas em alas de hospitais, bem como a necessidade do processo de trabalho em saúde como fundamental à prática de enfermagem e, conseqüentemente, ao cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P. X. JUNIOR, J. V. de C.; FILHO, W. M. dos S. Principais diagnósticos de enfermagem da NANDA para portadores de diabetes tipo II nas equipes de saúde da família do município de Arcoverde – PE. **Saúde Coletiva em Debate**. [S. l]: v. 2, n. 1, p. 1-8, dez. 2012. Disponível em: <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/volo2/artigo01.pdf>. Acesso em: 08 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa

com Doença Crônica: Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

DOENGENS, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C. **Diagnósticos de enfermagem**: intervenções, prioridades e fundamentos. Tradução de Carlos Henrique Cosenday; revisão técnica Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

HOLLIDAY, O. J. **Sistematização de Experiências**: aprender a dialogar com os processos. Rio de Janeiro: CIDAC, 2007.

MENICUCCI, T. M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. 2014, p. 77-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM DO CCBS-UFCG. CCBS: UFCG, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. [organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>. Acesso em: 07 out. 2016.

TEIXEIRA, C. R. de Souza *et al.* Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. **Revista Esc. de Enfermagem**. São Paulo: v. 45, n. 1, p. 173-179, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100024. Acesso em: 01 out. 2012.

.....

PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DE UM PACIENTE COM ESPOROTRICOSE HUMANA

.....

TRYCIA RYANE DE FREITAS SILVA
GISELE MARTINS RODRIGUES DA SILVA

*“A poesia do verbo Cuidar
É desenhada na folha em branco do amanhecer
Olhar, Ouvir, Tocar, Sentir...Percutir...
No outro há também o encontro de si
Assim, o que esse verbo é capaz de cumprir
Nada pode medir.”*
MIRELLY BARROS

INTRODUZINDO A TEMÁTICA

A esporotricose é uma micose profunda causada por fungos do complexo *Sporothrix schenckii*, que vivem no solo e se multiplicam em matéria orgânica em decomposição, podendo acometer o homem e várias espécies de animais, sendo o gato a principal fonte de infecção (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2016). Esta doença é caracterizada por uma grande variedade de manifestações clínicas que costumam afetar a pele e os vasos linfáticos. É consi-

derada endêmica em países tropicais, com clima úmido e quente. Os reservatórios naturais do *Sporothrix schenckii* são os vegetais, a matéria orgânica e o solo contaminado. O fungo também pode ser encontrado na água e em animais. A transmissão acontece através do contato traumático em gravetos, espinhos ou outro veículo contaminado com ele.

O gato é a espécie animal mais afetada por essa micose e desempenha um papel importante na transmissão desta doença para os humanos (KERSTING, 2014). A contaminação ocorre através de arranhadura ou mordedura do animal. Após a contaminação, o fungo alcança as camadas mais profundas da pele, podendo disseminar-se para os vasos linfáticos. A infecção por *Sporothrix spp* é caracterizada por lesões na pele decorrentes de pequenos traumatismos, ocasionando prejuízo à integridade da epiderme. Na maior parte dos casos, a infecção é benigna e restrita à pele e ao tecido subcutâneo (MARIA *et al.*, 2011). A principal característica clínica da esporotricose extracutânea varia até o extremo envolvimento de pulmões, articulações, ossos e outros órgãos; porém esta forma é extremamente rara e geralmente está associada a pacientes imunocomprometidos. Ao cuidar de um paciente com esporotricose extracutânea é indispensável ao profissional conhecer as alterações fisiopatológicas desencadeadas pela doença e suas consequências. Todavia, o cuidado de enfermagem deve ser prestado em modo integral, ultrapassando, portanto, os limites do biológico, com ações de cuidado no intuito de minimizar os riscos e instrumentalizar a família para lidar com a situação.

Considerando a importância das ações de enfermagem no cuidado do paciente e de seus familiares, o déficit na literatura de enfermagem e a escassez de artigos sobre a assistência de enfermagem com a temática, o presente estudo tem como objetivo apresentar uma proposta de aplicação do processo de enfermagem a um adulto portador de esporotricose causada pelo fungo *Sporothrix*.

PROCESSO DE ENFERMAGEM-PE

O foco da enfermagem é o ser humano. Portanto, deve cuidar do ser de forma holística, não observando apenas a doença, mas o conjunto que forma o indivíduo para que este possa atingir o máximo possível de sua autonomia (PELLISON *et al.*, 2007). Nesse sentido, esse cuidado requer uma abordagem multiprofissional, decorrente da complexidade da doença, do tratamento, da identificação e da redução da ansiedade. Por isso, o enfermeiro deve buscar uma qualificação contínua para que possa implementar uma assistência sistemática, humana e integral.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui-se como uma ferramenta que auxilia na prestação de cuidados de enfermagem, o que se refletirá na qualidade da assistência, reduzindo complicações durante o tratamento e/ou facilitando a adaptação e recuperação do paciente, além de permitir a identificação das suas necessidades e a elaboração de um cuidado individualizado. A SAE pode ser implementada através de planos de cuidados, protocolos, padronização de procedimentos e processo de enfermagem (PE).

A Resolução 358/2009 se refere às etapas do PE. A primeira etapa é a coleta de dados, que tem por objetivo coletar informações sobre a pessoa, a família ou coletividade humana e suas respostas frente ao processo de saúde e doença. A segunda etapa é o diagnóstico de enfermagem, que se constitui na interpretação dos dados coletados, contribuindo para a tomada de decisão. O planejamento de enfermagem é a terceira fase, na qual serão traçadas metas a serem alcançadas e as intervenções definidas. A fase de implementação é a realização das ações definidas na etapa anterior. Por fim, a avaliação de enfermagem é a etapa na qual se busca determinar se as ações de enfermagem alcançaram o resultado esperado para, a partir daí, realizar mudanças ou manter as intervenções (COFEN, 2009). Ao se utilizar essa técnica no dia a dia, o cuidado se torna mais humani-

zado, não custa quase nada e contribui para com a profissão, motivando os profissionais a melhorarem suas práticas cada vez mais.

MÉTODO

A proposta foi realizada seguindo os passos do processo de enfermagem. Inicialmente, foi realizada a transcrição dos dados no intuito de construir a história clínica, facilitando, dessa forma, o direcionamento do processo de raciocínio diagnóstico. Para a denominação dos diagnósticos, foi utilizada a Taxonomia da NANDA-I (NANDA INTERNACIONAL, 2010). Com os diagnósticos de enfermagem identificados, foram selecionadas as intervenções na Classificação de Intervenções de Enfermagem–NIC e as atividades que melhor se adequassem à realidade de cuidado. Para determinar a efetividade do cuidado e confirmar a melhora do quadro do paciente, foram estabelecidos resultados esperados, utilizando a Classificação de Resultados de Enfermagem–NOC.

RESULTADOS PROPOSTOS

Foram descritas as fases do processo de enfermagem desenvolvidas na assistência ao paciente. Na sequência, apresentou-se o histórico de enfermagem com a síntese do caso pautada nas necessidades humanas básicas, seguida dos diagnósticos e do planejamento da assistência de enfermagem. Após a avaliação das necessidades, em consonância com o quadro do paciente, foram identificados os seguintes títulos diagnósticos de enfermagem (DE): integridade tissular prejudicada; nutrição desequilibrada, menor que as necessidades corporais; dor aguda; conhecimento deficiente sobre o estado

da doença e medo. Em seguida, foi feito o planejamento assistencial de enfermagem.

O primeiro diagnóstico foi integridade tissular corporal comprometida devido à presença de microorganismos. Desse modo, o resultado esperado ou o objetivo do cuidado é o tecido corporal recuperado. Para atingir o resultado esperado, deve-se realizar as intervenções a serem implementadas, como monitorar as características da lesão, limpar a lesão com soro fisiológico, aplicar curativo adequado ao tipo de ferida, encorajar a ingestão de líquidos e nutrição adequada e orientar o paciente sobre os cuidados com a ferida.

Associado à presença das lesões, a dor aguda pode surgir. A verbalização da dor, compreendida como algo extremamente subjetivo, requer dos profissionais de enfermagem uma maior compreensão. Sendo considerado o quinto sinal vital, é imprescindível o seu conhecimento para avaliação. Uma vez que abrange, além dos elementos físicos, outras condições que podem exacerbar-lá no paciente, o modo como a família lida com tal situação tem influência direta nas respostas do paciente a ela.

Na intervenção quanto ao controle da dor, foram implementadas as seguintes atividades: realizar avaliação abrangente da dor, que inclua o local, as características, o início/a duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade e os fatores precipitantes; observar indicadores não verbais de desconforto; assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia; controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (temperatura ambiente, iluminação, ruído); reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentem a experiência da dor (medo, fadiga, monotonia); avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação constante de sua experiência; instituir e modificar medidas de controle da dor, com base na resposta do paciente; promover repouso e sono adequados para

facilitar o alívio da dor; e incorporar a família/mãe na modalidade de alívio da dor.

A presença de lesões no corpo contribui para a redução da autoestima. Dessa forma, o diagnóstico é a autoestima do paciente comprometida. O resultado esperado é a autoestima melhorada e, para alcançar esta meta, além da efetiva melhora dos sintomas, tem-se a necessidade de elevar o conhecimento do paciente para que este compreenda melhor os mecanismos da doença e os processos pelos quais seu corpo está passando. Dessa forma, o paciente estará capacitado a lidar melhor com a situação.

Outro diagnóstico de enfermagem: conhecimento deficiente é conceituado como a ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico. Esse diagnóstico foi identificado durante a entrevista, quando a família afirmou não ter conhecimento adequado sobre o estado da doença e os cuidados necessários que deveria ter em casa. Esperava-se, no plano de cuidados, que o conhecimento sobre o processo patológico aumentasse, sendo, portanto, o objetivo desse diagnóstico. As intervenções a serem implementadas se fundamentam em transmitir informações pertinentes sobre a doença, adaptadas de modo a atender ao estilo de vida do paciente, utilizando linguagem familiar e simplificando instruções de modo que o paciente compreenda e esteja capacitado a segui-las.

A família é considerada a principal unidade de cuidado para o paciente, havendo a necessidade de orientação eficaz, principalmente quando se depara com o cuidado em condição crônica. Todavia, essas ações devem ir além de simples orientações para o cuidado físico. Devem despertar na família sua condição de unidade de cidadãos, com direitos e deveres que necessitam ser respeitados e cumpridos.

Considerando o exposto, para a intervenção quanto à facilitação da aprendizagem, foram implementadas as seguintes atividades: adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão da

mãe; manter sessões curtas de ensino; repetir as informações importantes; promover oportunidade para a prática; oferecer tempo para que a mãe fizesse perguntas e discutir suas preocupações; responder às perguntas de maneira clara e concisa.

Para a intervenção quanto ao ensino no processo de doença, foram implementadas as atividades: avaliar o atual nível de conhecimento da mãe em relação ao processo de doença específico; descrever os sinais e sintomas comuns da doença; discutir mudanças no estilo de vida que podem ser necessárias para prevenir complicações futuras e/ou controlar o processo da doença; descrever as razões que fundamentam as recomendações sobre controle/terapia/tratamento; e reforçar as informações oferecidas por outros membros da equipe de cuidados de saúde.

O diagnóstico do medo é definido como reação à ameaça percebida, a qual é conscientemente reconhecida como um perigo. O ambiente hospitalar é sentido como uma situação nova e, portanto, desconhecida. A participação ativa dos familiares, nesse momento, transmite tranquilidade ao paciente, atenuando vivências desagradáveis durante a hospitalização, principalmente durante os procedimentos. Por isso, é necessário que a equipe de enfermagem estabeleça vínculos com a família a fim de identificar seus receios e suas apreensões e, dessa forma, intervir minimizando-os

As intervenções traçadas no plano devem ser implementadas e avaliadas. A avaliação deve ser realizada de modo a investigar se as intervenções foram eficazes, suficientes ou se necessitam de alterações.

Após a implementação da assistência, foi possível perceber que não houve intercorrências. Não foi diagnosticado nenhum outro problema. Houve considerável melhoria do quadro. A família mostrou-se satisfeita com o atendimento hospitalar e mais confiante para o enfrentamento da doença.

CONCLUINDO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma estratégia imprescindível para a avaliação e o direcionamento dos cuidados de enfermagem. Portanto, contribui de forma significativa para melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Ao descrever o processo de enfermagem, buscou-se apresentar estratégias que contribuíssem para direcionar o cuidado a esse paciente e demonstrar a necessidade do planejamento para o alcance das metas. Não se espera que essa proposta de plano seja a ideal. Todavia, essas foram ações que atenderam às especificidades do paciente. A descrição do processo buscou ainda destacar que a identificação das necessidades afetadas contribui para o processo de raciocínio e, conseqüentemente, a identificação dos diagnósticos de enfermagem, o que direciona a elaboração de intervenções baseadas nas reais necessidades do paciente. Isso viabiliza o cuidado e a eficácia das ações de enfermagem.

Desse modo conclui-se que, embora seja uma enfermidade que necessite de tratamento medicamentoso, a enfermagem tem o papel fundamental nos cuidados ao paciente. É imprescindível que o enfermeiro assuma papel de ensino com o objetivo de informar e capacitar o paciente sobre a melhor forma de lidar com sua situação, evitando assim complicações.

REFERÊNCIAS

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Esporotricose 007/2016. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Gerência de Doenças Transmissíveis por Vetores e Zoonoses-GDTVZ, Rio de Janeiro, 11 de outubro de 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem** [Internet]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em:

KERSTING, A. B. *et al.* Descrição de um surto de esporotricose felina com o acometimento humano no litoral norte do Rio Grande do Sul. In: VII ENCONTRO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO VETERINÁRIO. **Anais** [...]. Porto Alegre, 2014.

MARIA, Rosely *et al.* New Diagnostic Applications in Sporotrichosis. Skin Biopsy–Perspectives, [s.l.], p.53-72, 2 nov. 2011. InTech. <http://dx.doi.org/10.5772/23590>.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-DA: definições e classificação 2009-2011.** Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PELLISON, F. *et al.* Aplicação prática do processo de enfermagem a uma adolescente portadora de doença crônica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 513-517, set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300024 & lng=en\ nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2018.

SBD. Sociedade Brasileira de Dermatologia. 70º Congresso da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 2017. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/esporotricose/58/>. Acesso em: 01 fev. 2018.

.....

DESAFIOS E SUPERAÇÃO: COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

.....

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS
LIBNA NOBRE DO NASCIMENTO SANTOS
PRISCILA RENALY GONÇALVES DINIZ
RHUANN AYRAN CASTRO BORBUREMA
ELIANA MIREYLE DA SILVA COSTA
ALDA CARLA PIRES DUARTE

*“Há doenças e agravos Um mói de infecção
Que podem ser transmitidas
Para toda população
Se tá doente, é cuidar
Além de notificar
E estimular a prevenção.”*

ANNE KAROLYNNE S. NEGREIROS
Enfermeira e cordeliستا

INTRODUZINDO A TEMÁTICA

Na enfermagem, o desafio do contexto social requer competências profissionais que implicam novos modos de saber, fazer e ser enfermeiro nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, a fim de assegurar que sua prática seja desen-

volvida de maneira integral e perene em todas as instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de refletir criticamente e analisar as problemáticas sociais, procurando alternativas de enfrentamento e resolução (LIMA *et al.*, 2014). Quando se trabalha com a saúde de pessoas, apenas a formação acadêmica dentro de uma sala de aula não é suficiente, principalmente quando se trata da formação de um futuro enfermeiro.

O estágio supervisionado torna-se uma eficiente forma de propiciar ao estudante a complementação profissional, pois o coloca em contato direto com a realidade do profissional de saúde. A humanização da assistência também é aprimorada e aplicada, em face do consequente contato com problemas sociais e culturais que se apresentam no ambiente hospitalar.

O estágio curricular é a última oportunidade dos alunos para passarem a agir como profissionais, aprimorarem as técnicas e colocarem em prática tudo o que foi desenvolvido e aprendido durante os cinco anos de curso. Todas as dúvidas devem ser levadas em consideração, bem como os medos de errar, gerados pela nossa ansiedade e certos momentos de insegurança e até de desgaste emocional, quando nos deparamos com nossos clientes. Mas tudo é esquecido quando estamos ao lado do cliente, quando devemos passar um sentimento de segurança e bem-estar.

Este artigo tem como objetivo analisar a atuação do enfermeiro na Ala de Infectologia a partir da vivência do acadêmico em um hospital universitário do interior do Nordeste.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por discentes do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), durante as atividades do Estágio Cur-

ricular Supervisionado (ECS), componente curricular do 10º período do curso. O ECS tem o intuito de integrar a atenção individual e coletiva, teoria e prática, ensino e serviço, na perspectiva de formar um profissional apto a atender às demandas de saúde da população brasileira e contribuir ativamente para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na rede básica quanto na hospitalar (COSTA; GERMAN, 2007).

O ECS tem como objetivo levar os alunos a desenvolverem habilidades técnico-científicas para atuar em serviços de saúde, integrando os aspectos de planejamento, execução, supervisão, treinamento e avaliação das atividades de enfermagem, tomando como referencial teórico os princípios do SUS e a Lei do Exercício Profissional. Durante o ECS, o aluno é acompanhado e monitorado pelo enfermeiro, com o objetivo de fazer com que o aluno comece a pensar e agir como profissional, participe da rotina diária de um setor e experimente a vivência de um enfermeiro que trabalha na área hospitalar (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM DO CCBS/UFCG, 2011).

O estágio em questão foi desenvolvido no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), na cidade de Campina Grande-PB, com carga horária de 420 horas, desenvolvida em 30 horas semanais. O discente é escalado a cada 22 dias para três setores a fim de desenvolver atividades de enfermagem e adquirir experiência em vários setores (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM – CCBS/UFCG, 2011). O período do estágio foi de maio de 2017 a agosto de 2017.

O relato de experiência trata do período vivenciado na Ala de Infectologia do HUAC. A Ala E é composta por nove enfermarias, sendo uma delas o Hospital Dia, composto por dois leitos exclusivamente para pacientes que vão tomar medicação e que necessitam de supervisão médica e de enfermagem. Há ainda descanso de enfermagem, posto de enfermagem, sala de prescrição médica, expurgo e uma sala para guardar o eletrocardiograma. Em cada plantão, há um enfermeiro e três técnicos de enfermagem em cada turno.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Ao assumirmos o primeiro plantão na Ala E de Infectologia, a expectativa e a ansiedade tomavam conta, mas fomos muito bem recebidos por todos da equipe, tanto de enfermagem quanto a médica. Sabíamos, naquele momento, que éramos parte da equipe e que deveríamos contribuir com nossos conhecimentos para melhorar a assistência aos pacientes internados.

A ala de Infectologia abrange as doenças causadas por microorganismos diversos, como bactérias, vírus, protozoários e por helmintos, além da assistência à tuberculose, à síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), à hanseníase e outras. Durante o estágio, prevaleceram pacientes acometidos com tuberculose (TB), AIDS e suas morbidades.

A TB é uma doença infectocontagiosa, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo Koch (BK). Sua transmissão acontece através da inalação de gotículas contendo os bacilos, expelidos por tosse, espirro ou fala de uma pessoa acometida por essa patologia (BRASIL, 2004). A TB é um problema de saúde prioritário no Brasil, atingindo todos os grupos etários, predominando entre pessoas do sexo masculino e pessoas economicamente ativas. Tem como consequências o distúrbio ventilatório obstrutivo e/ou restritivo e infecções respiratórias de repetição (BRASIL, 2010). O diagnóstico acontece através de exames clínicos, baseado nos sintomas e na história epidemiológica, e através de exames laboratoriais, como a baciloscopia direta de escarro, cultura de escarro ou outras secreções, exame radiológico, tomografia computadorizada do tórax, prova tuberculínica (PPD) e broncoscopia (BRASIL, 2010). O tratamento deve ser feito em regime ambulatorial supervisionado, no serviço de referência mais próximo à residência do paciente. Para que seja efetivo, antes de seu início, deve ser explicada ao paciente, em linguagem acessível, a forma de tratamento, sua duração e como irá acontecer (BRASIL, 2010).

Outra patologia prevalente é a AIDS, causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade. As pessoas infectadas pelo HIV evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, à medida que têm destruído seus linfócitos T CD4+, uma das principais células-alvo do vírus (BRASIL, 2010). O HIV pode ser transmitido por via sexual, pelo sangue e pelo leite materno. A doença pode ou não ter expressão clínica logo após a infecção, sendo importante que o profissional saiba conduzir a investigação laboratorial após a suspeita de risco de infecção pelo HIV (BRASIL, 2010).

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por meio de testes, realizados a partir da coleta de uma amostra de sangue, pelo qual será confirmado por meio da realização de um teste de triagem para detecção de anti-HIV-1 e anti-HIV-2 e por, pelo menos, um teste confirmatório. Em caso de resultado positivo, uma nova amostra deverá ser coletada para confirmar a positividade da primeira amostra. As diretrizes do tratamento para HIV/AIDS são constantemente revistas e atualmente é composta pela terapia antirretroviral (TARV), tendo por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade das pessoas com HIV/AIDS, melhorando sua qualidade e expectativa de vida, e não erradicar a infecção pelo HIV (BRASIL, 2013). O Brasil é um dos poucos países que disponibiliza, integralmente, a assistência ao paciente com AIDS. O atendimento é garantido pelo SUS, por meio de uma ampla rede de serviços.

Quanto às atividades que foram realizadas durante o estágio na ala de Infectologia, estas incluem passagem de plantão, discussão de casos com a equipe de enfermagem e médica, gerenciamento de pessoal e de recursos, rotina do setor, acompanhamento diário dos setores e assistência direta aos pacientes.

Os alunos foram avaliados quanto a: pontualidade, trabalho em equipe e liderança ao assumir a equipe de enfermagem, mostrando

iniciativa e conhecimento científico e, assim, capacidade para realizar o trabalho como enfermeiro na unidade hospitalar, com responsabilidade e competência.

Um ponto desfavorável observado foi a não efetivação de toda a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), preconizada pela Resolução 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 2009, a qual enfatiza que todas as etapas devem ser realizadas em todas as instituições de saúde em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. São elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Como uma forma de poder melhorar a dinâmica do setor, foi sugerida uma roda de conversa com os profissionais da Ala de Infectologia, enfatizando a relevância para cada profissional em cumprir com seus deveres para um bom andamento do setor e para a melhoria na assistência prestada ao cliente. Na ocasião, também, mostrou-se o uso da SAE como ferramenta que contribui para aperfeiçoar a assistência de enfermagem, possibilitando assistir de maneira holística as necessidades dos clientes internados.

O período de estágio na Infectologia nos proporcionou uma grande carga de aprendizado e crescimento tanto para nosso futuro profissional, no qual pudemos perpetrar uma diversidade de conhecimentos provindos de toda a carga teórica do curso, até mesmo os conteúdos ministrados no início da graduação; quanto para a interação profissional, para sabermos lidar com as dificuldades encontradas e enfrentadas no setor e com a viabilidade do trabalho, pois o fluxo de demandas de atribuições na enfermagem favorece projeções de conhecimentos, seja com profissionais, seja com pacientes, havendo uma continuidade do saber e da técnica.

Dessa forma, as atividades de estágio não se limitam apenas ao aperfeiçoamento das técnicas e procedimentos, mas têm como intuito desenvolver no aluno a capacidade de entendimento pes-

soal, auxiliando-o a reconhecer e manifestar a sua própria identidade profissional. Portanto, esse campo de estudo possibilita aos alunos desenvolverem uma opinião crítica reflexiva das formas de atuação profissional, contribuindo para tomadas de decisões mais conscientes e adequadas à realidade de cada instituição (CARVALHO; VALSECHI; PELLOSO, 2003).

Portanto, a vivência do estágio por nós, acadêmicos de Enfermagem, é considerada indispensável e imprescindível, tendo em vista que o processo de trabalho nos permite adquirir uma postura e uma prática ainda mais profissional, fazendo com que flua naturalmente, levando-o a se mostrar cada dia mais preparado e competente, conforme o dia e a rotina do setor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes da conclusão do curso, ter a experiência do estágio proporciona aprendizado riquíssimo. Torna-se sempre muito gratificante ter a oportunidade de trabalhar e colocar em prática o que aprendemos nesses cinco anos de curso. O conhecimento e o aprimoramento das práticas profissional e pessoal, além da autonomia e responsabilidades que assumimos a cada plantão, só o Estágio Supervisionado II poderia fazer isso.

Depois do período de estágio, pudemos avaliar o quanto crescemos profissionalmente. A experiência vivida na Ala E foi muito diferente das demais e, ao contrário do que os outros pensam sobre a Infectologia, essa ala nos proporcionou vários momentos de grande aprendizado e conhecimento.

O trabalho em equipe da enfermagem para nós foi considerado excelente, pois evidencia a prevalência da comunicação, principalmente no compromisso da equipe. A passagem de plantão é o ponto de comunicação mais avaliado pelos profissionais e vimos o quanto

é importante informar ao profissional que recebe o plantão todas as ocorrências, garantindo assim que os cuidados de enfermagem sejam realizados de forma contínua.

Nesse momento, como estagiários, pudemos vislumbrar a humanização no cuidado de enfermagem ao cliente internado, lembramos que realmente tem que existir e ser aplicada. A sensação de ver um cliente chegar, se recuperar e receber alta hospitalar por conta de seu trabalho e carinho é uma sensação que não tem palavras que definam, que só fez aumentar a certeza de que a enfermagem é o que escolhemos como profissão para nossas vidas.

A oportunidade de participar do estágio é muito enriquecedora para todos os discentes envolvidos na assistência, pelo aprendizado nos momentos difíceis e pelas vitórias concedidas a cada dificuldade enfrentada. A recepção pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais membros da equipe de saúde torna-se ponto de fundamental importância, por acolher as indagações, oportunizar a discussão e apresentar nosso olhar crítico, além de contribuir para nosso aprendizado com suas experiências de vida frente às dificuldades.

Assim, vale salientar que os professores que desempenham a supervisão do estágio supervisionado ajudam a superar as dificuldades de forma coordenada com os enfermeiros assistenciais, os quais, de certa forma, auxiliam nas atitudes e ações para a vida profissional. A um passo da conclusão do curso, o estágio nos permitiu vivenciar a realidade da vida profissional e nos preparar para os desafios que virão como enfermeiros, os quais enfrentaremos de cabeça erguida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e**

parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica:** protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 168 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 412 p.: il.

CARVALHO, M. D. B. VALSECCHI, E. A. S. S.; PELLOSO, S. M. Administração de medicamentos: a vivência dos alunos em seu primeiro estágio. **Acta Scientiarum–Health Sciences**, n. 25, a.1, p.13-8, 2003.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados

(Internet). Brasília, 2009. Acesso em: 28 jul. 2017. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em:

LIMA, T. C. de *et al.* Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. **Rev. bras. enferm** Brasília, n. 67, ano1, p. 133-140, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO034-71672014000100133&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2015.

.....

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA INTERDISCIPLINARIDADE: VIVÊNCIA DISCENTE NO COTIDIANO HOSPITALAR

.....

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

FLAVIANA PEREIRA SILVA

MIKAELLA TUANNY BEZERRA CARVALHO

FABIANO GOMES MARIANO JUNIOR

MARCELA DE ARAÚJO

*A alegria não chega apenas no encontro do achado,
mas faz parte do processo da busca.
E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura,
fora da boniteza e da alegria.*

PAULO FREIRE

INTRODUZINDO A TEMÁTICA

A abordagem clínica ao paciente hospitalizado direciona as ações dos profissionais de saúde para uma prática individual e curativa. O cuidado ao paciente ocorre tradicionalmente através de ações isoladas, apesar de contextualizadas como um todo, sem interação entre a equipe de saúde. Este cuidado baseia-se no modelo de saúde flexneriano, centrado no médico e nas práticas assistencialistas. Entretanto, com a Reforma Sanitária, a

saúde buscou alternativas mais humanizadoras para o atendimento da população em geral (SOUZA *et al.*, 2006).

Mais tarde, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo princípios, sendo um deles a integralidade, a qual prevê o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais, que deve ser observado em todos os níveis de complexidade para o atendimento das necessidades da população (FONTOURA *et al.*, 2014).

Dessa forma, nas décadas seguintes, as reflexões sobre saúde assinalam a importância de um olhar interdisciplinar, em relação às ações que devem ser elaboradas e executadas para atendimento dos clientes, unificando a assistência a estes. Logo, a integralidade aponta para a ruptura de valores tradicionais na saúde, como hierarquia, distribuição de categorias profissionais e compartimentalização do saber, pressupondo um saber-fazer comum, que contribui para a superação da fragmentação dos serviços. Então, não há integralidade onde não haja troca de conhecimentos (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012; FONTOURA *et al.*, 2014).

Dessa maneira, ser acompanhado por vários profissionais quase sempre se faz necessário, pois estes encontram formas sincronizadas de fornecer uma assistência holística ao paciente, o que complementa e facilita a atuação de outros (LINHARES *et al.*, 2014).

Outra questão importante que cursa associada à interdisciplinaridade é a comunicação entre os profissionais, que pode ser facilitadora da humanização assistencial prestada pela equipe de saúde, pois, através dela, consegue-se identificar os problemas e compreender as necessidades dos clientes. Tal pensamento segue o pressuposto pela Política Nacional de Humanização, a qual refere ser necessário aumentar a comunicação na saúde inter e intragrupos, resultando na desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (BROCA, 2011; BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, dentro de uma equipe, cada um possui sua importância e ninguém consegue os melhores resultados trabalhando sozinho. Esta afirmativa se fez mais relevante diante da vivência durante o estágio supervisionado II na Ala D (clínica masculina) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), na qual se observaram algumas deficiências na comunicação entre profissionais de categorias distintas, e esta ausência/dificuldade de comunicação repercutiu diretamente na assistência dos que a recebem.

Sob essa ótica, objetiva-se refletir sobre a interdisciplinaridade e a comunicação entre a equipe de saúde durante a assistência ao cliente a partir da vivência em um hospital universitário do interior paraibano.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, do tipo relato de experiência vivenciada pelos(as) discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFGG), no decorrer do Estágio Supervisionado II, componente curricular obrigatório da referida instituição. A vivência ocorreu ao longo dos meses de maio a agosto de 2017, na clínica médica masculina (Ala D) do HUAC.

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição de características, assim possibilitando conhecer de qual maneira transcorre a assistência em instituições, do mesmo modo que neste estudo (GIL, 2010). Para Martins Júnior (2008), a pesquisa exploratória é utilizada quando há que se ampliar o conhecimento do pesquisador acerca do fenômeno que deseja investigar.

Estudos do tipo relato de experiência tornam visíveis e compartilham com outrem uma vivência prática, funcionando como um instrumento de pesquisa descritiva que promove reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações (SANTOS; ALMEIDA; REIS, 2013).

Prontamente, o estágio curricular supervisionado (ECS) constitui estratégia formal de simular a atuação do discente no mercado de trabalho, ou seja, trata-se de ato educativo em que o estudante entra em contato direto com a realidade profissional, possibilitando

a materialização de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos durante o período de graduação, sendo regulamentado pela Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 (ALMEIDA *et al.*, 2012; NEVES; TONINI, 2014).

Dessa maneira, a postura exercida pelos discentes durante as atividades do estágio supervisionado deverá ser progressivamente de enfermeiro, claro que percebendo suas limitações e entendendo a necessidade de apoio para a solução dos problemas que envolvem o processo saúde-doença e as suas intervenções. Assim, o discente estará apto a assegurar um conjunto fundamental de competências que permitam a sua inserção nos vários níveis de assistência à saúde (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM – CCBS/UFCG, 2011).

Logo, profissionais de enfermagem qualificados e conscientes acerca do processo saúde-doença são agentes importantes para a elevação do nível de saúde da população. O ECS, de certa maneira, oportuniza essa qualificação através de uma formação crítica e aprofundada, bem como ainda possibilita o aprendizado do trabalho em equipe, visto que prepara o discente para a tomada de decisões conjuntas de forma a atender mais adequadamente às necessidades do cliente (MANZI *et al.*, 2013).

Logo, o delineamento desta experiência se dá a partir das considerações de Cidac e Holliday (2007), que descrevem o percurso metodológico em cinco etapas, que norteiam o método de sistematização de experiências:

1. **Ponto de partida:** a experiência construída a partir das reflexões da prática de enfermagem;
2. **Perguntas iniciais:** como refletir a interdisciplinaridade na prática do enfermeiro na clínica médica masculina? A deficiência na comunicação da equipe multiprofissional pode trazer prejuízos à qualidade da assistência?;

3. **Recuperação do processo vivido:** reconstrução do processo vivenciado a partir do pensamento crítico reflexivo;
4. **Reflexão de fundo:** descrição da vivência.
5. **Pontos de chegada:** considerações a partir do aprendizado sobre a experiência vivida.

Como forma de resolução dos questionamentos iniciais, tendo em vista a necessidade de uma opção de atuação para o tratamento de pacientes em casos especiais, o presente artigo sugere a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual, muitas vezes, é definido como um instrumento de potencial de cuidado aos usuários de serviços especializados, além de ser utilizado como ferramenta de organização e sustentação das práticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, baseadas nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado (HUMANIZA SUS, 2017).

Criado a partir dos cuidados em saúde mental, o PTS se propõe a trabalhar de forma integral e interdisciplinarmente, fazendo com que os profissionais atuantes debatam entre si assuntos pertinentes ao cuidado de um paciente específico.

O PTS divide-se em quatro momentos, sendo eles: diagnóstico, em que é levado em consideração um olhar sobre as dimensões orgânica, psicológica, social e o contexto singular do paciente; o segundo momento é chamado de definição de metas, que traz uma disposição em linha de tempo, abarcando a negociação das propostas de intervenção com o usuário; em terceira instância, ocorre a divisão de responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe, para que a ação ocorra interdisciplinarmente; o último momento é denominado reavaliação, na qual se concretizam as metas do PTS, sendo realizada uma avaliação e correção de trajetórias já realizadas (HUMANIZA SUS, 2017).

NARRATIVA DISCENTE: A POSSIBILIDADE DE UMA REFLEXÃO

A rotina intensa e desgastante em um hospital, por vezes, dificulta a troca de informações entre os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados, o que acaba refletindo de forma negativa na qualidade da assistência prestada. Também foi vivenciado no setor que o enfermeiro obtém mais autonomia no serviço hospitalar, porém é detentor de várias atribuições, o que minimiza o tempo com seus pacientes e a comunicação com a equipe de saúde.

A escuta qualificada é um dos pilares para a assistência humanizada, cabendo aos profissionais ouvir as queixas dos clientes e buscar informações a respeito do seu estado de saúde. Foi perceptível, em alguns casos, uma relação bastante restrita entre médico e cliente, porém uma relação mais íntima e afetuosa com as acadêmicas de Enfermagem, na qual relatava detalhes de sua vida pessoal e se sentia mais confortável para falar de suas queixas e angústias em relação a sua patologia e tratamento. Sendo assim, a enfermagem vai além da técnica, oportunizando ao paciente o compartilhamento de suas necessidades (RENNÓ; JOSÉ; CAMPOS, 2014).

Por vezes, a evolução de enfermagem apresenta informações sobre as queixas e as dificuldades vivenciadas diariamente pelo paciente, e que não são vistas e/ou avaliadas pela equipe multidisciplinar, o que leva, na maioria das vezes, uma piora do estado clínico do cliente, prolongando sua internação e aumentando o custo do seu tratamento, devido a uma comunicação deficiente.

O trabalho multiprofissional na perspectiva interdisciplinar ainda aparece orientado predominantemente pelo modelo biomédico hegemônico (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). Nele foi percebido, em algumas situações, que o conhecimento desta área predominava sobre os demais da equipe, como se fosse absoluto, o que não deveria proceder, em decorrência da necessidade/participação de outros profissionais e sua ciência para que houvesse uma assistência

integral e resolutiva. É indispensável a comunicação desses saberes, mesmo que, devido à sobrecarga de serviço ou rotina, não possibilite o acesso aos registros dos outros profissionais; no caso, o(a) médico(a) pode usar como alternativa, a comunicação direta com os demais membros da equipe envolvidos na assistência deste usuário.

Assim, a comunicação é vista como algo terapêutico e indispensável, e os profissionais de saúde precisam ter embasamento teórico e habilidade de relacionamento para interagir entre as distintas categorias profissionais, com o intuito de juntos assistirem o usuário de forma ética, humanizada e com resolutividade. A interdisciplinaridade proporciona um meio para integrar conhecimento, ação e qualificar o agir, com a finalidade de integralizar os serviços de saúde prestados (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Durante os estudos de Guarilha *et al.* (2013), foi visto que, quando a equipe trabalha com boa comunicação, de forma clara e precisa, os riscos de danos ao paciente são minimizados, contribuindo para uma maior segurança e melhorando a qualidade da assistência.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade requer uso integrado de conhecimentos na prática multiprofissional, caso contrário esta se tornará fragmentada; e para que isso não aconteça, desde a formação deve ser abordada a importância dessa união de saberes, que repercutirá na assistência ao indivíduo cuja singularidade que deve ser respeitada a fim de uma assistência integral (SANTOS, 2014).

Um caso pertinente a ser comentado foi vivenciado durante o período de junho a agosto, quando houve admissão de um paciente na ala com complicações fúngicas no trato respiratório e, ao mesmo tempo, estava acometido por sofrimento psíquico, ainda não definido e/ou diagnosticado. Logo de início, foi um choque para a equipe, pois o paciente chegou a tentar fugir do atendimento pela janela do hospital. Um dia após, o tratamento do usuário foi totalmente voltado para os sintomas de sua infecção, esquecendo a singularidade que o destacou na enfermaria. A falta de diálogo entre os profissionais

acerca do caso específico dificultou o tratamento, uma vez que os delírios do paciente aumentavam proporcionalmente aos dias de internação. Em casos como este, seria de total importância para o bem-estar do paciente, a implementação do PTS, para que houvesse um tratamento integral, com maior resolutividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa perspectiva, observou-se que a segurança da assistência depende de uma relação e comunicação entre os profissionais e áreas. Além disso, a comunicação é vista como uma ferramenta terapêutica indispensável para fomentar o conhecimento teórico e a interação entre as distintas categorias profissionais que discutem as ações assistenciais e operacionais, visando a melhorias do cuidado e da segurança do paciente.

Diante da vivência na prática, observou-se que a formação do enfermeiro não possui uma abordagem efetiva dessa interdisciplinaridade, que se faz indispensável na prática multiprofissional, culminando na comunicação deficiente, que resulta em desserviços. Devido a isso, tentamos transmitir, através de conversas com os profissionais, a possibilidade do PTS para casos específicos, assim como deixamos registrados aqui, neste relato, a sugestão de melhoria do serviço.

Atuar na clínica médica masculina se mostrou uma experiência fundamental para a nossa formação no planejamento e na atuação no cuidado, pelo contato direto com os que receberam nossa assistência pelos profissionais. Contato este que se constituiu como aprendizado, fortalecendo saberes e acarretando inquietações no sentido de buscar melhorias junto à equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. de A. *et al.* As contribuições do estágio extracurricular na formação acadêmica de alunos de enfermagem em um ambulatório de uma instituição privada de ensino em Belo Horizonte-MG: relato de experiência. **NBC**. Belo Horizonte, v. 2, n. 3, ago./set. 2012. Disponível em: <http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/bio/article/view/316>. Acesso em: 28 set. 2016.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, jan. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nº 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em: 28 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:**

documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 17 set. 2016.

BROCA, P. V. **O processo de comunicação na equipe de saúde hospitalar**. 2011. 49f. Projeto de pesquisa (Especialização em Comunicação e Saúde)–Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/656>. Acesso em: 17 set. 2016.

DE FREITAS, N. A. *et al.* A Prática da Terapia do Riso na Atenção Hospitalar: Reflexões a partir da Vivência Interdisciplinar. **SANARE–Revista de Políticas Públicas**, v. 12, n. 1, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/pc/Downloads/329-634-1-SM%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/pc/Downloads/329-634-1-SM%20(2).pdf). Acesso em: 02 out. 2016.

FONTOURA, L. F. *et al.* Interdisciplinaridade (além da multidisciplinaridade): em busca da integralidade através do trabalho em grupo nas ações de educação em saúde. **Rev. Uniabeu**, Belford Roxo, v. 7, n. 15. jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/RU/article/view/1271>. Acesso em: 17 set. 2016.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUARILHA, J. B. *et al.* Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 7, n. 1, 2013. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/racs/article/view/1901>. Acesso em: 02 out. 2016.

HOLLIDAY, Oscar Jara. **Sistematização de experiências: aprender a dialogar com os processos**. Rio de Janeiro: CIDAC, 2007.

HUMANIZA SUS. **Projeto Terapêutico Singular**, 2017. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/90468-projeto-terapeutico-singular>. Acesso em: 23 jul. 2017.

LINHARES, E. H. P. da C. M. *et al.* Importância da interdisciplinaridade na formação de profissionais de saúde. **Rev. Inter. Saúde, Hum. e Tecno.**, Juazeiro do Norte, v. 2, n. 2, jun. 2014. Disponível em: <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/viewFile/68/70>. Acesso em: 19 set. 2016.

MANZI, N. de M. *et al.* A Enfermagem como integrante da residência multiprofissional em um hospital universitário: relato de experiência. **Rev. enferm. UFPE [on-line]**, Recife, v. 7, p. 4281-4286, maio 2013. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2901/6258+&cd=1&hl=pt=-BR&ct=clnk&gl-br. Acesso em: 28 set. 2016.

MARTINS JÚNIOR, J. **Trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver e concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

NEVES, L. C. D.; TONINI, A. M. O estágio curricular supervisionado no processo de formação profissional do técnico em enfermagem. *In: SEMINÁRIO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA*, 4., 2014, Belo Horizonte. **Anais[...]** Belo Horizonte: Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, 2014. Disponível em: http://www.senapt.cefetmg.br/galerias/Anais_2014/GTO3/GT_03_x33x.PDF. Acesso em: 28 set. 2016.

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM DO CCBS-UFMG. CCBS: UFGG, 2011.

RENNÓ, C. S. N.; JOSÉ, C.; CAMPOS, G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 106-125, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/912>. Acesso em: 02 out. 2016.

SANTOS, D. de S.; ALMEIDA, L. M. W. S. de; REIS, R. K. Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: experiência de transformação do ensino e prática de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1431-1436, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601431&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 out. 2016.

SANTOS, N. R. dos. **Currículo integrado**: percepção da interdisciplinaridade na formação de enfermeiros. 2014. 61 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1341>. Acesso em: 04 out. 2016.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028795011>. Acesso em: 04 out. 2016.

SOUZA, T. T. *et al.* Interdisciplinaridade no ambiente hospitalar: experiências e percepções de nutricionistas. **Anais [...]**. Florianópolis, 2006. Disponível em: http://www.sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumo_2617.html. Acesso em: 17 set. 2016

EXPECTATIVAS DE GRADUANDAS DE ENFERMAGEM: O TÉRMINO DO CURSO E O PRIMEIRO EMPREGO

ANNA KARLA ARAÚJO DE SOUZA
BRUNA OLIVEIRA GONZAGA
JÉSSICA MORGANA MONTEIRO
MARCELA DE ARAÚJO FERNANDES
ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

Se a nossa opção é progressiva, se estamos a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do arbítrio, da convivência com o diferente e não de sua negação, não temos outro caminho se não viver a nossa opção. Encarná-la, diminuindo, assim, a distância entre o que dizemos e o que fazemos.

PAULO FREIRE

O INÍCIO

Tudo nessa vida tem um começo e aqui ele aconteceu, em prática: o primeiro contato com a academia e também com o cliente. Já se tinha ouvido falar acerca da humanização e, enquanto graduandas, deslumbrando-nos com o conceito mais ainda na busca pelo aprimoramento e sua aplicação. Como assinala Levites (2013) acerca do papel e dos desafios da universidade na formação

dos alunos, é imprescindível voltar e individualizar-se para que se lembre de quem cada um realmente é e do que vale a pena na vida, o que nos faz humanos.

Levites (2013) continua dizendo, baseado na ideia de John Newman, que o papel da universidade é o de expandir o conhecimento, amadurecer o caráter, não somente formar o aluno no âmbito moral ou técnico, o que limita o ser que presta a assistência e o que a recebe. O estudante, assim, é alguém com liberdade, que pode perceber no ambiente acadêmico-assistencial o macro e o micro, os prós e os contras, que pode ser empático, humanizado e justo.

Nesse sentido, durante a carreira acadêmica, diversos setores foram apresentados, desde a atenção básica até a crítica; da promoção ao cuidado paliativo; do nascimento ao fim da vida, em busca de ofertar o melhor. Percebeu-se que há profissionais que simplesmente oferecem o que são, negativa ou positivamente, que há clientes de fácil compreensão e outros nem tanto. Assim, emergiu o questionamento: o que oferecemos ao término do curso, quando, de fato, nos tornamos profissionais da enfermagem?

Logo, o objetivo aqui é lançar nossas expectativas após passar pelos mais diversos níveis da assistência, principalmente o hospitalar, quando formos, totalmente, autônomas e profissionais.

CONTANDO A HISTÓRIA

Esta é uma história real, com pessoas reais, dificuldades sentidas e esperanças. O cenário principal foi o Hospital Universitário Alcides Carneiro, a partir do Estágio Supervisionado II, componente curricular obrigatório do último período do curso. É lá que, especificamente em uma Ala, se procura vencer os medos, a insegurança, a ansiedade, ao colocar em prática toda a carga adquirida no decorrer

da academia, todo o conhecimento das técnicas, e desenvolver as habilidades, ser gerenciador, assistencialista e também aprender mais.

De início, a disciplina em si tem por objetivo que os graduandos reproduzam as práticas baseadas na teoria, as técnicas realizadas de acordo com o conhecimento científico, supervisionados pelo coordenador do setor e com visitas do docente. Porém, ao entrar em contato com o cliente, há uma construção de vínculos inevitável.

O presente relato aconteceu na Ala D do Hospital, destinada a clientes do sexo masculino, com grande rodízio entre clínica e endócrino. Buscava-se sempre ofertar o melhor possível para cada caso em particular, adentrar cada história de vida, ser diferente daqueles que tomam a enfermagem como uma profissão tecnicista e ainda biologicista. Em meio a profissionais que diziam que a assistência de qualidade e holística prestada enquanto graduandas não passaria daquele momento, surgiu o desafio de imaginar-se após a graduação, depois que o tempo passa e o contato com o cliente é constante e mais desafiador.

Almejamos ser profissionais que prestam uma assistência baseada no que foi visto na graduação, que voltam para o cliente um olhar holístico, a fim de enxergar o sujeito como um todo não apenas por sua condição clínica. Enquanto graduandas, nosso desejo é o de que nossa assistência não seja afetada pela rotina, na qual muitos profissionais deixam a essência do cuidado se perder.

RELATANDO A EXPERIÊNCIA

O Hospital Universitário Alcides Carneiro, especialmente a Ala D, cenário deste relato, nos proporcionou experiências únicas, as quais nos fizeram crescer como pessoas e como futuros profissionais. Aprendemos que o cuidar pode sim ser uma arte, mas também

pode ser científico e, ao mesmo tempo, humanizado, respeitando desde o cliente até o ambiente de trabalho; e que cabe a cada um tentar se superar mais a cada dia, contribuindo para uma assistência de qualidade.

Nosso próximo passo será a busca por uma vaga no mercado de trabalho, munidas de conhecimentos e vivências adquiridas neste setor, no qual fomos tão bem acolhidas e onde nos foram passados diversos conhecimentos por parte de profissionais e até mesmo de clientes. Estamos satisfeitas com nossas escolhas e cientes de que nos aperfeiçoamos muito enquanto acadêmicas. Porém, ainda temos muito a aprender e, neste momento, só temos que agradecer a todos que contribuíram com o nosso aprendizado nos proporcionando oportunidades e ensinamentos. O pensamento é de que não seremos apenas mais profissionais da enfermagem, e sim verdadeiras profissionais de enfermagem, competentes e humanizadas, que buscarão melhorar a cada dia, pois é para isso que somos preparadas pela universidade.

A CONSTRUÇÃO DE UM PROFISSIONAL

O diálogo entre alunos, usuários e profissionais deve ser valorizado e presente, uma vez que a exposição de diferentes ideias constrói um modelo assistencial humanizado, suprimindo o atendimento voltado para protocolos e concepções individualistas (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

Do início da graduação até o presente momento, no que concerne à parte prática, vivenciamos diversas situações, aprendemos mais sobre o ser humano do que na sala de aula, tivemos a oportunidade de encarar os clientes como profissionais. Percebeu-se que eles espe-

ravam de nós a resolubilidade de seus questionamentos e angústias, relacionados tanto à patologia quanto à qualidade de vida.

O paciente hospitalizado tem suas dúvidas e suas expectativas, que muitas vezes se refletem na sua recuperação (BARBOSA; TERRA; CARVALHO, 2015). Cabe a nós, enquanto graduandas, estar sempre disponíveis para fornecer informações quanto aos procedimentos a serem realizados e ao tratamento desses pacientes. É importante que, através do diálogo, se estabeleça uma relação de confiança e que as informações passadas aos clientes estejam dentro do seu nível de entendimento.

O curso de graduação em Enfermagem requer muita atenção e dedicação por parte dos estudantes, sendo necessário que se tenha um bom entendimento dos conteúdos transmitidos em sala de aula, considerando sua importância tanto no período de estágios quanto na vida profissional (SILVA *et al.*, 2011).

Apesar de teoria e prática serem vivenciadas em momentos distintos durante a graduação, ao chegar ao campo de estágio, pode-se fazer uma melhor associação entre ambas e, a partir daí, conseguir elaborar pensamentos críticos, tendo em vista um futuro próximo, como profissionais que carregam uma bagagem tão rica em conhecimento, passada de forma tão segura pela universidade.

Assim, foi gerado um sentimento de responsabilidade maior, visto que o fim da graduação estava a um passo; e o ingresso no mercado de trabalho, logo à frente. Sentíamos-nos na obrigação de resolver situações que exigiam ações da enfermagem, enquanto coordenador e líder de equipe, bem como assistenciais. A princípio, as tarefas e responsabilidades a nós delegadas causaram certo receio, talvez até medo da incapacidade em executá-las, por assim dizer. Porém, ao término da primeira semana no setor, ao ver que podíamos executar com ciência e destreza as funções, o sentimento era outro,

era de realização, enquanto acadêmicas, e certa segurança para além dos muros da universidade e supervisão de docentes.

A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO PARA FAZER A DIFERENÇA

Em outro momento, ao nos depararmos com a preocupação da necessidade da busca pelo primeiro emprego, inseridas no mercado de trabalho, diante de diversas situações que podem causar medo e insegurança, estamos convictas de que a busca pelo aperfeiçoamento na área irá depender de cada profissional. Cabe, entretanto, buscar a habilidade no enfrentamento dos diversos obstáculos que surgirem.

De acordo com o Sigaud (2016), um número relativamente baixo de graduandos em Enfermagem afirma positividade nas perspectivas de trabalho na área. No início de nossa jornada acadêmica, o que predominava era o receio de não estarmos preparados para assumirmos o cargo. Hoje, a nossa preocupação é de nos inserirmos no mercado de trabalho, vivemos uma busca incessante por processos seletivos e especializações, procurando sempre nos destacar de algum modo, para que não sejamos meros profissionais de enfermagem, mas sim profissionais que fazem a diferença onde atuam.

Durante o tempo em que estivemos no Estágio Supervisionado, falávamos sobre nossos anseios e medos, e ouvíamos, por partes dos profissionais da área, que deveríamos sempre optar por nos destacar e correr atrás de meios que nos diferenciam, para que assim pudéssemos conquistar nosso espaço, buscando, acima de tudo, fazer algo que fosse realmente do nosso agrado.

Diante das diversas dificuldades encontradas na área de Enfermagem, ainda podem ser considerados pontos positivos, como a diversidade de campos para atuação, ou seja, um leque de oportunidades de trabalho. Para isso, o profissional deverá estar capacita-

do, podendo assim ser competitivo nas áreas de sua atuação e vagas ofertadas.

Desse modo, consideramos que, apesar de toda a carga de conhecimento teórico e prático, ainda assim, sempre será possível aprender coisas novas, sendo primordial a criação de vínculos e bom relacionamento com a equipe na qual seremos inseridas. Deve-se levar em conta que cada profissional tem um saber diferente que complementa o do outro, sendo necessário que estejamos sempre dispostas a ouvir, aprender e transmitir conhecimentos, com o intuito de melhorar a assistência prestada ao cliente, que é o alvo do cuidado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. C.; TERRA, F. S.; CARVALHO, J. B V. Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no perioperatório em um hospital universitário [Humanization of medical and nursing assistance to perioperative patient at university hospital]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 699-704, 2015.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, 2013.

LEVITES, M. R.; BLASCO, P. G. A universidade brasileira e a formação humanística do estudante de Medicina: uma leitura desde o pensamento de John Henry Newman. **Rev Bras Med**, v. 70, n. supl. 2, 2013.

SIGAUD, C. H. S. *et al.* Motivos de estudantes de Enfermagem para a escolha da carreira. **Comité Editorial**, 2016.

SILVA, V. L. S. *et al.* Fatores de estresse no último ano do curso de graduação em Enfermagem: percepção dos estudantes. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 121-126, 2011.

.....

REFLEXÕES ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

.....

CRISTIANA BARBOSA DA SILVA GOMES

IAGO VIEIRA GOMES

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

JULIANA BARBOSA MEDEIROS

*“A beleza do branco direciona Realiza,
transforma e simplifica
Pois a arte transforma a profissão
E o valor do trabalho gratifica
Que o cuidado real só vale a pena
Quando um riso no rosto o justifica.”*

IAGO VIEIRA GOMES

INTRODUÇÃO

Entender o real significado da morte, suas consequências e a preocupação em evitar o fim da vida não se caracteriza como o foco dos cuidados paliativos. O real sentido deles é oferecer dignidade e respeito aos últimos momentos da vida de alguém, sendo que esse processo é desenvolvido, na sua plenitude, especialmente, por aqueles responsáveis pela essência do cuidar (FREITAS; PEREIRA, 2013).

Com os avanços da tecnologia científica e as práticas voltadas para o modelo hegemônico, denominado biomédico, o cuidado tornou-se muito mais curativista, mercantilizado e medicalizado. Sendo assim, as ambições de prolongar o tempo de vida de uma pessoa passou a ser algo muito mais palpável, dando uma falsa impressão de enganar a morte e inibir o provável luto daqueles que não aprenderam a vivenciar o processo biológico, que fatalmente torna toda a vitalidade em uma única e inevitável consequência, a morte.

Com isso, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) passou a ser considerada ambiente de morte pela maior concentração de instrumentos e equipamentos associados ao desenvolvimento terapêutico e pela equipe multiprofissional de uma instituição de saúde. Esses elementos tornam esse setor local com ferramentas passíveis do cuidado nos momentos finais e críticos da vida (CARVALHO; PARSONS, 2012).

No entanto, a maneira como os cuidados paliativos são preconizados nessas unidades, nas quais são direcionados pelo curativismo e pelo intervencionismo, não permite a efetividade do cuidado integral, principalmente para os doentes terminais, que esgotam todas as possibilidades terapêuticas com os mais sofisticados recursos para manutenção da vida (GERMANO; MENEGUIN, 2013). A maneira como, frequentemente, as ciências da saúde veem os acontecimentos mais naturais, como a dor, o sofrimento e a morte, evidencia o pensamento de que esses aspectos, atrelados ao ciclo biológico do ser humano, são, na sua essência, indevidos e que devem ser combatidos a qualquer custo dentro do ambiente hospitalar, uma vez que os profissionais da saúde devem promover a melhoria das condições de saúde em toda a sua amplitude, o que faz com que esses profissionais entendam a morte como um fracasso (VICENSI, 2016).

Portanto, a preocupação de cuidados paliativos torna-se algo utópico por se fundamentar em uma contradição de acordo com

práticas e modelos de atenção vigentes, uma vez que o cuidado na perspectiva da assistência paliativa distancia-se do curativismo, pois reafirma a vida e encara a morte como realidade (GERMANO; MENEGUIN, 2013).

Nesse sentido, a formação dos profissionais de saúde precisa compreender e atender as necessidades que emergem do processo de cuidados direcionados não apenas à vida, mas também à morte, considerando esta última como uma possibilidade ocasionada pelo ciclo natural da vida, não sendo o símbolo do fracasso, pois encará-la também faz parte da concepção de integralidade do sujeito. A enfermagem lida com o cuidado de forma direta e traz consigo a necessidade de conhecimentos específicos sobre o controle da dor, a comunicação com o paciente, além da reflexão sobre o processo de terminalidade da vida, em se tratando de cuidados paliativos (FREITAS; PEREIRA, 2013). Com isso, é possível afirmar que grandes mudanças ocorrerão a partir do momento em que acadêmicos da grande área da saúde tiverem, durante a graduação, acesso à vivência com cuidados paliativos. Ainda nesse sentido, é necessário que as instituições de ensino e a Política Nacional de Saúde compreendam a importância dos cuidados paliativos e sua filosofia e facilitem sua implantação curricular na área acadêmica, durante a formação e alicerces dos profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2008).

Assim, acreditamos que a vivência de futuros profissionais de saúde com o cuidado paliativo propicia a compressão além do âmbito biológico, trazendo para a discussão as necessidades emocionais e espirituais do paciente que sofre, proporcionando o cuidado humanizado a eles e a seus familiares. É possível ainda adquirir aprendizado significativo sobre o valor da vida e dignidade no processo de morte dos seus pacientes; compreendendo o devido momento de investir e aprender sobre quando se deve apenas aliviar, melhorando assim a dimensão do real significado de cuidados paliativos.

Diante desse contexto, reconhecendo a relevância em se discutir a temática, objetivou-se com este estudo relatar a experiência vivenciada numa UTI no que se refere ao cuidado dedicado aos pacientes críticos, mais especificamente pacientes com indicação de cuidados paliativos, na perspectiva do olhar sistematizado e reflexivo de acadêmicos, professores e profissionais de enfermagem.

MÉTODO

Este trabalho consiste em um relato de experiência vivenciado por internos da disciplina de Estágio Supervisionado II, do curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), durante o período letivo de 2017.1. A experiência relatada aconteceu de acordo com a vivência dos discentes na UTI Adulto do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da referida instituição de ensino superior.

O Estágio Supervisionado II tem como objetivo geral oferecer o desenvolvimento de habilidades no manejo de técnicas e procedimentos voltados à função do profissional enfermeiro em nível hospitalar, de modo que os estagiários tenham o contato direto com o serviço e sua rotina de trabalho, possibilitando a aplicabilidade de todo o conhecimento teórico e prático adquirido ao longo da graduação.

Os internos foram divididos e distribuídos em diversos setores do HUAC, havendo uma pequena porcentagem daqueles que foram sorteados para passar pela UTI Adulto. Através do processo de formação acadêmica, foi dada a oportunidade de conhecer diversos aspectos do cuidado em saúde ao paciente hospitalizado, podendo ser destacado como foco do estudo o paciente crítico em cuidados paliativos assistidos pela equipe multiprofissional de saúde.

RELATO

O curso de graduação em Enfermagem da UFCG é uma oportunidade ímpar no âmbito das ciências da saúde, uma vez que oferece aos graduandos o aprendizado sobre o cuidado humanizado e holístico a partir de uma perspectiva científica direcionada à prevenção, promoção, reabilitação ou mesmo à recuperação do estado geral de saúde dos clientes que dependem desse cuidado. Nesse sentido, os estudantes, ao longo da graduação, dispõem de aulas práticas que transpassam as aulas teóricas, o que propicia seu contato direto com os usuários dos mais diversos serviços de saúde vinculados à instituição de ensino. No entanto, os dois últimos períodos caracterizam o internato da enfermagem, no qual o primeiro momento é direcionado à atenção primária em saúde e o último período é dedicado ao âmbito hospitalar.

O Estágio Supervisionado II é um momento no qual o estudante é direcionado a, pelo menos, três alas do HUAC ao longo do semestre. Com isso, ele é recebido no referido serviço por profissionais de enfermagem atuantes como profissionais do serviço, os quais passam a ser preceptores. Estes têm o papel de contribuir com o aprendizado/formação do estudante. Logo, esse estudante recebe o apoio de um professor da instituição, responsável por coordenar, orientar e acompanhar os estudantes nas atividades exercidas dentro do serviço hospitalar de acordo com sua demanda e necessidades.

De acordo com a demanda, fez-se necessária a inserção de estudantes na Unidade de Terapia Intensiva do HUAC, o qual é um ambiente que recebe pacientes em sua maioria com doenças crônicas e em estado grave de saúde. Dispõe de 10 leitos (dentre eles, 1 isolamento), os quais contam com uma equipe multiprofissional diarista e plantonista que dedica cuidados intensivos a esses pacientes ao longo de 24 horas diárias.

A UTI do HUAC dispõe de uma assistência em excelência ao paciente crítico devido ao grande arsenal tecnológico, bem como os materiais e insumos para todos os procedimentos necessários, os quais são realizados na unidade no dia a dia. Além de possuir uma infraestrutura adequada, os profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde da UTI do HUAC/UFCG são de alta competência e dedicação ao trabalho baseado na interdisciplinaridade, o que resulta em condutas articuladas para que haja uma assistência adequada ao usuário.

Diante da maioria dos quadros clínicos encontrados na UTI, são tomadas algumas atitudes paliativas para a manutenção da vida ou sobrevida do doente. Quase a totalidade dos pacientes internados na UTI está em quadro grave – estável ou instável – e precisa de condutas específicas. Contudo nos deparamos com situações nas quais os indivíduos não tinham prognóstico de vida e/ou sobrevida favorável para que fossem tomadas medidas intensas de reabilitação. Por essa razão, eram omitidas algumas condutas e o paciente seguia em “cuidados paliativos” para manutenção das necessidades básicas até que a morte fosse uma realidade mais próxima.

Esse tipo de cuidado “paliativo” sem que houvesse uma finalidade era uma realidade observada e vivenciada dentro da UTI do HUAC, onde a imprevisibilidade do paciente era maior do que nunca, e cada segundo a mais era considerado um milagre. Esse posicionamento frente ao quadro clínico sem prognóstico do paciente era absorvido e tomado por parte de todos da equipe. As alternativas se baseiam em medidas relacionadas a higiene, uso de drogas vasoativas, reposição volêmica, medicações indispensáveis, ventilação mecânica invasiva, sedativos e analgésicos, além de outros meios de manutenção e mantimento da vida e/ou sobrevida para que, muitas vezes, a família tivesse a oportunidade de se despedir. Desse modo, o paciente era cuidado de forma paliativa e digna, e a atenção era sempre pautada na humanização, no respeito e na legitimidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de cuidar do paciente criticamente enfermo vai além das propostas relacionadas ao conhecimento científico. É preciso sensibilidade para reconhecer as demandas individuais de cada sujeito, considerando-o de forma integral e holística.

Os profissionais de saúde são responsáveis por traçar planos de cuidados que possibilitem a reabilitação do paciente internado na UTI. Mesmo que o prognóstico não seja favorável ao olhar clínico, as condutas devem ser voltadas para a compreensão da fragilidade da vida e à mortalidade do ser, encarada como um processo natural e pautada sempre na dignidade do momento e no cuidado de que o sujeito e a família necessitam.

A existência de pacientes em condições clínicas graves que precisam de cuidados paliativos é real, embora esse tipo de quadro clínico não seja o foco da UTI, uma vez que esta unidade vislumbra a reestruturação clínica do cliente, ainda que isso nem sempre seja possível. Nesse sentido, a UTI Adulto do HUAC/UFCG tem prestado a melhor assistência dentro das suas possibilidades, pautada na valorização da vida e no entendimento da morte como processo natural, mantendo controle e alívio da dor (físico e psicossocial) dos indivíduos, priorizando a restauração da sua saúde dentro das possibilidades humanísticas e mantendo a ética em todos os sentidos.

Contudo, foi possível observar a necessidade de um ambiente intra-hospitalar de cuidados paliativos específicos, onde haja estrutura física e preparação de profissionais para melhor atender situações às quais a UTI não consiga responder (cuidados paliativos específicos), de acordo com a vontade dos pacientes e seus familiares. Assim estarão garantidos tais cuidados de maneira ética, profissional, pautados na valorização da vida humanística até o último instante.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique A. Fonseca. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: Solo Editoração & Design Gráfico, 2012.

FREITAS, Noéle de Oliveira; PEREIRA, Miran Volpi Goldinho. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 450-457, out. 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=penetration=lnk&exprSearch=756259&indexSearch=ID>. Acesso em: 28 maio 2017.

GERMANO, Karoline dos Santos; MENEGUIN, Silmara. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 522-528, Dec. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 maio 2017.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer. **Cuidados Paliativos**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo–CREMESP. São Paulo, 2008. p. 689.

VICENSI, Maria do Carmo. Reflexão sobre a morte e morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Rev. Bioét.**, Florianópolis, SC, v. 24, n. 1, p. 64-72, abr. 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0064.pdf. Acesso em: 26 maio 2017.

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

CLARISSA GOMES DE ARAÚJO

DANIELA JÉSSICA SANTOS OLIVEIRA

FERNANDA AZEVEDO TEIXEIRA DA ROCHA

Cuidado do paciente em UTI

*É preciso deter conhecimento
Para poder atuar com qualidade
Exercendo com muita liberdade
A ciência ao fazer atendimento
Confiando num bom procedimento
Numa máquina da tecnologia
Com destreza e total sabedoria
Vá lembrando que o foco do cuidado
É carente e também necessitado
Do labor da enfermagem a cada dia.*
ANNE KAROLYNNE S. NEGREIROS

INTRODUZINDO A TEMÁTICA

O Estágio Supervisionado em Enfermagem é um componente curricular obrigatório nas instituições de ensino superior que ofertam cursos de graduação em Enfermagem,

conforme o disposto no artigo 07 da Resolução nº 3, de 2001, do Conselho Nacional de Educação, possibilitando aos alunos vivências práticas dos conteúdos ministrados no decorrer da formação acadêmica e permitindo o aprimoramento de habilidades e competências no âmbito das diversas atividades desempenhadas por enfermeiros (BENITO *et al.*, 2012).

Portanto, o estágio supervisionado transforma-se em uma ferramenta importante para a formação de um profissional, pois constitui uma oportunidade de aproximação mais prolongada com os serviços de saúde e com as equipes multiprofissionais, além de tornar viável a superação de possíveis déficits ocorridos durante o curso (PERES; APERIBENSE; SANTOS, 2010). A inserção no contexto do trabalho estimula o acadêmico a desenvolver diversas habilidades como autonomia, responsabilidade, liberdade, criatividade, compromisso, domínio prático, reflexões sobre os cuidados desempenhados, papel ético do enfermeiro, troca e construção do conhecimento, entre outras. Assim, o estágio torna-se um campo capaz de prover transformações (PARANHOS; MENDES, 2010).

Tendo em vista o exposto, em conformidade com a Resolução nº 3, do CNS/CES, a disciplina Estágio Supervisionado II é um componente obrigatório da grade curricular ofertada pelo curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Este apresenta carga horária de 420 horas, sendo realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), tendo como preceptores diretos os enfermeiros da instituição e supervisão indireta de professores do curso de Enfermagem da UFCG.

A disciplina disponibiliza aos discentes a oportunidade de vivenciar o processo de trabalho em enfermagem, bem como os aspectos éticos e legais pertinentes à profissão. Possibilita também a aproximação com o usuário e o processo saúde-doença, tornando viável a assistência integral à saúde. Além das atividades práticas desen-

volvidas em forma de plantões diários, com carga horária de seis horas diárias, também temos os tutoriais semanais para realização de orientações e discussões pertinentes ao componente curricular. Cada aluno permanece em três setores previamente sorteados, totalizando 20 turnos em cada setor. Os discentes podem exercer atividades em diversos setores do HUAC, como: Alas A–Clínica Cirúrgica; B–Clínica para Distúrbios Respiratórios; C–Clínica Médica Feminina; D–Clínica Médica Masculina; E – Infectologia; além da Pediatria; Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Pediátrica; setor de Quimioterapia Infantil e Adulto; Central de Material e Esterilização (CME); Centro Cirúrgico (CC); Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); Pronto Atendimento; entre outros setores ambulatoriais.

Para realização deste relato, foi selecionada a UTI Adulto do referido hospital, um dos setores onde ocorreram práticas dos discentes acompanhados por enfermeiras atuantes no serviço. Este setor foi escolhido por ser um local dinâmico, com constantes atividades como admissões, implementação do processo de enfermagem, coleta de exames laboratoriais, realização de procedimentos invasivos, curativos preventivos e de feridas de grande porte, entre outras.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada um ambiente no qual se agrupam grandes recursos tecnológicos, tornando-se um espaço cercado de ansiedade e angústia. Neste local, predominam a técnica e a máquina, sua dinâmica envolve aptidões e noções tecnológicas específicas e especializadas. Os pacientes que precisam de cuidados intensivos e se encontram em estado grave carecem de um lugar com apoio tecnológico que possibilite seu acompanhamento e recuperação. A UTI difere de outras unidades de internação principalmente no que concerne ao tratamento implantado. Esse ambiente é considerado extremamente invasivo, traduzindo-se por alta intensidade e complexidade de eventos e situações tanto para o paciente como para sua família (OLIVEIRA, 2014).

Para Silva (2013), agrupar os recursos tecnológicos da UTI aos valores humanitários tem se configurado uma barreira para a equipe de saúde, pois, nesse espaço, os profissionais permanecem em constante interação com a tecnicidade do cuidado, essencial para a sustentação da vida e a proximidade da morte.

Nesse contexto, o interesse por esta temática ocorreu pela percepção, durante as atividades acadêmicas, de quão complexa é a assistência de enfermagem prestada a pacientes em unidades de terapia intensiva e quanto conhecimento e experiência os alunos do estágio supervisionado podem adquirir com esta vivência. Faz parte dessa percepção, também, o entendimento de que a afinidade entre alunos e os profissionais de enfermagem deve envolver uma relação humanizada e que isso se reflita diretamente na assistência ao paciente crítico. O que pôde ser observado durante a rotina de estágios foi que a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros acarreta um acúmulo de tarefas, levando-os a executá-las de forma técnica e mecânica.

O objetivo deste estudo é compartilhar as experiências vividas no estágio supervisionado com enfoque na UTI, visto que se tratou de uma oportunidade ímpar para os alunos exercerem atividades de enfermagem, conhecerem a rotina do setor e prestarem assistência a pacientes em estado criticamente graves, exigindo significativo empenho dos alunos para que os cuidados sejam ofertados com segurança e excelência.

CAMINHOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência vivenciado por acadêmicas do 10º período de Enfermagem, durante a realização da disciplina Estágio Supervisionado II, do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG. As atividades ocorreram na

UTI Adulto do HUAC, localizado na cidade de Campina Grande/Paraíba. Este setor presta cuidados a pacientes em estado crítico. Cada discente exerceu atividades no setor durante 20 dias, no período de fevereiro a junho de 2017. A UTI recebe acadêmicos em formação de nível superior de Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Psicologia e Nutrição, seja em aulas práticas, internato, residências, pesquisas e projetos. Assim a UTI conta com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, habilitados a prestar cuidados aos pacientes internados e familiares.

Estruturalmente, contém dez leitos (sendo um destinado a isolamento), posto de enfermagem, arsenal, expurgo, copa, repouso médico e de enfermagem, sala de psicologia e fisioterapia, sala de espera, vestiários e banheiros.

Durante o período de estágio, foram desenvolvidas diversas atividades, como aplicação do processo de enfermagem, realização de procedimentos invasivos, administração de medicações, cuidados assistenciais de manutenção da higiene dos pacientes, como banho no leito, atividades burocráticas, como solicitação de insumos materiais, entre outras.

Os pacientes desse setor comumente são submetidos à sondagem vesical de demora, acesso venoso periférico e/ou central, colostomias, drenos, curativos, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, sondagem nasogástrica ou nasoenteral para alimentação e drenagem, entre outros procedimentos, permitindo assim aos alunos aprimorarem conhecimentos técnico-científicos.

De acordo com levantamento realizado durante o período de estágio, observamos que a maioria dos pacientes era proveniente das próprias alas do hospital, sendo realizadas também admissões provenientes de outros serviços, como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e os hospitais da cidade de Campina Grande.

RELATANDO A EXPERIÊNCIA

A assistência prestada num ambiente de terapia intensiva deve ser dotada de pessoal qualificado e oferecer um serviço contínuo com o uso de aparelhos sofisticados, capazes de manter a sobrevivência do paciente, exigindo dos seus profissionais alto nível de informação, além de agilidade e atenção rigorosa na assistência prestada. Em face desses aspectos inerentes ao contexto da UTI, estes podem contribuir para que ações de promoção da saúde no cuidado ao paciente tratado nesta unidade tornem-se pouco valorizadas, desvinculadas da prática profissional ou até mesmo implícitas no ato de cuidar, passando, às vezes, despercebidos (AGUIAR, 2012).

O Estágio Supervisionado II é visto como um grande momento em que podemos executar toda a teoria acumulada no decorrer do curso. Quando nos deparamos com esse momento, o primeiro sentimento que vem à tona é a insegurança, o medo de enfrentar “sozinho” o ambiente hospitalar, o que requer grande responsabilidade.

Além desses fatores, na UTI é necessário o dobro das qualidades profissionais exigidas, pois estamos diante de pacientes críticos que, a qualquer momento, cuja condição de saúde pode evoluir para um quadro mais grave ou até ao óbito.

O primeiro contato em qualquer setor é acompanhado pelo professor. Nesse momento, somos apresentados ao enfermeiro coordenador do plantão, sendo este o responsável por apresentar a estrutura física, o funcionamento e a rotina da UTI. Nossas tarefas foram preestabelecidas todos os dias, desde o desenvolvimento das atividades burocráticas à realização de procedimentos invasivos, como por exemplo, a coleta da gasometria arterial. Como preconiza a Resolução do COFEN nº 390/2011, o enfermeiro deverá ter conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Sendo assim, realizamos o procedimento, pro-

movendo assim experiência ao realizarmos a técnica de forma segura. Além disso, a interpretação do exame de gasometria arterial fez parte do acervo de conhecimentos adquiridos, enriquecendo ainda mais nosso aprendizado.

Um ponto importante durante nosso estágio foi a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Participar da sua aplicação diariamente foi fundamental. O exame físico foi realizado em todos os pacientes diariamente, permitindo-nos identificar junto à equipe os principais diagnósticos de enfermagem e traçar um plano de cuidados individualizado.

A importância de checar o carrinho de emergência diariamente nos levou a construir um pensamento crítico relacionado às simples tarefas, mas que são de extrema importância dentro de uma UTI, ou seja, precisaremos de todas as medicações e materiais, por exemplo, no momento de uma parada cardiorrespiratória (PCR), primordial para a restituição imediata da vida do paciente.

A enfermeira que trabalha na UTI deve ter um perfil de atualização constante, de acordo com a complexidade da assistência prestada e os progressos na área. Assim, a demanda por enfermeiros hoje e para o futuro deve ter as seguintes qualidades: o conhecimento de enfermagem técnico-científico e clínico para o ensino e pesquisa, iniciativa, criatividade, habilidades, liderança, motivação, equilíbrio emocional, responsabilidade humana e ética. Essas competências forjam a multidimensionalidade do cuidado com base em uma avaliação objetiva para o paciente na UTI (HENAO CASTANO, 2015).

O estágio supervisionado não só abrangeu os conhecimentos técnicos e científicos adquiridos no decorrer dos anos acadêmicos, mas também nos permitiu enxergar o paciente de forma holística, ou seja, pudemos desfrutar de uma experiência de amadurecimento pessoal e profissional, aperfeiçoando a possibilidade de um tratamento efetivamente humanizado.

CONCLUINDO A VIVÊNCIA

As experiências vivenciadas no Estágio Supervisionado II foram de suma importância para o nosso crescimento pessoal e profissional, pois nos possibilitam oportunidades de vivenciar diversos setores hospitalares, onde pudemos experimentar funções assistenciais e burocráticas. Ainda nos proporcionou o desenvolvimento de pensamentos críticos que nos levaram prontamente ao nosso futuro ambiente de trabalho, bem como à realização de uma autoavaliação, expondo de forma mais explícita nossas dificuldades e habilidades e dando-nos a oportunidade de nos corrigir e/ou aprimorar.

É importante observar ainda que, diante dos problemas pessoais durante o estágio, tornou-se possível refletir sobre o quanto importante é o respeito e o vínculo criado dentro da equipe de trabalho. Nessa ocorrência, é perceptível o melhor desempenho no setor, tendo em vista que, desta forma, há uma contribuição e apoio mútuo, propiciando uma assistência mais qualificada e resolutiva, bem como uma maior satisfação profissional. O êxito de uma experiência como esta se evidencia pelo aprendizado e maior autoconfiança adquirida, fazendo com que a inserção futura para o mercado de trabalho flua com mais segurança.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. S. C. de *et al.* Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 428-435, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2016.

BENITO, G. A. V. *et al.* Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev. bras. enferm.** v. 65, n. 1, p. 172-178, 2012.

COFEN. **Resolução COFEN Nº 390/2011**. Normatiza a execução, pelo enfermeiro, da punção arterial tanto para fins de gasometria como para monitorização de pressão arterial invasiva. 2011.

HENAO CASTANO, Á. M.; AMAYA REY, M. C. del P. CEI-UCI: instrumento para evaluar el cuidado de enfermería individualizado de adultos en la UCI. **av.enferm.**, Bogotá, v. 33, n. 1, jan. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2016.

OLIVEIRA, C. N.; NUNES, E. D. C. A. Cuidando da família na UTI: desafio de enfermeiros na práxis interpessoal do acolhimento. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 954-963, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400954&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2016.

PARANHOS, V. D.; MENDES, M. M. R. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 109-115, 2010.

PERES, M. A. A.; APERIBENSE, P. G. G. S.; SANTOS, T. C. F. Relação escola-campos de estágios. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 10-12, 2010.

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM. PPC. Centro de Ciências Biológica e da Saúde. CCBS. UFCG, 2011.

SILVA, C. F. da *et al.* Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2597-2604, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2016.

.....

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CLIENTE COM MIELITE TRANSVERSA AGUDA

.....

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

MARIA INÊS BORGES COUTINHO

SAYONARA MONIQUE DE MELO NOGUEIRA

FLAVIANA PEREIRA SILVA

LEIZA MELO SOUSA

MARIA GALGÂNIA MOURA ARAÚJO

*“Nessa troca de tanta experiência
Tenho uma nova visão a cada dia
E eu carrego para vida ensinamentos
Porque tudo que eu vi, influência
Acho até um pedaço da enfermagem
Já faz parte da minha poesia”.*

MARIANA VÉRAS

INTRODUZINDO A TEMÁTICA

A mielite transversa aguda (ATM) é um processo inflamatório agudo da medula espinhal. Ela é considerada uma síndrome clínica que pode estar associada a várias condições diferentes, sendo, portanto, necessário identificar uma infecção direta,

uma doença sistêmica ou um processo autoimune pós-infeccioso ou pós- vacinal (FONSECA, 2003). Embora todas as funções da medula espinhal possam ser diferentes, diferentes graus de deficiência ocorrem, com etiopatogenia ainda não bem esclarecida. Manifesta-se clinicamente por disfunção motora, sensitiva e/ou autonômica. Com o tratamento, ainda não consensual, o prognóstico é muito variável (SAMPAIO, 2001).

As principais características clínicas da ATM variam desde extrema fragilidade óssea, com fraturas e deformidades que podem resultar em morte, quadros psicossintomáticos com manifestações clínicas discretas, até casos em que estas podem passar despercebidas ao longo da vida. Todo esse quadro provoca, inevitavelmente, hospitalizações frequentes, situação que expõe constantemente o cliente e sua família à ansiedade e ao estresse ocasionado pelo ambiente hostil. Na hospitalização, o cliente e seus familiares enfrentam, além do quadro clínico da doença, mudanças da rotina familiar, das relações intrafamiliares e sociais e o conseqüente isolamento.

Ao cuidar de um cliente com ATM, é indispensável ao profissional conhecer as alterações fisiopatológicas desencadeadas pela doença e suas conseqüências. Deve-se considerar também que o cuidado de enfermagem deve ser prestado em modo integral. Portanto, este deve ser feito ultrapassando os limites do biológico com ações de cuidado no intuito de minimizar os riscos e instrumentalizar a família para lidar com a situação.

Considerando a importância das ações de enfermagem no cuidado com o cliente com ATM e seus familiares, o déficit na literatura de enfermagem e a escassez de artigos sobre a assistência de enfermagem com essa temática, o presente estudo traz como objetivo propor a aplicação do processo de enfermagem fundamentado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta (1979), em cliente portador de ATM.

Considerando a importância das ações de enfermagem no cuidado com o cliente com ATM e seus familiares, o déficit na literatura de enfermagem e a escassez de artigos sobre a assistência de enfermagem com essa temática, o presente estudo traz como objetivo propor a aplicação do processo de enfermagem fundamentado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta (1979), em cliente portador de ATM.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo estudo de caso, o qual consiste no estudo profundo e exaustivo de uma ou de poucas situações, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 2002). A pesquisa foi desenvolvida na Ala D de um hospital escola em Campina Grande-PB. A escolha da referida instituição ocorreu em função de esta ser referência no atendimento de adultos com doença crônica.

A coleta de dados foi realizada durante a internação hospitalar do cliente portador de ATM, a qual ocorreu em junho de 2017, quando foram feitos quatro dias de acompanhamento no período de uma semana. Os dados foram coletados por meio das técnicas propedêuticas do exame físico com auxílio do instrumento fundamentado na teoria de Horta (1979), além da observação das situações vivenciadas pelo cliente e de suas expressões corporais. A análise foi realizada seguindo os passos do processo de enfermagem.

Inicialmente foi realizada a transcrição dos dados no intuito de construir a história clínica, facilitando, dessa forma, a identificação das necessidades humanas básicas (NHB) afetadas e direcionando o processo de raciocínio diagnóstico. Para a denominação dos diagnósticos, foi utilizada a Taxonomia da NANDA-I (2010). Com os

diagnósticos de enfermagem identificados, foram selecionadas as intervenções na Classificação de Intervenções de Enfermagem (MC-CLOSKEY; BULECHEK, 2008) e as atividades que melhor se adequam à realidade de cuidado do cliente. Para determinar a efetividade do cuidado e confirmar a melhora do quadro clínico, foram estabelecidos resultados esperados utilizando a Classificação de Resultados de Enfermagem (JOHNSON; MASS; MOORHEAD, 2004).

RESULTADOS

Foram descritas as fases do processo de enfermagem desenvolvidas na assistência ao cliente. Na sequência, apresentou-se o histórico de enfermagem com a síntese do caso pautada nas NHB, seguido dos diagnósticos e do planejamento da assistência de enfermagem.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Adulto do sexo masculino, 48 anos, relata ser etilista social, tabagista, teve caxumba, varicela e sarampo na infância. É nascido de parto eutócico e a termo, com desenvolvimento psíquico normal, tendo andado aos 2 anos de idade. Seus pais estão vivos: sendo o pai rígido e a mãe em tratamento de câncer de mama. Possui condições de moradia adequadas, casa de alvenaria, com água e esgoto canalizado e coleta de lixo frequente.

Paciente encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), relatando que, há 45 dias, apresentou uma dor epigástrica, de moderada intensidade, de caráter intermitente, irradiando para a região dorsal, sem sintomas dispépticos associados. Notifica que acordou, certo dia, com paresia dos MMII, associado à dificuldade de deambulação,

incontinência urinária e retenção fecal. Informou que, há 15 dias, tomou laxante por conta própria, conseguindo evacuar; contudo, persiste constipação. Encontrava-se em uso de Prednisona 20 mg, prescrito pelo neurologista, havendo melhora discreta do quadro. Relata perda ponderal de 4kg durante o período, sudorese e dispneia aos pequenos esforços. Nega lipotimia, síncope, dispneia paroxística noturna, sintomas gastrointestinais, além da constipação; nega também queixas reumatológicas.

Ao exame de admissão: EGB, afebril, acianótico, anictérico, normocorado, normo-hidratado, eupneico, consciente colaborativo. Ausculta cardiovascular: RCR 2T, BNF S/S, FC=64 bpm. Ausculta pulmonar: MV (+), AHT S/RA, FR=20 rpm. Exame físico: abdome plano, depressível, doloroso à palpação em hipogástrio, sem massas e/ou VMG, RHA (+). Neurológico: paraparesia flácida com hiper-reflexia em MMII, estando os MMSS sem alterações. Após a análise da sintomatologia na admissão, foi levantado o possível diagnóstico de mielite de origem desconhecida.

A partir da admissão, na 1ª avaliação, apresentou ao exame: EGB, eupneico, acianótico, anictérico, hipocorado, hidratado e orientado. ACV: RCR em 2T, FC=78 bpm, PA=110x60 mmHg; AR: MV (+), AHT S/RA, sat = 96%. Relatou presença de fezes no reto, mas que não conseguia eliminar e relatou, ainda, não haver urina na fralda desde a noite anterior. Ao exame físico, apresentou também abdome distendido, doloroso à palpação superficial, com bexiga palpável (cheia e dolorosa), extremidades livres e móveis, presença de déficit neurológico motor e sensitivo.

Posteriormente, constatou piora no quadro de dispneia, sendo acompanhada de dor no corpo, precordialgia e febre intensa com perda de cerca de 3kg de peso, tosse produtiva matinal com escarros apresentando raios de sangue, havendo a diminuição no decorrer dos dias. Progredindo para MMII com diminuição de força e sensibilidade (discretas quando comparadas ao quadro inicial).

No 24º dia de internação, já havia fechado o diagnóstico de mielite transversa aguda, o qual evoluiu clinicamente estável, sem intercorrências clínicas. Notificou melhora considerável do quadro de parestesia de MMII antes apresentada, bem como melhora da hipotonia antes relatada. Apresentou ao exame ACV: RCR em 2t, BNF, FC: 96 bpm, PA: 106 x 72 mmHg; AR: MV (+) em AHT s/RA, FR: 16 rpm, sat: 96. Ao exame físico: abdome semigloboso, depressível, indolor à palpação profunda e superficial sem massas e/ou VMG. A alta foi programada para o dia seguinte.

Após avaliação das necessidades, em consonância com o quadro do adulto, foram identificados os seguintes títulos diagnósticos de enfermagem (DE) e de necessidades psicobiológicas, com os diagnósticos de enfermagem: mobilidade física prejudicada; nutrição desequilibrada, menos que as necessidades corporais; risco de volume de líquidos deficiente; troca de gases prejudicada; dor aguda. Em seguida, foi feito o planejamento assistencial de enfermagem.

A mobilidade física prejudicada é um diagnóstico definido como limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2008). Quando ocorre fratura nos pacientes com ATM, o tratamento resulta em prevenção óssea na maioria dos casos.

Para cada intervenção da NIC (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2008), foram selecionadas atividades com o intuito de prevenir complicações. Cuidados com o repouso no leito: explicar as razões para a exigência de repouso no leito; posicionar o corpo em alinhamento correto; evitar o uso de lençóis de textura áspera; facilitar pequenas trocas dos locais de pressão do corpo; realizar exercícios de amplitude de movimentos passivos e/ou ativos. Supervisão da pele: observar cor, calor, pulsos, textura, edema e ulcerações nas extremidades; examinar vermelhidão, calor exagerado ou drenagem na pele e nas mucosas; monitorar em busca de fontes de pressão e atrito; moni-

torar áreas de descoloramento e contusões na pele e nas mucosas; examinar as roupas quanto à pressão.

A dor aguda é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível, e duração de menos de seis meses (NANDA-I, 2010). A dor é um dos principais sintomas presentes no adulto com mielite transversa aguda (ATM), caracterizada por um processo inflamatório agudo da medula espinhal que pode ser classificado em três grupos distintos de acordo com sua etiologia: mielite devida a uma infecção direta da medula espinhal, mielite no contexto de uma doença sistêmica (como leucemia ou distúrbio do tecido conjuntivo) e mielite com suspeita de base autoimune.

O último grupo é a forma mais comum de ATM e pode ocorrer como uma condição infecciosa. As infecções respiratórias e intestinais são importantes desencadeantes potenciais da MTA, mas alguns casos pós-vacinais também foram relatados. A infecção direta da medula espinhal é uma causa comum de MTA nos países em desenvolvimento. Embora todas as funções da medula espinhal possam ser perturbadas, diferentes graus de deficiência ocorrem (FONSECA, 2003).

Para Sampaio (2003, p. 33), “não está, contudo, determinada uma relação causa-efeito entre MTA e vacinação. Pode, ainda, estar associada a alterações vasculares (nomeadamente isquemia), a doenças autoimunes e do tecido conjuntivo (lúpus eritematoso sistêmico, doença de Behçet, síndrome de Sjögren, etc.). Por outro lado, pode ser uma primeira manifestação de uma doença desmielinizante como a esclerose múltipla, ou ainda estar relacionada com neoplasia intra ou extra-axial. A MTA é descrita como idiopática em 10–45% dos casos”.

O quadro clínico da ATM inclui paraplegia parcial ou completa ou quadriplegia, diminuição ou perda de reflexos profundos, comprometimento sensorial e graus variados de distúrbios da bexiga e do intestino. Geralmente, a doença completa é atingida quatro semanas após o início, mas na maioria dos casos o pico ocorre na primeira semana com o nível de envolvimento estabelecido no início. Em alguns pacientes, no entanto, a doença tem um curso ascendente com risco de asfixia quando os segmentos cervicais superiores (C3-C5) estão envolvidos (FONSECA, 2003).

Observou-se que a recuperação funcional depende muito da apresentação clínica; um início abrupto e grave, geralmente apontando para um pior prognóstico (FONSECA, 2003). A verbalização da dor, compreendida como algo extremamente subjetivo, requer dos profissionais de enfermagem uma maior preocupação e compreensão. Sendo assim considerado o quinto sinal vital, é imprescindível o conhecimento para sua avaliação. Uma vez que abrange, além dos elementos físicos, outras condições que podem exacerbar-la, em todos os casos, o modo como a família lida com tal situação tem influência direta nas respostas do paciente.

Na intervenção para controle da dor, foram implementadas as seguintes atividades: realizar uma avaliação abrangente da dor que inclua o local, as características, o início/a duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade dela e os fatores precipitantes; observar indicadores não verbais de desconforto; assegurar que o cliente receba cuidados precisos de analgesia; controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (temperatura ambiente, iluminação, ruído); reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentem a experiência da dor (medo, fadiga, monotonia); e incorporar a família/mãe na modalidade de alívio da dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma estratégia imprescindível para a avaliação e o direcionamento dos cuidados de enfermagem. Portanto, contribui de forma significativa para melhorar a qualidade da assistência prestada ao cliente. Ao descrever o processo de enfermagem a um adulto com ATM, buscou-se apresentar estratégias que contribuíssem para direcionar o cuidado a esse adulto e demonstrar a necessidade do planejamento para o alcance das metas.

Não se espera que esse planejamento seja o ideal. Todavia, essas foram ações que atenderam às especificidades do participante da pesquisa. A descrição do processo buscou ainda destacar que a identificação das necessidades afetadas contribui para o processo de raciocínio e, conseqüentemente, para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, o que direciona a elaboração de intervenções baseadas nas reais necessidades do cliente. Isso viabiliza o cuidado e a eficácia das ações de enfermagem a ele.

Quanto ao caso clínico apresentado, pôde-se certificar a ocorrência de boa evolução clínica por se tratar de uma forma inovadora de recurso terapêutico para a MTA, com total recuperação dos déficits neurológicos.

REFERÊNCIAS

FONSECA, L. F. *et al.* Mielite transversa aguda de início precoce precedida de vacinação para hepatite B e infecção viral respiratória: relato de caso. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 2A, p. 265-268, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?scrip->

t=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000200020&lng=en&nrm=iso.
Acesso em: 19 maio 2018.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2002.

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

JOHNSON, M.; MASS, M.; MOORHEAD, S. Classificação dos Resultados de Enfermagem. **NOC**. Trad. Regina Garcez. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MCCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. Classificação das Intervenções de Enfermagem. **NIC**. 4. ed. Trad. Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2009-2011. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NASCIMENTO, K. C. do *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2018.

SAMPAIO, M. J. *et al.* Mielite transversa aguda. **Nascer e Crescer**. Porto, v. 20, n. 1, p. 32-34, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So872-07542011000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2018.

.....

EIXO 2

CUIDADOS DE ENFERMAGEM CENTRADOS NA CRIANÇA

.....

.....

APRENDENDO DIARIAMENTE: VIVÊNCIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

.....

CECÍLIA DO NASCIMENTO FREITAS

ANNA CAROLINE LOPES TAVARES

NAYARA FERREIRA DA COSTA

KARLA POLLYANA SILVA DE OLIVEIRA

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

*A melhor maneira de tornar as crianças boas
é torná-las felizes.*

OSCAR WILDE

UM POUCO DA HISTÓRIA DA PEDIATRIA NO BRASIL

A pediatria no Brasil constitui-se formalmente em especialidade no ano de 1882, sendo marcada por diversos momentos de evolução. Um marco que fortalece o seu surgimento caracteriza-se quando os profissionais da medicina passaram a ver a vida da criança como diferente desde a vida uterina, diferenciando a saúde infantil da saúde materna e ampliando os saberes específicos (PEREIRA, 2006). A emergência de programas materno-infantis na década de 1970 configurou-se como uma das tentativas de racionalizar e implementar políticas sociais que respondessem de alguma forma aos movimentos populares por saúde (BRASIL, 1975).

No ano de 1978, a Declaração de Alma-Ata, ao eleger a Atenção Primária à Saúde como estratégia de planejamento, funcionamento e programação para os serviços de saúde, visando à saúde para todos no ano 2000, passa a influenciar fortemente políticas de saúde em vários países, inclusive no Brasil (OMS, 1978). Na década de 1980, as Ações Básicas de Saúde na Atenção Integral à saúde da criança definem normas e priorizam o desenvolvimento das ações básicas voltadas à criança—acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, controle de doenças diarréicas, controle de infecções respiratórias agudas e de doenças imunopreveníveis—consideradas como eixo da assistência a ser prestada na rede básica de serviços do país. O movimento da reforma sanitária e a redemocratização do país, entre outros fatores, determinaram mudanças no sistema de saúde que se concretizaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma das mais importantes conquistas de nossa sociedade (BRASIL, 1988).

Os princípios do SUS de equidade, acesso universal a todos os níveis de atenção, integralidade das ações e controle social, embora presentes na legislação, requerem permanente defesa visando à sua qualificação. Na atenção pediátrica, somam-se os direitos garantidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual define o papel do Estado e as responsabilidades sobre a assistência à infância e à adolescência. A criança torna-se, então, sujeito de direito pela primeira vez na nossa história (BRASIL, 1990). Assim, ao refletir sobre a criança atendida no SUS, respeitando o ECA e sua relação com os profissionais de saúde, temos de considerá-la um ser único, individual, que não pode ser considerado fora da sociedade, da família e da cultura à qual pertence.

Vivenciar o período de hospitalização é considerado difícil pela criança, pois há o afastamento dos amigos, da escola, de suas atividades favoritas, além de enfrentar procedimentos dolorosos. A presença de um dos pais é um dos poucos recursos de enfrentamento

oferecidos, visto que a rotina hospitalar é adequada às necessidades do serviço e não da criança.

Jasen, Santos e Favero (2010) confirmam essa afirmativa quando dizem que a hospitalização modifica a rotina diária do cliente. Fatores como insegurança e medo surgem devido à diferença do ambiente em que vive, além de estar rodeado por pessoas estranhas que sempre realizam procedimentos, muitas vezes dolorosos e repetitivos, causando desconforto constante. Assim, surge a necessidade da atuação dos profissionais de enfermagem na assistência prestada às crianças, aos adolescentes e aos responsáveis que acompanham o período de internação.

O UNIVERSO DA PEDIATRIA

A ala pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro oferece atendimento a crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, com atendimento voltado a pacientes com distúrbios respiratórios, endócrinos, renais, cardiológicos e infectocontagiosos. Conta com sete enfermarias, sendo elas divididas de acordo com o sexo e a idade dos pacientes: duas enfermarias para crianças em idade escolar, duas para adolescentes, uma enfermaria para recém-nascidos e dois isolamento.

Dispõe também de um posto de enfermagem, uma sala de procedimentos, uma sala de prescrição, uma brinquedoteca, uma copa, um repouso de enfermagem e um expurgo. A pediatria conta com uma equipe de enfermagem composta por 7 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem, dividida por escala mensal, e com apoio de equipe de médicos, médicos residentes, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outras especialidades. É possível observar que a comunicação da equipe de enfermagem acontece de forma horizontal e holística, facilitando a interação en-

tre os componentes da equipe com os familiares; há também discussões dos casos a fim de encontrar melhores condutas e tratamentos para o usuário.

Foi possível visualizar que a equipe de enfermagem realiza suas atribuições burocráticas e assistenciais com excelência, seguindo os preceitos éticos e morais da profissão. Esse trabalho se mostra primordial para o funcionamento hospitalar, pois o enfermeiro é capaz de gerenciar insumos e cuidados e é responsável pela continuidade da assistência. Entre as observações e aprendizados, tornou-se impossível não perceber o quão importante se faz a presença da enfermagem no funcionamento hospitalar.

A atuação da enfermagem perpassa os cuidados com o paciente: o enfermeiro tem capacidade de gerenciamento e de desenvolvimento contínuo, além de ser capaz de realizar de forma eficaz os procedimentos que lhe são atribuídos desde o gerenciamento da ala até a certificação de que os pequenos pacientes estão recebendo a melhor assistência possível.

Enquanto internos de enfermagem, adentramos a realidade do serviço e atuamos da maneira que era pertinente. Desenvolvemos variadas atividades, entre elas algumas competências específicas que nos orientam e reafirmam a importância de: avaliar as necessidades dos pacientes, caracterizando seu perfil; avaliar o processo de trabalho; planejar, executar e avaliar ações enquanto equipe; desenvolver a qualidade da liderança com a finalidade de um bom trabalho em equipe. Para além das ações gerenciais, com o intuito de favorecer a integralidade da assistência, fortalecer os equipamentos de apoio e promover a saúde, percebe-se a importância da presença física de pessoas que representem segurança junto à criança hospitalizada e ressalta-se a necessidade de avaliar aspectos sociais e psicológicos inerentes à hospitalização da criança para amenização do sofrimento infantil.

A família assume um papel importante durante a hospitalização, pois se torna a responsável por oferecer apoio e segurança emocional à criança/adolescente. Quando a criança adoece, a família vivencia sentimentos de culpa, insegurança e frustração diante do cenário. Estes sentimentos fazem com que os pais/cuidadores super protejam essa criança, podendo causar desequilíbrio em seu grupo familiar. É importante destacar que satisfazer as necessidades emocionais da criança não significa super protegê-la ou gratificá-la em excesso, mas é importante garantir o respeito à sua individualidade, proporcionar segurança e amor e, assim, promover condições para o desenvolvimento de suas potencialidades (GUARESCHI; MARTINS, 1997).

O ambiente hospitalar causa medo e insegurança. As crianças chegam acanhadas e temerosas e, através da brincadeira, dos sorrisos e da comunicação conseguimos socializar e criar vínculo com ela e com seus pais. Apesar do quadro clínico, da mudança de rotina e da vivência em um ambiente estranho, sempre estão sorrindo, fazendo amizades, e assim deixam de lado um pouco do sofrimento que enfrentam.

Apesar de o foco do trabalho da enfermagem ser centrado na criança e sua doença, em pediatria tem-se tentado buscar a mudança desse foco para a família, pois esta será considerada o elo entre o profissional e a criança/adolescente. Nessa perspectiva, a família passa a ser considerada a unidade primária do cuidado (ISSI, 2015).

Como internos, tivemos a oportunidade de conversar com alguns cuidadores, ouvir suas apreensões, seus medos e sua história de vida, orientá-los e ajudá-los a tentar compreender o momento que estavam vivendo. Isso nos permitiu colher informações sobre as crianças e possibilitou a criação de vínculos que facilitaram a oferta de cuidado. Por mostrar empatia, recebemos sorrisos, abraços e agradecimentos sinceros, pelo simples gesto de ouvir e dar a mão em um momento tão desgastante. Chagas (2014) afirma que a família e

a criança se encontram frágeis e que não entendem completamente o que se passa durante a situação que enfrentam. Assim, a equipe de enfermagem se torna a responsável por humanizar o ambiente e ajudar paciente e família a lidarem melhor com a situação que atravessam.

A equipe de enfermagem tem por essência o cuidado ao ser humano, baseando sua prática no comprometimento com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, desenvolvendo importantes ações por meio do cuidado e responsabilizando-se pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes.

Destaca-se a importância do lúdico no cuidado para redução de estresse e melhora do comportamento da criança em relação à terapêutica, como afirmam Coelho e Shimo (2007). A equipe de enfermagem (internos e profissionais) estimulou as crianças de maneira notória a que brincassem, conversassem, ouvissem música e buscassem outras formas que as ajudassem a elaborar melhor o sofrimento, obtendo assim resultados consideravelmente positivos de forma contínua, o que facilitou o cuidado e o processo de trabalho na unidade.

CONCLUINDO A EXPERIÊNCIA

Acerca do que foi vivenciado no estágio supervisionado, conclui-se que, além da possibilidade de adquirir experiências de âmbito técnico-científico, também é proporcionado um preparo para lidar com situações adversas, é estimulada a habilidade de comunicação e a capacidade de trabalhar em equipe, e é reforçada a atuação do enfermeiro enquanto líder, enquanto figura multifacetada, que educa, orienta e equilibra. A importância desta vivência consiste no fato de ser a última experiência em campo enquanto acadêmico e de que, enquanto profissionais, as experiências citadas acima serão de

extrema valia, já que o enfermeiro está à frente da equipe de enfermagem, independente do serviço em que esteja inserido. Tendo em vista o crescente número de cursos ofertados pelo país, faz-se necessário que a qualidade do ensino seja ampliada da mesma forma.

Assim, as discussões sobre a qualidade do processo de formação são necessárias no âmbito da educação em enfermagem através da reflexão de seus formadores. É impossível esquecer as lições aprendidas diariamente. Cada gesto, abraço, história, conversa e fotos tornaram a nossa vivência como internos da pediatria inesquecível. Não deixando de lado também a maravilhosa e rica carga de aprendizagem com os profissionais do setor, que nos acolheram e que, com certeza, vamos levar para a vida.

Ao fim do internato, sabemos que nos tornamos profissionais melhores, mas antes disso nos tornamos seres humanos mais sensíveis à dor alheia e hoje enxergamos com outros olhos o cuidado ao outro, principalmente a seres tão frágeis e que, muitas vezes, se veem vulneráveis, passivos, impotentes, que só precisam de um olhar atento, de um gesto de empatia, de uma palavra que os ajude a compreender o que estão vivendo. Saímos do serviço, mas levamos não só marcas e aprendizados para a prática profissional. Por onde formos, carregamos um pouco da vivência na pediatria.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **V Conferência Nacional de Saúde**. Programa Nacional de Saúde Materno- Infantil. Brasília, DF, 1975.

BRASIL. **Constituição Federal**. Seção II–Da Saúde. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8069/90. Brasília, DF, em 12 de outubro de 1990.

BRASIL. **V Conferência Nacional de Saúde**. Programa Nacional de Saúde materno- infantil. Brasília (DF), 1975.

CHAGAS, M. C. S. **Criança hospitalizada**: cuidado compartilhado entre família e equipe de Enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande/FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

COELHO, T. M. L. SHIMO, A. K. K. O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros. **Esc. Anna Nery** [on-line]. v.11, n. 2, p. 343- 350, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715306025>. Acesso em: 1 set. 2017.

GUARESCHI, A. P. D. F.; MARTINS L. M. M. Relacionamento multi-profissional x criança x acompanhante: desafio para a equipe. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 423-436, dez. 1997. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/index>. Acesso em: 23 abr. 2018.

ISSI, H. B. O mundo vivido da enfermagem pediátrica: trajetória de cuidado. 2015. 390 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

JANSEN, M. F.; SANTOS, R. M.; FAVERO, L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de Enfermagem prestado à criança hospitalizada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 247- 253, jun. 2010.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Alma-Ata (1978). Genebra, 1978.

PEREIRA, J.S. **História da pediatria no Brasil do final do século XIX a meados do século XX**. 2006. 206 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2006.

SILVA J. L. *et al.* A organização do trabalho de enfermagem diante da inserção dos cuidados familiares com a criança hospitalizada. **Rev Rene**. v.16, n. 2, p. 226-32. mar./abr. 2015.

.....

AS DUAS FACES DE UMA CRIANÇA COM SÍNDROME NEFRÓTICA: VIVÊNCIA HOSPITALAR

.....

MARLENE LAÍS RODRIGUES JÁCOME¹

TALITA MEDEIROS ANDRADE¹

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

CÍCERA RENATA DINIZ VIEIRA SILVA

*Pra cuidar de um ser humano
É preciso entender Que mais que reabilitar
É preciso promover Saúde, cidadania
Empatia e bem-querer.*

ANNE KAROLYNNE S. NEGREIROS
Enfermeira e cordelista

INTRODUZINDO A TEMÁTICA

A síndrome nefrótica (SN) é uma doença que acomete principalmente crianças em uma fase de vida ativa, alterando sua forma de viver e ainda lhe impondo uma possibilidade de abreviar ou limitar algumas atividades que seriam desenvolvidas caso ela não fosse portadora da doença (RIBEIRO; ROCHA, 2007). É uma doença que tem como perfil proteinúria associada à hipoalbumina e um edema generalizado ou localizado, a depender do caso. Ainda apresenta um aumento grave e extenso da permeabilidade

glomerular das proteínas. Acomete mais crianças do sexo masculino, com idade entre 1,5 e 4 anos. A patologia de danos mínimos é o mais habitual (BERGSTEIN, 2002). Tem como característica ser uma doença crônica, que acomete o paciente com inúmeras internações, estendidas durante a fase de infância/adolescência, como também muitas visitas ambulatoriais. É de início inesperado e acomete o paciente de grande retenção de líquido, mais predominante nos MMII, e após a noite, fica mais evidente do lado em que se encontrava dormindo. Edema ocular também é uma característica própria da doença, o qual interfere até na abertura dos olhos e confunde muito o diagnóstico por ser confundido com alergias (GARCIA, 2014).

Quanto às complicações da doença, na fase inicial, podem ocorrer infecções, trombose venosa ou arterial e insuficiência renal aguda, além de hiperlipidemia, desnutrição, insuficiência renal crônica—pela má evolução da glomerulonefrite, alteração de várias funções endócrinas e distúrbios hidroeletrólíticos, entre outras (BRASIL, 2013). É uma doença que tem um parecer propício dependendo de como seja realizado o tratamento e se ele vai durar ou não, já que, muitas vezes, mães e pais ignoram a necessidade de uma continuidade. A utilização de diuréticos, nesses casos, é uma prática comum que vem sendo analisada, pois estudos relatam que esses medicamentos causam falhas nos glomérulos, o que pode causar demora no tratamento eficaz em muitos casos da doença. A ocorrência de doenças com lesões mínimas que conseguem ser tratadas com corticóides são as que melhor respondem à intervenção medicamentosa (BERGSTEIN, 2002).

É comum que, mesmo após a realização do tratamento, ocorram recidivas. A biópsia renal é realizada para ver como pode ser conduzido melhor o tratamento e o cuidado. A melhora ocorre quando zeram os níveis de proteinúria e existe a presença de diurese na presença de edema (BERGSTEIN, 2002).

As doenças crônicas e os métodos de assistência a famílias com crianças portadoras da doença têm sido assuntos de pesquisa, principalmente, no campo da enfermagem. Outro tema comumente abordado procura compreender como crianças e adolescentes com doença crônica têm seu cotidiano modificado pelas recorrentes hospitalizações, pelas limitações impostas pela doença e pelo tratamento, ocasionando mudanças, especialmente no processo de escolarização (VIEIRA; LIMA, 2002).

LOCAL DA VIVÊNCIA

Este estudo utiliza o método descritivo, narrativo, do tipo relato de experiência, acerca da vivência de acadêmicas do 10º período de Enfermagem, cursando a disciplina de Estágio Supervisionado II do curso de Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). A experiência relatada ocorreu na Ala Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no período de novembro a dezembro de 2017, com o equivalente a 22 turnos para duas alunas.

A Pediatria do HUAC é composta por um posto de enfermagem; seis enfermarias, sendo quatro com seis leitos cada; uma enfermaria para recém-nascidos, com quatro berços aquecidos; e o isolamento com três leitos. Durante o estágio, os leitos foram distribuídos proporcionalmente entre a quantidade de alunos estagiários, de acordo com a quantidade de pacientes do dia. Nesse contexto, tivemos a oportunidade de prestar a assistência, realizar todos os cuidados necessários de acordo com a patologia do paciente, assim como executar outras atribuições do enfermeiro.

RELATANDO A VIVÊNCIA

Durante toda a experiência referente à disciplina Estágio Supervisionado II, realizada na Ala Pediátrica do HUAC, tivemos a oportunidade de desfrutar de experiências de cuidado com crianças portadoras de síndrome nefrótica, entre tantas outras patologias, observando assim suas características, seu tratamento e ainda suas consequências ao organismo.

Enquanto concluintes do curso de Enfermagem, o estágio foi bastante enriquecedor, pois nos permitiu ter autonomia no cuidado, relacionando todo o nosso estudo teórico com a prática vivenciada no hospital. Prestar assistência aos pacientes com síndrome nefrótica foi uma das nossas experiências. Além de nos proporcionar a observação das manifestações clínicas típicas da doença, como fadiga, abdômen distendido, inchaço de membros ou corpo generalizado e também nos olhos, evidenciamos também a presença de proteinúria como manifestação laboratorial.

Paciente do sexo masculino, três anos, apresentou as características típicas da SN, chamando atenção para o inchaço corporal generalizado (anasarca), como também a mudança de humor. Prestamos assistência ao infante em duas situações. O primeiro momento caracterizou-se por longos dias de internação, nos quais as manifestações clínicas da doença estavam presentes, além do isolamento ressentido, por parte do cliente, com o cuidado dos profissionais e a resistência ao tratamento. O segundo momento tornou-se surpreendente, pois nos deparamos com uma criança aparentemente diferente, sem inchaços ou qualquer outro sinal da doença, com apetite e extremamente extrovertido.

Nós, enquanto alunas e futuras cuidadoras de pacientes como esses e com outros tipos de enfermidades, abrimos nossos olhos e nos sentimos sensibilizados a esses tipos de situações. Passamos a entender e ver não apenas a doença em si, mas a situação em que o

paciente está inserido, como o contexto familiar, fazendo com que consigamos ter um conhecimento e uma sensibilidade que vai muito além do assunto visto em sala de aula.

Concluindo a vivência

A prática do enfermeiro envolve uma questão essencial que o diferencia de qualquer outro profissional, apesar do acúmulo de atribuições. Este fato oportuniza a formação do vínculo com o usuário internado em uma unidade de saúde. À medida que esse vínculo é formado, este desenvolve tecnologias diferenciadas na busca de respostas aos problemas de saúde vivenciados.

Experiências como esta nos fazem ver a importância do papel do enfermeiro no cuidado diário de crianças com esse tipo de patologia. Irritadas, com dor, sem poder andar direito ou apenas urinar, precisam de um olhar e um cuidado individualizado. Nesses casos, faz-se necessária uma empatia maior por parte da equipe e um conhecimento específico sobre os sintomas que podem ser apresentados pela criança.

A equipe que pode chegar a cuidar de crianças com essa patologia deve realizar o cuidado utilizando protocolos que tenham como meta a identificação e a uniformização de condutas que possam minimizar o agravo. Para tanto, se faz necessário que os profissionais possuam conhecimento técnico sobre o tema, a fim de oferecer um melhor atendimento, pois o sucesso, tanto na detecção do problema quanto no tratamento, depende das habilidades e conhecimentos desse profissional.

Podemos então concluir que, enquanto acadêmicos de Enfermagem, o estágio nos proporcionou experiências enriquecedoras com relação à assistência individualizada ao paciente portador de SN, visando a um olhar diferenciado para as intervenções necessárias de acordo com suas manifestações clínicas específicas, sabendo que devemos oferecer uma assistência humanizada, integral e igualitária.

REFERÊNCIAS

BERGSTEIN, J. M. Síndrome nefrótica. *In*: BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON, B. **Tratado de Pediatria**. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1568-72.

BRASIL. **Portaria nº 1.320, de 25 de novembro de 2013**. Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica da Síndrome Nefrótica Primária em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

GARCIA, R. L. Perfil dos pacientes pediátricos portadores de síndrome nefrótica do HSPM-SP. 43f. TCC (Residência Médica)–Residência Médica do Hospital do Servidor Público Municipal, 2014.

RIBEIRO, R. L.; ROCHA, S. M. Enfermagem e famílias de crianças com síndrome nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 16, ano1, p. 112-9, jan./mar. 2007.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latinoam. Enferm.**, n. 10, ano 4, p. 552-60, jul./ago. 2002.

TECENDO HISTÓRIAS E CANÇÕES NA ALA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: REMINISCÊNCIAS DAS NOSSAS DOBRADURAS

MIRELLY DA SILVA BARROS

JAMIRA MARTINS DOS SANTOS

NATHÁLIA MARIA SILVA FERNANDES

RENATA THAIS OLIVEIRA GUIMARÃES

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

O cuidado saiu para passear de manhã

Teceu conversas e histórias

Cuidou de tudo, guardou na memória

Gritou ao mundo:

Como é bom compartilhar

O que podemos viver e raciocinar

Aquilo que só um coração humano pode tocar.

MIRELLY BARROS

REMINISCÊNCIAS INICIAIS

Os nossos sentidos evocam as nossas memórias. Assim, todo perfume recorda ao nosso coração e à mente uma cena, a pessoa amada, a dor que foi compartilhada, gerando sempre uma história que pode ser contada. Às vezes, a memória vem até perfumada, pois a memória é um sinal de que algo foi aprendido e,

sendo guardada, torna-se integrante da pessoa que a carrega. Afinal, George Sand já nos dizia há tempos: “A memória é o perfume da alma”. Experiência na hospitalização durante a infância gera, nas crianças, sentimentos de medos, ansiedades e frustrações. Assim, inseridas nesse ambiente, outrora desconhecido, tornam-se pouco colaborativas com os profissionais, dificultando a realização das intervenções e cuidados (SAVIETO; LEÃO, 2016). Dessa forma, acabam armazenando memórias pouco perfumadas.

Nossa preocupação com as memórias que estão sendo guardadas pelos infantes durante e após o processo de hospitalização é a razão de querermos compartilhar a nossa reminiscência acadêmica e disseminar, nestas linhas, a importância das ações lúdicas, evidenciando seu papel fundamental na ressignificação das memórias dos pequenos utentes. Nesse sentido, somos convidados por Manoel de Barros a “desinventar objetos”. O pente, por exemplo. Dar ao pente funções de não pentear. Até que ele fique à disposição para ser uma begônia. Ou uma gravanha. Usar algumas palavras que ainda não tenham idioma”. Assim, desinventando nossos cuidados, às vezes tão mecanizados, vamos colorir histórias, colocar trilhas sonoras na vida, descrever sorrisos nas evoluções e perfuma memórias. Portanto, nosso estudo tem por objetivo tecer as reminiscências das histórias e canções vivenciadas na ala pediátrica de um hospital universitário.

ORIGEM DAS NOSSAS REMINISCÊNCIAS

Nossa história é composta por momentos vivenciados na Ala Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) durante a disciplina de Estágio Supervisionado II, na graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), durante o período de 11 de outubro a 17 de novembro de 2017.

Estar imersos no contexto que envolve a hospitalização infantil nos fez perceber que o processo assistencial, embora esteja se adequando às necessidades desse público, precisa ainda esmerar suas práticas e ações, revestindo-as de maior sensibilidade. Dessa forma, na perspectiva de colorir os dias nublados das internações, decidimos distribuir, de forma esporádica, dobraduras de papel em forma de barco para os pequenos marinheiros internados na pediatria. Depois da entrega de cada barquinho de papel, percebemos que as crianças atribuíam um significado, uma história, uma canção e/ou um sorriso a ele, e é sobre essas memórias que vamos contar.

NOSSAS REMINISCÊNCIAS

No mar da vida, cada um segue com seu barquinho, navegando e construindo histórias, vivendo as suas dores, os seus amores, brincando, sorrindo ou chorando nesse mar que tem calma e tempestade... E esta, por sua vez, atinge até quem tem pouca idade, mudando o sentido do vento, transformando o destino, trazendo o frio e o relento. Mas os valentes e pequenos marinheiros insistem em colorir essa tempestade. Sem medo, direcionam a vela mestra, pintam de sorrisos e canções as suas próprias histórias, ensinando que, de modo singular, cada um interpreta e transcende as tempestades, encontrando nelas o sentido e o significado do seu viver.

DESCOBRINDO OS SENTIDOS E SIGNIFICADOS DE UM BARQUINHO DE PAPEL: A HISTÓRIA DAS NOSSAS DOBRADURA

Desenvolver atividades de estágio na unidade pediátrica de um hospital universitário nos proporcionou esmerar percepções e afetos. Parafraseando Machado de Assis, diríamos que o tempo vivido

calejou a nossa sensibilidade. E assim, com os sentidos aflorados, conseguimos notar que as dobraduras em forma de barco, que por vezes eram distribuídas no início/término de um exame físico e procedimentos diversos e, até mesmo, nos encontros casuais ocorridos nos corredores da(s) enfermaria(s), foram essenciais para o cuidado de enfermagem, de modo que nos direcionou para a subjetividade e nos permitiu descobrir um pouquinho de cada história e as diversas formas de ver e se perceber no mundo da hospitalização infantil.

Dessa forma, sabendo que os muitos encontros e as incontáveis histórias geram não somente um único livro, não pelo tamanho, mas pelo significado de cada uma, contaremos nestas linhas apenas o que vem nesse momento: as nossas reminiscências.

Nos encontros, cada criança escolhia a cor do papel que seria utilizado na construção do barco. Alguns se atrevem a nos ajudar nas dobraduras. Ao tê-lo em mãos, um infante cantou, a pedido de sua mãe, a seguinte canção que, no Brasil, se tornou conhecida ao ser interpretada pela cantora Eliana:

Um, dois, três indiozinhos; quatro, cinco, seis indiozinhos; sete, oito, nove indiozinhos; dez, num pequeno bote vinham navegando pelo rio abaixo, quando um jacaré se aproximou, e o pequeno bote dos indiozinhos quase, quase virou [...]

O cantar fez nascer um sorriso e o entoar da canção o fez lembrar-se de momentos vivenciados outrora na sua infância. Esse breve instante tornou-se o remédio para curar o esquecimento de si, enquanto criança, de que, mesmo vivenciando os dias cinzentos da hospitalização, é possível sentir certo alento no saborear de cada momento. O barquinho e a fala de incentivo da genitora foram, portanto, essenciais para despertar na criança sentimentos de alegria. Tal fato acabou revelando para nós o valor e a necessidade de

perceber delicadamente outro em nossas ações cotidianas e, dessa forma, produzir um cuidado conjunto, que integra a tríade profissional-paciente-família.

Ao construir outro barquinho e entregá-lo às pequeninas mãos de outro infante, fomos, mais uma vez, surpreendidos por outra canção, composta por Moisés Cleyton, intitulada “Meu barquinho”. A criança assim cantou:

[...] Não temo mais o mar, pois firme está minha fé/ No meu barquinho está, Jesus de Nazaré /Se o medo me cercar, ou se o vento soprar /Seu nome eu clamarei, Ele me guardará/ Não temo mais o mar, pois firme está minha fé/ No meu barquinho está, Jesus de Nazaré /Se o medo me cercar, ou se o vento soprar /Seu nome eu clamarei, Ele me socorrerá [...].

Inserido num contexto de dor e sendo submetido diariamente a inúmeros procedimentos técnicos, o infante conseguiu transcender os sofrimentos, alcançando alento na sua espiritualidade, de modo que se fortalece enquanto pessoa, atribuindo o sentido do seu viver a uma presença celestial, arrefecendo, desta forma, os sentimentos de solidão e medo.

O barquinho de papel, dessa maneira, tornou-se instrumento disparador de memória, resgatando do interior infantil a força e a esperança, uma boa lembrança. Sentimentos estes que devem nascer diariamente no coração de toda criança.

Ainda inseridos no contexto da espiritualidade, ao entregarmos o terceiro barquinho, outro infante tratou de nos contar uma história, por iniciativa própria. Descreveu o que lhe vinha à memória, dizendo: “Existiam três marinheiros que jogavam suas redes no rio, mas não achavam peixes, acharam o corpinho de uma santa e depois

a cabeça dela. Essa é a história de Nossa Senhora!”. O pequeno utente, em sua perspicaz sabedoria, narrou com singeleza a história de Nossa Senhora Aparecida.

E passados alguns dias, observando-o, notamos que diariamente ele convencia a sua genitora a levá-lo até o final do corredor da ala, local onde discretamente estava exposta uma imagem da santa supracitada. Nesse sentido, fomos sensibilizados diante de tal cena, pois percebemos que os encontros diários com os diversos profissionais eram, tão somente, complementares diante do encontro permeado de fé e devoção.

Desse modo, perceber o outro e proporcionar-lhe cuidados não centralizados no biológico possibilita a cada criança o protagonismo de sua própria história e canção, tornando o ambiente hospitalar menos hostil, assim se reorganiza o processo comunicacional, estabelece-se a relação empática e, por fim, obtém-se o equilíbrio do ambiente e dos indivíduos, favorecendo o exercício da autonomia e a execução do cuidado. Portanto, um cuidado sensível e acolhedor permite ao enfermeiro descobrir os sentidos e significados dos diversos barquinhos carregados por cada criança, enxergando no outro a maior semelhança e, com ela, a necessidade de um cuidado humano, passando a perceber a importância de perfumar memórias.

MEMÓRIAS QUE AINDA SERÃO ESCRITAS:

APRENDENDO A SONHAR CUIDADOS

O processo de adoecimento e hospitalização pode gerar impactos negativos na vida de qualquer pessoa. Tal fato ganha maiores proporções quando se trata de um acontecimento na infância, pois, além de implicar mudanças na rotina de toda a família, pode

desencadear alterações no desenvolvimento infantil e consequências que irão perdurar por toda a existência (GOMES; FERNANDES; NÓBREGA, 2016).

No caso das crianças, o cuidado não pode limitar-se à enfermidade física. O uso do lúdico como estratégia de tratamento na pediatria funciona como ferramenta que atenua o estresse, a ansiedade e o sofrimento físico, decorrentes da doença e da rotina hospitalar desgastante, tornando-se fundamental para melhorar a qualidade de vida. Ele contribui, ainda, para a ressignificação do cuidado e do entendimento do conceito ampliado em saúde. Marques *et al.* (2016) evidenciam que o tratamento das doenças se dará, por vezes, apenas através da medicalização e de procedimentos técnicos, sendo os aspectos emocionais da criança deixados de lado. O lúdico, por sua vez, dentro do ambiente hospitalar, surge como uma estratégia de humanização e promoção da saúde, com o objetivo de diminuir as sequelas do processo de internação e atuar no cuidado emocional.

Ademais, o cuidado deve abranger ainda o acompanhante da criança. De acordo com Melo *et al.* (2014), é também dos acompanhantes que as crianças buscam o suporte para o alívio de sentimentos negativos provenientes da enfermidade e, conseqüentemente, da internação hospitalar. Muitas vezes, os familiares presentes nas enfermarias pediátricas são submetidos a situações conflituosas diante da relação com a equipe de saúde, de modo que a ausência de diálogo pode culminar em sentimentos de frustração. Deve-se, então, desenvolver um plano de cuidados que integre a família e a equipe, estimulando as habilidades de diálogo e acolhimento (RIBEIRO *et al.*, 2016; PINTO *et al.*, 2009; BEDELLS; BEVAN, 2016).

Assim, a adoção dessas práticas no contexto assistencial nos faz sonhar com memórias que ainda serão escritas, desde que tenhamos o desejo de “desinventar” cuidados.

RETICÊNCIAS NAS NOSSAS REMINISCÊNCIAS

Construir cuidados de enfermagem é como escrever todo dia numa folha em branco e possuir a certeza de que, em cada encontro, é necessário usar novas cores, pois cada paciente tem a sua cor preferida e necessita de um cuidado individual. É, sobretudo, saber que essas cores não são apenas as dos lápis ou das folhas, mas, sim, as cores da empatia, da alteridade, da interpessoalidade, da sensibilidade do olhar, da intuição criativa. É ter a certeza de que o cuidado não é estático, mas que está sempre em movimento, e de que quando termina ainda tem reticências.

Esperamos que as canções e histórias que brotaram das nossas dobraduras empíricas, enfim, das nossas reminiscências, encontrem também em vocês as reticências e que, nos breves instantes que duram os nossos cuidados, nasça uma dobradura, um poema, uma canção, uma história, um toque sensível, um olhar amigo ou um bom ouvinte. Afinal, tudo isso está ao alcance da nossa mão e também faz parte da missão.

Assim, parafraseando Manoel de Barros em uma de suas entrevistas, aprendemos que, no caminho, as crianças nos enriqueceram mais do que Sócrates. Pois nossa imaginação não tem estradas. E não gostamos mesmo de estradas. Gostamos de desvios e de desviar. Que possamos desviar os nossos cuidados... E que esses desvios sempre encontrem mais o outro integralmente.

REFERÊNCIAS

BEDELLS, E.; BEVAN, A. Roles of nurses and parents caring for hospitalised children. **Nurs Child Young People**, v. 28, n. 2, p. 24-8, 2016. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ncyp.28.2.24.s22>. Acesso em: 07 jan. 2018.

GOMES, G. L. L.; FERNANDES, M. G. M.; NÓBREGA, M. M. L. Ansiedade dahospitalização em crianças: análise conceitual. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 5, p. 940-5, 2016, Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267047824018/>. Acesso em: 8 jan. 2018.

MARQUES, E. P. *et al.* Lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com câncer: perspectivas da equipe de enfermagem. **Rev Esc Anna Nery**, v. 20, n. 3, p.1-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160073.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2018.

MELO, E. M. O. P. *et al.* Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Rev Latinoam Enferm**, v. 22, n. 3, p. 432-9, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/86596/89502>. Acesso em: 07 jan. 2018.

PINTO, M. C. M. CAMATA, D. G. OLIVEIRA, A. C.; DALGE, D. P.; PAES, A. T. Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. **Rev Einstein** [Internet]., v. 7, n. 1, p. 18-23, 2009. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1037-einsteinv7n1p18_23.pdf. Acesso em: 07 jan. 2018.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; SILVA, P. A.; THOFEHRN, M. A.; OLIVEIRA, A. M. N.; TAROUCO, A. C. M. B. Refletindo acerca da construção do cuidado em pediatria. **Rev Enferm UFPE**, v 10, n. 12, p. 4672-9, 2016. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/9079/pdf_1904. Acesso em: 07 jan. 2018.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p.

.....

REFLEXÕES SOBRE A RESSIGNIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

.....

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS
CAMILA CASTRO NÓBREGA AGRA
MARIANA VÉRAS DE SIQUEIRA

*“O cuidado é bastante doloroso
E incomoda demais constantemente
Trabalhar nessa área é complicado
Porque tudo que surge, é de repente
E essa arte de amar a profissão
Toca a alma do outro e a da gente”*
MARIANA VÉRAS

IMPACTO DO DIAGNÓSTICO

A oncologia pediátrica é uma especialidade que envolve o paciente, a família e a equipe de saúde numa vivência dura e agressiva, pois a grande maioria das neoplasias, nessa faixa etária, se desenvolve rapidamente e possui um curto período de latência (INCA, 2015). Partindo desse pressuposto, percebe-se a necessidade de uma atenção profissional que trabalhe o enfrentamento da doença, reduzindo o sofrimento frente ao impacto do diagnóstico, objetivando, assim, uma melhor adesão ao tratamento.

Sabe-se que um diagnóstico de câncer altera totalmente a rotina familiar, gerando sentimentos como ansiedade, estresse e medo. Isso pode interferir diretamente no processo de aceitação, na maneira de lidar com a doença e no tratamento. Assim, é essencial um suporte psicológico para o paciente e para o familiar (OLIVEIRA; MARANHÃO; BARROSO, 2014).

Corroborando o exposto acima, Farinhas *et al.* (2013) comentam que o estresse é presente e constante no setor da oncologia, oriundo das tantas internações, dos procedimentos invasivos e da rotina acelerada com múltiplas demandas de cuidado. Dessa forma, um familiar pode colaborar ou acentuar um processo depressivo no paciente. Partindo desse pressuposto, vê-se a necessidade do período de adaptação, visto que não é fácil enfrentar toda a dinâmica de um tratamento oncológico. Porém, é possível perceber que o cuidado com a saúde física e emocional influencia diretamente o bem-estar, a assistência e a qualidade de vida do paciente, do familiar e do profissional.

O cuidado de enfermagem prestado ao paciente oncológico exige uma maior capacitação e preparação do profissional para lidar com esse tipo de diagnóstico, além de um trabalho em equipe que envolve também o familiar. Dessa forma, o paciente pode ser enxergado de uma maneira holística, considerando seus aspectos biopsicossociais e espirituais, a empatia, a ética profissional, a disponibilidade e a sensibilidade para ouvir e perceber as necessidades do paciente na implementação de terapêuticas específicas (FRANÇA *et al.*, 2014).

DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE

A enfermagem, como arte e ciência do cuidado, assume um papel essencial na equipe de saúde. Desse modo, é possível perceber a importância da preparação desse profissional para atuar em diversos cenários de maneira eficiente e transformadora. Com base nisso, te-

mos o estágio supervisionado como um espaço que permite adentrar a rotina profissional numa vivência que vai além da relação professor-aluno e se transforma num momento essencial para a formação acadêmica, promovendo maior autonomia a partir do contato direto com a realidade de saúde. Assim, o presente relato, oriundo da experiência do estágio supervisionado no setor da oncologia pediátrica, apresenta-se como ferramenta de caráter reflexivo acerca de uma realidade que se tornou comum aos olhos de muitos profissionais.

A oncologia carrega um estigma complexo diretamente ligado ao medo iminente da morte e ao sofrimento. Durante o período de estágio, foi possível identificar empiricamente o sofrimento psíquico das crianças e a forma como isso afeta a sua relação com a família e a equipe de saúde. É sabido que o ambiente hospitalar, principalmente para o público em questão, é um local sinônimo de tristeza, conflito interior, desgaste psicológico e perda de vínculos sociais. Na maioria das internações, é possível perceber no semblante de cada paciente certa preocupação com o futuro e com o resultado dos procedimentos.

É bastante complexo entender e saber lidar com a fragilidade psicológica, mas é imprescindível construir uma visão diferenciada sobre as próprias atitudes. Nessa perspectiva, Oliveira, Maranhão e Barroso (2014) relatam que a comunicação se torna uma ferramenta essencial no processo de humanização. Assim, a construção de vínculos, a empatia, o respeito e a confiança se tornam formas de cuidado que vencem qualquer competência técnica e facilitam a dinâmica do tratamento.

PALAVRAS FINAIS

Em síntese, prestar assistência a um paciente em tratamento oncológico ou em fase terminal não é uma tarefa simples. Trata-se

de conhecimentos que vão além daqueles teóricos encontrados em livros. Entre eles, estão a empatia e o respeito às individualidades e às subjetividades. No entanto, foi possível através do estágio supervisionado a construção de uma postura profissional, além das habilidades técnicas. Foi possível absorver dessa vivência as experiências positivas que aprimoraram nosso olhar humanístico frente ao cuidado em saúde aos pacientes oncológicos.

Faz-se necessário enxergar a dor do outro com mais sensibilidade e estar disposto a tratá-lo para além do seu diagnóstico, a partir de gestos, sorrisos, brincadeiras, toque, abraços, companhia, conversas e muita escuta ativa. Elaborar um cuidado que possibilite a ressignificação do sofrimento que a doença traz é uma das principais tarefas do cuidado de enfermagem.

Observou-se, durante os estágios, que os acompanhantes muitas vezes são esquecidos na dinâmica do tratamento e, sem muitas informações, criam certa resistência principalmente no que diz respeito aos procedimentos invasivos realizados pelos estudantes da graduação. Nesse ínterim, quebrar a tríade família- paciente-profissional não se mostra vantajoso, pois o cuidado deve fortalecer este elo e favorecer a adesão ao tratamento de maneira mais adequada e leve.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo

de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013.

FRANÇA, J. R. F. S. *et al.* Vivência de enfermeiros no cuidado à criança em fase terminal: estudo à luz da teoria humanística de enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, 2014.

OLIVEIRA, T. C. B. de; MARANHÃO, T. L. G.; BARROSO, M. L. Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos da Oncologia Pediátrica: uma revisão sistemática. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 11, n. 35, 2017.

.....

EIXO
VIVÊNCIAS DA ENFERMAGEM NO CUIDADO
AOS PACIENTES CIRÚRGICOS

.....

.....

PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA

.....

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

ALEX PEREIRA DE ALMEIDA

LENISE FERNANDA DE SOUZA E SILVA

EMMANUELLA SWYANNE DE SOUZA ANGELO

JULIANA BARBOSA MEDEIROS

*É na premeditação do destino, que a arte do cuidar me abateu,
Levei meus caminhos confusos para uma direção racional,
Que a lamparina me guie,
Que a mão não trema,
Que a vida flua,
Pois me encontrei na imensidão do cuidado,
e me perdi de amor no caminho.*

FABIANO GOMES (FABS)

INTRODUZINDO A TEMÁTICA

O envelhecimento da população constitui uma transformação demográfica marcante neste século. Naturalmente, o processo de envelhecimento causa declínio e alterações nas funções e sistemas do corpo humano, aumentando a ocorrência de

doenças crônicas não transmissíveis e, conseqüentemente, a ampliação da demanda por atendimentos nos serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2015).

Uma condição clínica que apresenta íntima relação com o envelhecimento masculino é a hiperplasia prostática benigna (HPB). Considerada a neoplasia benigna mais comum no homem acima dos 60 anos, caracteriza-se por crescimento benigno da próstata, provocando aparecimento de sintomas urinários que geram impacto negativo na qualidade de vida da população acometida (AVERBECK *et al.*, 2010; LIMA; LORENZETTI, 2010). Os sintomas mais comuns da HPB estão relacionados ao armazenamento urinário, com frequência de micção aumentada, mais de oito ao dia, e com intervalo menor que três horas, além do aumento do número de micções à noite (LIMA; LORENZETTI, 2010).

O tratamento da HPB objetiva principalmente aliviar as manifestações clínicas e corrigir as complicações relacionadas ao crescimento prostático (LIMA; LORENZETTI, 2010). Nos casos mais severos, com repercussão significativa da HPB em relação à função renal, funcionamento vesical ou anatomia do trato urinário, a intervenção cirúrgica é a terapêutica mais indicada (CLARO, 2012). A prostatectomia é a cirurgia indicada para o tratamento de doenças na próstata. Pode ser total, mais comumente utilizada em pacientes com câncer de próstata; ou parcial, quando se faz apenas a ressecção de partes do órgão. Na prostatectomia aberta por via suprapúbica, é realizada uma incisão no abdome e feita a retirada somente da parte central da próstata, a qual justamente comprime a uretra. Apesar dos riscos pelo procedimento invasivo, a intervenção cirúrgica é a que apresenta melhores resultados em longo prazo nos parâmetros clínicos e no fluxo urinário, além de menor taxa de reintervenção (AVERBECK *et al.*, 2010; LIMA; LORENZETTI, 2010).

No cuidado ao paciente prostatectomizado, torna-se fundamental o planejamento das ações de enfermagem no sentido de

assegurar ao paciente e sua família um cuidado amplo, considerando todas as dimensões holísticas que envolvem o indivíduo. Nesse contexto, destaca-se o processo de enfermagem (PE) como uma importante ferramenta utilizada na organização e implementação do cuidado ao paciente, competindo ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação de todo o processo (SALDANHA *et al.*, 2014).

Destaca-se que, para a estruturação e a evolução do cuidado de enfermagem, tem-se tornado fundamental o uso de sistemas de classificação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (NANDA INTERNACIONAL, 2009). Essa ação visa promover o desenvolvimento científico da profissão, favorecendo o reconhecimento profissional decorrente do registro e da qualidade do atendimento na prática.

Tendo em vista o exposto, este estudo trata-se de um relato de experiência que teve como objetivo relatar a experiência vivenciada através da implementação das etapas do processo de enfermagem para o cliente no período pós-operatório de prostatectomia. O local de desenvolvimento foi o setor de Clínica Cirúrgica de um hospital universitário localizado no município do interior da Paraíba. O participante do processo foi um cliente admitido no referido serviço com diagnóstico de hiperplasia prostática, internado em agosto de 2016.

Para alcançar os objetivos propostos, foram utilizadas as seguintes ferramentas: técnicas de entrevista (anamnese), observação, exame físico e registro de informações para obtenção dos dados com o cliente, que se encontrava consciente e orientado, em condições satisfatórias para responder a perguntas e realizar comandos.

IMPLEMENTANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Para este estudo, as fases do processo de enfermagem foram utilizadas nas seguintes etapas: histórico de enfermagem, diagnósti-

cos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação da assistência e avaliação da assistência prestada. Ao exame físico, o cliente apresentou bom estado geral, consciente, orientado, normocorado, acianótico, anictérico, cooperativo, deambulando, higiene preservada, sono e repouso prejudicado devido à incontinência urinária. Apresentou pico hipertensivo, referindo ansiedade e, ao respirar em ar ambiente, murmúrios vesiculares estavam presentes, sem ruídos adventícios, e expansibilidade torácica bilateral. Ainda indicou bulhas cardíacas normofonéticas e ritmo cardíaco regular, em dois tempos, sem sopro; e abdome globoso, indolor à palpação, bem como ruídos hidroaéreos hipoativos; além de eliminações vesicais prejudicadas e as intestinais preservadas. No exame de ultrassonografia abdominal, trazido pelo paciente, observou-se o diagnóstico de hiperplasia prostática benigna. O resultado do PSA livre descartou a hipótese de câncer de próstata.

O paciente foi questionado acerca das orientações realizadas previamente à cirurgia, tais como jejum, tricotomia da região genital e cessação do tabagismo. Após admissão, foi esclarecido quanto ao procedimento e foram sanadas as dúvidas do paciente, no sentido de reduzir a ansiedade e conseguir controle do pico hipertensivo. Posteriormente, o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico, retornando três horas após, consciente, orientado, ainda sob efeito da anestesia, com sonda vesical Foley suprapúbica e uretral, ambas com irrigação contínua de soro fisiológico a 0,9%. A ferida operatória em região infra umbilical estava com curativo oclusivo, sem sinais de sangramento.

A assistência de enfermagem sistematizada aplica-se sempre com base no processo de enfermagem. Os dados coletados junto ao paciente, desde o período pré-operatório e sucessivamente até o pós-operatório, concederam os indicativos essenciais para a formulação de diagnósticos de enfermagem que constituem a base para o planejamento e a implementação das ações. Os diagnósticos identificados

com base na taxonomia da NANDA-I foram: risco de infecção, integridade da pele prejudicada, risco de volume de líquidos deficiente, dor aguda, eliminação urinária prejudicada, mobilidade física prejudicada, padrão de sono prejudicado e ansiedade. Com a definição dos diagnósticos de enfermagem prioritários, aplicaram-se o planejamento das condutas, a avaliação dos resultados esperados para o paciente e o registro de todo processo com base na taxonomia NIC e NOC (VIANNA; NAPOLEÃO, 2009; BULECHEK *et al.*, 2013; MOORHEAD *et al.*, 2013).

Diante dos diagnósticos identificados, os resultados esperados foram: identificação de sinais e sintomas que indicam risco potencial, busca de validação de risco percebido de infecção, realização de ações imediatas para reduzir riscos, cicatrização de feridas por primeira intenção, monitoração dos fatores de riscos, compromisso com as estratégias de controle de riscos, uso dos recursos disponíveis, relato da dor controlado, esvaziamento completo da bexiga, ingestão de líquidos, mobilidade e locomoção preservadas, qualidade do sono, eficiência do sono, enfrentamento, autocontrole da ansiedade.

As intervenções que viabilizaram o alcance dos resultados esperados foram: monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção; examinar as condições de todas as incisões/feridas cirúrgicas; monitorar a vulnerabilidade a infecções; documentar o grau de degradação da pele; aplicar curativo oclusivo transparente, sempre que necessário; monitorar o estado de hidratação, conforme apropriado; oferecer líquidos, conforme apropriado; escolher e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado; considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio; oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor, mediante a analgesia prescrita; monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor, conforme apropriado; anotar o horário da última eliminação da urina, conforme apropriado; orientar o paciente a beber 250ml de líqui-

do às refeições; ajudar o paciente na deambulação inicial; além de, conforme necessidade, orientar o paciente/cuidador sobre técnicas seguras de transferência e deambulação; e monitorar/registrar o padrão de sono e o número de horas de sonos do paciente.

Além disso, outras intervenções aplicadas foram: regular os estímulos ambientais para manter os ciclos normais de dia-noite; iniciar/implementar medidas de conforto, como posicionamento, massagem e toque afetivo; usar abordagem calma e tranquilizadora; explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento; e administrar medicação para reduzir a ansiedade, conforme apropriado (BULECHEK *et al.*, 2013).

A implementação da assistência de enfermagem compreende a execução das intervenções de enfermagem voltadas para o alcance dos resultados esperados. A etapa de evolução compreendeu o acompanhamento da situação de saúde, objetivando identificar o atendimento aos diagnósticos de enfermagem e analisar os resultados da assistência em função das necessidades dos clientes e dos resultados preestabelecidos.

As intervenções realizadas pelo enfermeiro na assistência ao cliente com doenças prostáticas têm como objetivos monitorar o estado de saúde, diminuir os riscos, solucionar, prevenir ou controlar um problema, auxiliar a independência ou ajudar nas atividades da vida cotidiana e favorecer um desenvolvimento do bem-estar físico, psicológico e espiritual (MATA; NAPOLEÃO, 2009). A assistência é categorizada em condutas gerais e específicas, orientadas pelos diagnósticos de enfermagem. Entre as ações de enfermagem, incluem-se os cuidados com a nutrição e aceitação da dieta, com a hidratação e higiene do paciente, administração de medicamentos e controle da dor por meio de analgésicos, conforme prescrição médica (MATA; NAPOLEÃO, 2009).

Fornecer informações e promover comunicação com o paciente e/ou familiares também faz parte da assistência. Nesse intuito, o enfermeiro deve prover orientações, atentar para a comunicação não verbal do paciente, investigar o cuidado e o ambiente domiciliar, avaliar o autocuidado desse paciente, considerar as barreiras de comunicação e promover-lhe receptividade (MATA; NAPOLEÃO, 2009). Tais condutas são fundamentais, pois o paciente submetido a um procedimento cirúrgico pode vivenciar conflitos emocionais, tais como ansiedade, medo, desamparo, raiva e tristeza (SANTOS *et al.*, 2012).

Após cada etapa, deve-se seguir a avaliação e o registro para resguardar o profissional sobre suas condutas e para comunicar aos demais membros da equipe multidisciplinar o plano de cuidados e os resultados obtidos, além de promover a continuidade da assistência, visando sempre a uma atenção à saúde eficiente, resolutiva e de qualidade.

Diante do exposto, enfatiza-se que o processo de enfermagem possibilita uma melhor organização e individualização da assistência, pensando cada caso de forma crítica e deliberada. O cliente submetido à prostatectomia é um paciente de responsabilidade de cuidado direto do enfermeiro. Com isso, é fundamental que os profissionais enfermeiros conheçam as necessidades específicas que esses pacientes requerem durante a reabilitação.

O considerável número de diagnósticos de enfermagem e o crescimento dos estudos na área somam positivamente para o enriquecimento de conhecimento dos enfermeiros, proporcionando ações efetivas. Espera-se que o relato contribua para despertar o interesse e subsidiar a prática de enfermagem no momento pré-cirúrgico e pós-cirúrgicas de prostatectomia, bem como a realização de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

AVERBECK, M. A. *et al.* Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre. n. 54, ano 4, p. 471-477, out./dez. 2010.

BULECHEK, G. M. *et al.* **Nursing Intervention Classification (NIC)**. 6. ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2013.

CLARO, J. A. A experiência bem-sucedida do Centro de Referência da Saúde do Homem no tratamento da hiperplasia benigna da próstata. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**. v. 14, n. 1, p. 119-124, 2012.

LIMA, H.; LORENZETTI, F. Hiperplasia Prostática Benigna. *In*: JÚNIOR, A. N.; FILHO M. Z.; REIS, R. B. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. p. 195-204.

LIMA, W. G. *et al.* Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas. **Revista Rene**. v. 16, n. 1, p. 72-80, jan./fev. 2015.

MATA, L. R. F.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre cuidados de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado. **Ciência Cuidado e Saúde**. v. 8, n. 2, p. 574-579, abr./jun. 2009.

MOORHEAD, S. **Nursing outcomes classification. (NOC)**. España: Elsevier, 2013.

NANDA INTERNATIONAL. **Nursing diagnoses: definitions and classification 2009-2011**. Indianapolis: Wiley-Blackwell; 2009.

SALDANHA, E. A. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à prostatectomia: identificação da significância dos seus componentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 67, n. 3, p. 430-437, maio/jun. 2014.

SANTOS, D. R. F. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 14, n. 3, p. 690-701, jul./set. 2012.

VIANNA, M. C.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 8, n. 2, p. 269-273, abr./jun. 2009.

.....

VIVÊNCIA DE DISCENTES NA CLÍNICA CIRÚRGICA

.....

MYCHELLE OLIVEIRA PORTO

THAYNÁ LISBOA DA COSTA

EMMANUELLA SWYANNE DE SOUZA ANGELO

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

JULIANA BARBOSA MEDEIROS

“Caminhos percorridos

Um tempo dividido e cuidar e escutar

De todas as histórias, eu quero sempre lembrar

Porque a enfermagem me ensinou

Que o cuidado só pode ser feito, no mínimo, com um número par

E é sobre esse aprendizado que queremos contar”

MIRELLY BARROS

VISÃO SOBRE A ATENÇÃO HOSPITALAR

O serviço hospitalar é consideravelmente importante na organização da rede de saúde devido aos tipos de serviços ofertados e sua grande concentração de atendimentos de média e alta complexidade. As funções que esses serviços desempenham os classificam como as organizações mais complexas do setor saúde. Suas funções têm atravessado um período de rápidas mu-

danças que envolvem questões sociais, emprego, ensino e pesquisa, assistenciais e de apoio aos outros pontos de atenção (BRASIL, 2011).

A hospitalização é considerada um fator estressante para o cliente, que vê os profissionais de saúde como detentores do saber, passando, muitas vezes, a depender destes integralmente, comprometendo sua autonomia (PINHO; SANTOS, 2008; CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009). Acrescenta-se a este fato a imposição de uma nova rotina, que altera seus hábitos diários e desperta sentimentos como angústia, medo e tristeza, deixando-o vulnerável ao ambiente hospitalar (AZEVEDO; SANTOS; JUSTIN; MIRANDA, 2008).

Frente à complexidade do ambiente hospitalar e à diversidade e acúmulo crescente de tecnologias, como também ao fato de lidar com indivíduos e famílias que apresentam problemas de saúde, o enfermeiro não pode desvincular-se de competências gerenciais, como liderança, trabalho em equipe, negociação de conflitos, gerenciamento de pessoas e recursos, entre outras, assumindo diferentes facetas frente às tecnologias de cuidado (DIAS; PAIVA, 2011).

No âmbito hospitalar, o enfermeiro deve considerar aspectos, como a autonomia, a individualidade, as relações e as atitudes, que são considerados fundamentais para a atuação nos diferentes espaços da saúde. Pensar sobre a prática profissional do enfermeiro envolve, por um lado, conhecimentos associados a resultados sociais, econômicos e políticos; e, por outro, uma boa relação/interação enfermeiro-paciente e enfermeiro-profissionais de saúde (BACKES, 2008).

SINGULARIDADE DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A enfermagem perioperatória é a expressão utilizada para descrever uma variedade de funções da enfermagem associada à experiência cirúrgica, sendo dividida em três fases: pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória (ASCARI *et al.*, 2013).

O pré-operatório é aquele que antecede a cirurgia, definido como o intervalo de tempo que se estende desde a decisão em realizar a cirurgia até o momento em que o paciente chega ao centro cirúrgico (MARTINS *et al.*, 2017). Nesta fase, alguns aspectos são importantes, como entrevista (anamnese), exame físico e análise de prontuários, a partir dos quais as informações relevantes são identificadas para o planejamento do cuidado nas fases seguintes, sendo de grande importância para o preparo físico e emocional do paciente (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

Para Rocha e Ivo (2015), a falta de conhecimento do paciente sobre o procedimento, somado ao déficit de informações e à assistência inadequada no pré-operatório, pode ser convertida em medo e temor, prejudicando a sua recuperação pós-cirurgia.

Desse modo, a realização da visita pré-operatória como instrumento para a avaliação do cliente, de modo a auxiliar na construção do diagnóstico, planejamento e intervenções de enfermagem, é indispensável. Segundo Ascari *et al.* (2013), a visita pré-operatória é caracterizada como o início da sistematização da assistência de enfermagem, consistindo em acompanhar o paciente desde a sua internação até a alta pós-cirúrgica, devendo a enfermagem ficar atenta a todas as alterações que poderão surgir.

Após o procedimento cirúrgico realizado, inicia-se o período pós-operatório imediato (POI), o qual termina 24 horas após a cirurgia (MEIER *et al.*, 2017). O termo pós-operatório mediato compreende o intervalo de 24 a 48 horas após a cirurgia até a alta hospitalar. Nesse momento, o enfermeiro orienta o paciente para a sua recuperação e a retomada de suas atividades rotineiras (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009). Para tanto, o profissional em questão deve ter conhecimento científico e estar ciente acerca das principais complicações ligadas ao pós-operatório, sendo capaz de intervir de maneira adequada e dinâmica para restabelecer o equilíbrio hemodinâmico do paciente (GRITTEM, 2007).

O paciente cirúrgico necessita de cuidados de enfermagem particulares à condição atual, sendo executados de modo que o processo de enfermagem seja respeitado em suas etapas. Nesse sentido, o enfermeiro tem como objetivo aumentar a segurança do paciente e, através de interação, reduzir a ansiedade e fazer o controle contra infecções, monitorando suas condições fisiológicas e psicológicas e buscando diminuir a morbimortalidade em conjunto com a equipe multidisciplinar.

VIVÊNCIAS E DESAFIOS NA ALA CIRÚRGICA

O Estágio Curricular Supervisionado II promoveu vivências nas alas do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no município de Campina Grande, e proporcionou aos alunos maior acompanhamento na rotina hospitalar, que praticaram todo o conhecimento teórico adquirido ao longo do curso de Enfermagem.

O HUAC é considerado um hospital que presta serviços de média e alta complexidade. Foi inaugurado em 1950 e, em 1988, adquiriu seu caráter universitário, atuando como um hospital-escola. Desde a sua criação, pela sua natureza pública, localização e, posteriormente, pela condição de hospital de ensino, o HUAC assumiu abrangência regional, de tal maneira que a clientela a quem é prestada assistência é originária das diferentes microrregiões do estado da Paraíba.

Como forma de auxiliar os hospitais universitários a recuperarem o lugar de destaque no sistema de saúde brasileiro, o Governo Federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) por meio da Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com o objetivo de superar as fragilidades administrativas e assistenciais. O HUAC atualmente está sob tutela desta empresa.

O quantitativo de profissionais de enfermagem distribuído na Ala A (Clínica Cirúrgica) do HUAC está dividido em 23 profissionais,

sendo: 7 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem no turno diurno e 8 no noturno, divididos e organizados entre plantonistas e diaristas.

No cotidiano do estágio supervisionado de caráter hospitalar, os estudantes são acompanhados pelo enfermeiro preceptor, que realiza a supervisão direta e a orientação no campo de estágio, sendo este o responsável por avaliar e acompanhar o compromisso e o desempenho das funções delegadas aos discentes. Há também a supervisão indireta realizada pelo docente vinculado à instituição à qual o estudante pertence. Este professor vai auxiliar também na formação prática dos estagiários.

Retratando a visão dos estudantes, docentes e enfermeiros envolvidos no estágio supervisionado, as atividades desenvolvidas pelos estagiários são baseadas na prática e vivência do enfermeiro no setor. Nessa ocasião, são implementadas ações e procedimentos relacionados diretamente aos pacientes e também à parte burocrática, aprofundando a prática de administração setorial.

No decorrer dos turnos, são realizadas admissões dos pacientes, acompanhamentos da sua evolução diária (nos períodos pré e pós-operatório), marcação de exames, verificação e solicitação dos materiais, elaboração das escalas diárias dos técnicos de enfermagem, organização dos leitos para novas admissões de acordo com o programa de cirurgia do dia seguinte, atualização do quadro de pacientes, assim como cuidados diretos de enfermagem.

As práticas hospitalares estão muito centradas ainda no modelo biomédico, o qual se caracteriza por uma prática firmada nas atividades curativas e mecanicistas, focada na figura do médico. Porém, ao longo dos anos e de experiências e estudos científicos, têm ocorrido a modificação e o enfraquecimento desse modelo Hegemônico, e a enfermagem tem assumido um papel fundamental no processo.

Esse papel tem ampliado, a cada dia, o espaço de trabalho da equipe de enfermagem, firmado os conhecimentos científicos e práticos no cuidado de excelência, na escuta qualificada, no aco-

lhimento e na resolatividade, apresentando-a como a grande força de trabalho no campo da saúde e oferecendo aos pacientes atenção integral de acordo com suas reais necessidades.

No tocante à grande quantidade de profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar, Rocha e Ivo (2015, p. 176) comentam que “a falta de identificação dos profissionais dificulta o discernimento do cliente e diminui a relação cliente/enfermeiro. É importante que o profissional se identifique ao cliente para gerar laços de confiança”, sendo este fato importante para o elo paciente- profissional.

Considerando a significância do enfermeiro na assistência ao paciente, é relevante a importância deste profissional frente a todas as etapas perioperatórias. Ascari *et al.* (2013) citam que fatores como a sobrecarga de trabalho e a deficiência de recursos humanos na enfermagem podem levar à ocorrência de falhas no cuidado, que repercutem na recuperação, segurança e satisfação do paciente.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O planejamento da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico é considerado de extrema relevância, pois a partir de uma abordagem integral e individualizada, pode ocorrer a criação de vínculo com o paciente e, desse modo, fazer com que este tenha seus medos e ansiedade reduzidos. Também devemos estar preparados para situações de emergência e urgência, que exigem conhecimento em relação às novas tecnologias, à assistência especializada, ao gerenciamento de conflitos, à administração de deficiências estruturais e à convivência com a morte, a dor e outras formas de estresse humano.

Concluindo, assim, mais um período de práticas curriculares e enxergando agora o lado de “ser” enfermeiro, deparamo-nos e refletimos como essa profissão tem potencial para fazer a diferença na

qualidade de vida do paciente. Precisamos ampliar nossa percepção para alcançar cada paciente com suas peculiaridades e, assim, estabelecer uma comunicação com o paciente e a família com propósito de individualizar os cuidados e as orientações que lhes serão oferecidas, a fim de prestar um atendimento de enfermagem de qualidade.

Antes de chegar ao paciente, pergunte-se: o cuidado de enfermagem que ofereço é aquele que eu queria para mim? E assim você pode começar a tratar o outro como gostaria de ser tratado, pois a enfermagem também é empatia!

REFERÊNCIAS

ASCARI, R. A. *et al.* Percepções do paciente cirúrgico no período pré-operatório acerca da assistência de enfermagem. **Rev enferm UFPE** [on-line], Recife, n. 7, v. 4, p. 1136-44, abr. 2013.

AZEVEDO, D. M.; SANTOS, J. J. S.; JUSTINO, M. A. R.; MIRANDA, F. A. N.; SIMPSON, A. O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], n.10, v.1, p.137-44, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a12.htm>. Acesso em: 15 mar 2010.

BACKES, D. S. *et al.* O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude**, n. 7, v. 3, p. 319-32, jul./set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção Hospitalar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev Bras Enferm**, n. 62, v. 3, p. 349-54, 2009.

DIAS, H. C.; PAIVA, K. C. M. Competências do enfermeiro: estudo em um hospital privado. **Rev Bras Enferm**, n. 64, v. 3, p. 511-20, maio/jun. 2011.

GRITTEM, L. **Sistematização da assistência perioperatória**: uma tecnologia de enfermagem. Curitiba, 2007.

MARTINS, T. *et al.* Pré-operatório de cirurgias potencialmente contaminadas: fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico. **Acta Paul Enferm**, n. 30, v. 1, p. 16-24. 2017.

MEIER, A. C. *et al.* Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor de pacientes em pós-operatório imediato. **Rev Gaúcha Enferm**, 2017, n. 38, v. 2, p. 6, 2010.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, n. 42, v. 1, p. 66-72. 2008.

ROCHA, D. R.; IVO, O. P. Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório: uma percepção do cliente. **Revista Enfermagem Contemporânea**, n. 4, v. 2, p. 170-178, jul./dez. 2015.

SARAGIOTTO, I. R. A.; TRAMONTINI, C. C. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória—estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. **Cienc Cuid Saúde**, n. 8, v. 3, p. 366-371, jul./set. 2009.

.....

EIXO 4
EXPERIÊNCIAS DE ENFERMAGEM
JUNTO À COMISSÃO DE CONTROLE
DE INFECÇÃO HOSPITALAR

.....

.....

NOTAS SOBRE ENFERMAGEM: O CUIDADO GERADO A PARTIR DE UM OLHAR DE VIGILÂNCIA

.....

NEMÓRIO RODRIGUES ALVES

HISTALFIA BARBOSA BATISTA

KARINA TAVARES DE ARAÚJO VILAR

ANDRÉIA OLIVEIRA BARROS SOUSA

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.

Todos deveriam ser transformados em ações,

e em ações que tragam

Resultados.”

FLORENCE NIGHTINGALE

NOSSAS PRIMEIRAS PALAVRAS

Antes de darmos início a este relato de experiência, precisamos falar um pouco sobre as partes envolvidas nessa vivência, que tem como cenário o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), que aqui chamaremos de Casa de Alcides. Estagiários do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Campina Grande concordaram em realizar parte do seu Estágio Supervisionado II na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Foi na CCIH que conceitos, como o de

vigilância epidemiológica, primariamente trabalhado por Nightingale, começaram a fazer mais sentido.

Em meio às buscas ativas dos pacientes e às buscas passivas nos prontuários, as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) começaram a tomar importância significativa. Os estagiários puderam aprofundar seus conhecimentos sobre os possíveis impactos que são gerados a partir da oferta de serviços aos pacientes pelas unidades hospitalares e sobre como eles afetam diretamente o processo de recuperação e reabilitação dos pacientes. A partir de então, vivenciamos o dia a dia dos profissionais que atuam nessa comissão e nos inserimos em rotinas nas quais pudemos identificar problemáticas, bem como suas potencialidades.

Mediante as palavras já ditas, comprometemo-nos aqui a relatar uma experiência muito próxima da que Florence vivenciou. Graças à sua inteligência, várias práticas de saúde como a do controle de infecção e epidemiologia hospitalar foram influenciadas internacionalmente e até hoje são aplicadas na prática (COSTA *et al.*, 2009).

CONHECENDO O CONTEXTO DESTA EXPERIÊNCIA

Antes de darmos início a este relato de experiência, faz-se necessário conhecermos alguns conceitos, a exemplo de biossegurança, que compreendem um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente (BRASIL, 2010). Durante a graduação, diversos componentes curriculares versam sobre biossegurança e sobre como as ações de proteção individual e coletiva impactam diretamente as taxas de infecção hospitalar.

A Portaria nº 2.616, de 12/05/1998, conceitua a infecção hospitalar (IH) como aquela adquirida após a admissão do cliente ao hospital

e que se manifesta durante a internação ou após a alta, desde que possa ser relacionada à internação ou aos procedimentos hospitalares. Convencionou-se IH toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 horas após a admissão, quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação (BRASIL, 1998).

Essa mesma portaria é a que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no Brasil. Atualmente, o termo referido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é IRAS. As Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) são compostas de profissionais de saúde formalmente designados pela direção do estabelecimento de saúde. Os membros são de dois tipos: consultores e executores. Eles têm como competência elaborar, implementar, manter e avaliar o programa de controle de infecção, adequado às características e necessidades da instituição (BRASIL, 1998).

No desenvolvimento das atividades do Estágio Supervisionado II, os discentes de Enfermagem se integraram à rotina de atividades da referida Comissão e, a partir daí, a experiência se iniciou.

EXPERIÊNCIA E CONTRIBUIÇÕES PARA A VIDA PROFISSIONAL

Uma das primeiras atribuições dadas aos discentes é a de realizar a busca ativa, a qual consiste em visitas, principalmente, aos setores onde os pacientes estão mais sujeitos ao desenvolvimento de IRAS, a exemplo da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nestes locais, todos os pacientes admitidos são avaliados quanto ao uso de dispositivos invasivos que os coloquem em situação de risco para o desenvolvimento de infecções. Também são registrados e avaliados os antimicrobianos que estão sendo utilizados pelos pacientes e também são checadas as culturas realizadas.

Quando é observada alguma alteração nos sítios de inserção dos cateteres/dispositivos ou alguma incongruência entre os antimicrobianos prescritos com o perfil de sensibilidade do agente etiológico, a equipe de saúde que está prestando a assistência direta é comunicada para que haja uma intervenção imediata. Os prontuários dos pacientes também são verificados e minimamente procuram-se informações sobre a troca de medicamentos e condições de saúde do paciente.

Diariamente, o setor de Microbiologia do HUAC envia para a sala da CCIH as culturas positivas de todos os pacientes internados. A partir dessas informações, investigações *in loco* são realizadas. Quando confirmada a IRAS, faz-se necessário o preenchimento das fichas de notificação que posteriormente são compiladas e servem para a alimentação dos sistemas de informação. Esses dados são todos enviados para monitoramento e avaliação da Comissão Estadual, que, em seguida, envia ao setor de Vigilância Estadual e Nacional.

Quando o paciente vem a óbito antes mesmo da investigação/visita, buscam-se informações no seu prontuário, o que configura uma busca passiva. Caso seja constatada a IRAS, preenche-se a ficha de notificação. Outra atividade desempenhada é a supervisão da aplicação das normas e rotinas técnico-operacionais que visam limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento. Orientações também são dadas quando é necessário implementar o sistema de precauções.

O sistema de precauções possui como objetivo básico a prevenção da transmissão de um microrganismo entre os pacientes ou para um profissional de saúde. Essa prevenção abrange medidas referentes à transmissão dos agentes envolvidos. Sabe-se que existem quatro tipos de precauções: padrão; a de contato; a por gotículas; e por aerossóis. Cada uma dessas tem um objetivo específico e, quando os profissionais da assistência têm alguma dúvida sobre a qual instaurar, a CCIH presta esse suporte técnico.

Mensalmente, coletam-se informações que são disponibilizadas pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Estas dizem respeito ao quantitativo de preparações alcoólicas para as mãos que são dispensadas às UTIs. Com esse dado, é possível calcular alguns indicadores de saúde que incidem sobre esse consumo. Regularmente são elaborados relatórios sobre as IRAS e comunicações que são colocados à disposição para o conhecimento dos gestores e coordenadores setoriais do hospital.

Várias são as estratégias que vêm sendo utilizadas para implementar a adesão às medidas de prevenção e controle de IRAS (JARDIM *et al.*, 2013). Todavia, essas práticas na prevenção e controle das infecções associadas aos cuidados de saúde são recentes (NOGUEIRA JUNIOR *et al.*, 2014). Com intuito de minimizar a ocorrência desse evento danoso ao paciente e oneroso ao Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário existir um processo de gestão do cuidado nos hospitais que perpassa a educação continuada e a implementação de protocolos, identificando ações que ajudem a evitar danos decorrentes da assistência (MIRANDA *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES QUE ENCERRAM ESTAS PALAVRAS

O contínuo monitoramento das IRAS é um requisito estratégico para prevenção (NOGUEIRA JUNIOR *et al.*, 2014). A busca da qualidade assistencial junto aos serviços de saúde que promovam saúde e segurança aos pacientes é um dever não somente da CCIH, mas também de todos que compõem o corpo administrativo e assistencial do hospital.

Esta experiência foi de extrema importância para o desenvolvimento profissional dos discentes, pois estes conseguiram colocar em prática os ensinamentos aprendidos na academia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Estabelece diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COSTA, Roberta *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto–enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>.

JARDIM, J. M. *et al.* Avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea em um hospital governamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 47, n. 1, p. 38-45, fev. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342013000100005>

MIRANDA, A. L. *et al.* Results after implementation of a protocol on the incidence of urinary tract infection in an intensive care unit. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 24, p. 1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0866.2804>

NOGUEIRA JUNIOR, C *et al.* Characterization of epidemiological surveillance systems for healthcare-associated infections (HAI) in the world and challenges for Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p. 11-20, jan. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00044113>

.....

EXPERIÊNCIA DE DISCENTES NA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR–CCIH

.....

ANDIARA FIGUEIREDO DE SOUZA

LAÍS BATISTA DO NASCIMENTO

LARISSA DOS SANTOS SOUSA

KARINA TAVARES DE ARAÚJO VILAR

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

*“Nos versos da vida colocamos a nossa presença
Rimamos a integralidade com a diligência
E obtemos como fruto Uma enfermagem que é arte e ciência”*

LAÍS BATISTA

INTRODUZINDO A TEMÁTICA

A infecção hospitalar (IH) é definida pelo Ministério da Saúde do Brasil como toda infecção adquirida após admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização (BRASIL, 2005). A IH constitui um dos grandes problemas enfrentados pelos profissionais de saúde e pacientes. Os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos, bem como o aparecimento de organismos multirresistentes aos antimicrobianos usados rotineiramente na prática hospitalar,

tornaram as IH um grande obstáculo encontrado nas unidades hospitalares (FERNANDES; FERNANDES, 2000).

As maiores dificuldades existentes no contexto do controle de infecções hospitalares encontram-se relacionadas às necessidades de mudança de comportamento dos profissionais da saúde e mesmo dos usuários. Isso ocorre através de um processo que exige fundamentação prática, teórica e adoção de medidas de prevenção que levem à formação de novos hábitos pelos profissionais mobilizados por um compromisso com a vida e com a promoção da saúde (LENTZ; NASCIMENTO; KLOCK, 2003) Além disso, estudo realizado sustenta a necessidade de definição mais clara da infraestrutura mínima de um hospital, necessária para o controle de infecção hospitalar, e de um sistema de informação atualizado e acessível às instituições de saúde sobre os padrões e características apontados pela literatura para o adequado controle das infecções (OLIVEIRA, 2018).

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) deve ser nomeada pela direção geral da instituição, que, desta maneira, estará formalizando e validando a existência da comissão. Deve ser composta por representantes dos serviços que, direta ou indiretamente, prestam cuidados aos pacientes. A Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, recomenda como membros da CCIH: serviços médicos, de enfermagem, de farmácia, laboratório de microbiologia e administração. Além deles, podem-se citar como de importância os serviços de nutrição e dietética, lavanderia, higiene, diagnóstico e imagem, manutenção, recursos humanos, entre outros. A composição da CCIH deve ser feita, portanto, de acordo com a estrutura do hospital, considerando seu porte, especialidades médicas e quadro de pessoal, incluindo os serviços terceirizados. O seu presidente deve ter assento nos órgãos deliberativos da instituição, fato este determinado pela Portaria, assegurando mudar uma característica de muitas comissões existentes: são bem intencionadas, mas distantes das decisões (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010).

São prerrogativas básicas para que a CCIH possa atuar: ter livre acesso aos setores do hospital e prontuários; ter contato com o paciente e seu médico, quando necessário; solicitar exames complementares que não tenham sido pedidos, a fim de obter esclarecimento de diagnóstico, e sobre a cadeia epidemiológica de infecção hospitalar, após comunicação com o médico responsável pelo paciente. Também outros exames especializados podem ser solicitados para detectar disseminadores, avaliar procedimentos, produtos e artigos (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010).

É necessário que esta equipe seja formada por profissionais que estejam envolvidos com a problemática do controle das infecções, com conhecimentos e interesses crescentes em relação ao tema, independentemente de sua especialização profissional, pois se tem aprendido a controlar as infecções essencialmente na prática e não nos bancos das universidades, onde pesam alguns esforços ainda isolados. (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010).

O enfermeiro, dentro das CCIH, é de extrema importância por ser o profissional de saúde que tem contato mais direto com o paciente, num maior espaço de tempo (BRASIL, 2005). Assim, os enfermeiros precisam ser capazes de identificar as necessidades sociais de saúde da população para planejar, gerenciar,

coordenar, avaliar e supervisionar as ações da equipe conforme a realidade local em prol de melhor qualidade de atuação em saúde (PEREIRA, 1999).

DESCREVENDO A VIVÊNCIA

Não tivemos oportunidade de conhecer a CCIH na prática durante a graduação. Por meio de sorteio, fomos escalados para passar pelo setor. Isso implicou conhecê-lo, entender seu funcionamento, rotina e dinâmica. Descobrimos um lugar onde se aprende de tudo

um pouco a cada dia. Descobrimos sua importância para o bom funcionamento de um hospital no que concerne à prevenção, ao controle de infecções relacionadas à assistência hospitalar e à segurança do paciente. Fomos supervisionadas e orientadas pela enfermeira do setor, atuante há mais de 10 anos nessa área.

Aprendemos o conceito de infecção hospitalar, formas de diagnosticá-la e notificá-la. Por meio de busca ativa realizada todos os dias, preenchemos fichas de todos os pacientes internados nas UTIs Adulto, Pediátrica e Neonatal. Elas continham todas as informações necessárias para acompanharmos a internação daquele paciente e a sua susceptibilidade a adquirir uma infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS). As buscas ativas também eram realizadas em pacientes internados nas alas A, B, C, D, Pediatria e Oncopediatria, de acordo com suspeita de casos novos. Ao analisarmos as fichas de busca ativa, as culturas vindas do laboratório, o tempo de internação e outros fatores associados à IH, realizamos a notificação se diagnosticada IH naquele hospital. Por vezes, alguns pacientes já eram recebidos com IH de outro serviço, sendo desnecessária a notificação.

A CCIH não proporciona o cuidado assistencial do enfermeiro ao paciente, mas, apesar disso, é tão importante quanto. Através das fichas, conhecemos toda a trajetória de tratamento realizado no âmbito hospitalar, em especial nas UTIs. Colhemos informações do prontuário, com os profissionais e acompanhantes a fim de enriquecer a investigação.

Durante o estágio, a enfermeira responsável pelo setor e pela nossa preceptoria aposentou-se, incumbindo ao hospital a sua substituição, o que não aconteceu por falha por parte dos responsáveis quanto à contratação de outro profissional, ocasionando uma desordem no setor, que permaneceu três semanas sem enfermeiro. Após isso, um enfermeiro foi realocado e passou a fazer parte da comissão. Esse fato deixou clara a importância do profissional de enfermagem atuando na CCIH.

Passamos a entender que, para que o controle das infecções hospitalares se torne efetivo, é importante a existência de um trabalho em equipe, representando os diversos setores dentro da dinâmica hospitalar. A CCIH do HUAC conta com enfermeiros, técnicos de enfermagem, médico e farmacêutico. Destes, os mais atuantes efetivamente são os enfermeiros e o médico, os quais realizam reuniões diárias para discussão dos casos.

A CCIH é uma comissão que não desempenha um trabalho paralelo ou isolado dos outros setores, mas, sim, em conjunto com os profissionais da saúde e das demais áreas, de maneira multiprofissional, para o benefício da instituição e, principalmente, do paciente.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A importância da CCIH nas diversas instituições hospitalares é historicamente comprovada e a enfermagem encontra nas atividades realizadas por esta comissão um importante campo para atuar de forma consciente, mostrando as suas habilidades e conhecimentos científicos adquiridos.

Enquanto discentes do Estágio Supervisionado II, tivemos a oportunidade de vivenciar na prática as funções de busca ativa dos casos de infecções comunitárias e hospitalares, podendo, dessa forma, comprovar a importância da CCIH a qual, muitas vezes, é tratada de forma banalizada pelos próprios profissionais da saúde.

É preciso iniciativa por parte das instituições de ensino superior para inserir o aluno no setor onde se reúnem os membros da CCIH, de forma que os docentes contribuam neste aspecto prático para o processo de ensino/aprendizagem e mostrem

importância do setor, formando profissionais com o olhar diferenciado no controle de infecções.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p.: il. color.

FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O. V. Organização e Programa do Controle das Infecções Hospitalares. *In*: FERNANDES, A. T. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1461-81.

LENTZ, R. A.; NASCIMENTO, K. C.; KLOCK, P. Infecções hospitalares: um desafio aos profissionais de saúde. *In*: ERDMANN, A. L.; LENTZ, R. A. (org.). **Aprendizagem contínua no trabalho: possibilidades de novas práticas de controle de infecções hospitalares**. São José: SOCEPRO, 2003.

OLIVEIRA, E. L. O enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional em comissões de controle de infecção hospitalar. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1997. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/toxicolo11.htm>. Acesso em: 01 fev. 2018.

OLIVEIRA, A. C.; KOVNER, C. T.; SILVA, R. S. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 233-239, abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So104-11692010000200014&lng=en&nr-m=iso. Acesso em: 01 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/So104-11692010000200014>.

PEREIRA, M. S. *et al.* Avaliação de serviços de apoio na perspectiva do controle de infecção hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.1, n. 1, 1 p. dez. 1999. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/aval.html. Acesso em: 01 fev. 2018.

.....

VIVÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE

.....

CAMILA MENDES DA SILVA
NATHÁLIA MARIA SILVA FERNANDES
HÉLIO LOPES DA SILVEIRA
LISSANDRA SOBREIRA ROCHA
ANDRÉIA OLIVEIRA BARROS SOUSA
ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

*Como o raiar de um novo dia
Descobrimos que o cuidar também se faz com poesia.
Nos versos da vida colocamos a nossa presença
Rimamos a integralidade com a diligência
E obtemos como fruto
Uma enfermagem que é arte e ciência.*

MIRELLY BARROS

COMPREENDENDO O CONTEXTO: SE LIGA NA INFECÇÃO...

Em associação à rotina hospitalar intensa, há um aspecto de extrema relevância ao qual profissionais e trabalhadores devem estar constantemente atentos: às infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Essa terminologia substituiu a antiga

denominação de infecção hospitalar (IH) e pode ser compreendida como aquela infecção adquirida dentro do ambiente de assistência à saúde, que se manifesta durante o período de internação ou após a alta do usuário, e que esteja associada a qualquer procedimento executado neste período (BRASIL, 1998).

O impacto causado pelas IRASS na saúde pública brasileira vem causando grande mobilização em todo o país, devido às pesquisas realizadas que comprovam uma taxa de incidência de 13% desse evento dentro das instituições hospitalares em todo o território nacional. O mais alarmante é que se acredita que esses dados não são fidedignos, principalmente pelas subnotificações em decorrência da ausência de consolidação e divulgação dos casos existentes (BRASIL, 2000).

É possível identificar essa suspeita analisando os estudos de Inweregbu (2005) e Klevens *et al.* (2007). Estes autores afirmam que, nos países em desenvolvimento do continente europeu, aproximadamente um em cada dez pacientes internados é afetado pelas IRASS, causando 5.000 óbitos por ano. Na América do Norte, por sua vez, a incidência de IRAS é de 1,7 milhão de casos, estando associados a 99.000 mortes anuais.

Com isso em mente, estratégias e ações institucionais relacionadas ao cuidado e melhoria da qualidade assistencial devem ser realizadas com vistas à redução do risco e da incidência das IRAS, as quais causam grande prejuízo para a saúde individual e coletiva (SOUZA *et al.*, 2015).

Para combater essa problemática, a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997, obriga os hospitais a manterem o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) e, para a sua adequada execução, a Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS). Suas atribuições são fundamentadas na vigilância epidemiológica, definindo diretrizes que visam à prevenção e ao controle de infecções por meio de recomendações feitas aos pro-

fissionais de saúde (BRASIL, 1997; BRASIL, 1998). Os membros que compõem a CCIRAS são classificados em consultores e executores, devendo ser representados pelos serviços médico, de enfermagem, farmácia, microbiologia e administração, sendo preferencial que, entre os membros executores, um deles seja o enfermeiro, uma vez que este profissional possui uma visão ampliada e compreende as reais necessidades tanto do hospital como dos pacientes, por se encontrar próximo dos enfermos e lhes oferecer direta e indiretamente maiores cuidados (BRASIL, 1998; FÉLIX *et al.*, 2017).

Considerando que a atuação da CCIRAS é fundamental para se reduzir a incidência de IRAS e, conseqüentemente, diminuir o tempo de internação, o número de complicações e os óbitos hospitalares, estudos evidenciam que muitos profissionais de saúde não sabem sequer o significado da sigla “CCIRAS”, além de não saberem como esta se efetiva na instituição hospitalar (OLIVEIRA *et al.*, 2006). Portanto, sabendo-se a relevância de se abordar essa temática durante a formação acadêmica, incluir graduandos em Enfermagem na rotina deste setor é imprescindível para fornecer aos futuros enfermeiros uma preparação integral para sua atuação em conformidade com os preceitos éticos e legais, tendo-se consciência da importância de uma vigilância nesse aspecto. Pensando nisso, o presente estudo tem por objetivo narrar a vivência de acadêmicas de Enfermagem na CCIRAS do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

O PASSO A PASSO DESSA CAMINHADA...

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência reflexivo- sistematizado, vivenciado por discentes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, durante o componente curricular Estágio Supervisionado II, com carga horária de 420 horas. A vivência transcorreu na CCIRAS do

HUAC, durante os meses de novembro e dezembro de 2017. O relato de experiência é um tipo de estudo utilizado para descrever vivências consideradas relevantes e visa contribuir para a prática de outros profissionais. A experiência pode se repetir em outros ambientes, porém a reflexão e narração são singulares, uma vez que ela depende da personalidade e da biografia dos envolvidos e da participação deles na história (MINAYO, 2012).

Sistematizar a experiência permite compreender aquela realidade, transcendê-la, fazendo surgir um novo conhecimento, uma nova forma de conceitualização, a partir da prática vivida e compartilhada. Portanto, “permite-nos abstrair o que estamos fazendo em cada caso particular e encontrar um terreno fértil onde a generalização é possível” (HOLLIDAY, 2006, p. 25). Portanto, para a construção da presente vivência, perpassam-se os cinco passos propostos por Holliday (2006):

1. O ponto de partida: refletir sobre a experiência vivenciada pelas acadêmicas na CCIRAS do HUAC;
2. As perguntas iniciais: como se deu a rotina na CCIRAS sob a percepção das discentes? Foi relevante para a sua formação como profissional?
3. A recuperação do processo vivenciado: reconstrução da experiência vivida com uma reflexão-crítica sobre a realidade;
4. A reflexão de fundo: descrever a vivência, analisando-a e interpretando o processo com fundamentação científica;
5. Os pontos de chegada: conclusões apreendidas no processo relatado.

INVESTIGANDO A INFECÇÃO: A REFLEXÃO SOBRE A VIVÊNCIA

Durante toda a formação acadêmica, temos o predomínio da teoria sobre a prática dos procedimentos, que são considerados

prioritários por nós estudantes. Precisamos ter o conhecimento dos aspectos biopsicossociais dos nossos usuários/pacientes para lhes oferecer atendimento integral com olhar holístico. Contudo, ser enfermeiro não é apenas olhar para o indivíduo e reconhecer a sua problemática. É, também, considerar o meio no qual ele vive e com o qual interage. Ao nos depararmos com a CCIRAS, encontramos uma teoria e uma prática totalmente diferenciada daquelas que esperávamos e com as quais estávamos acostumadas.

Nós participamos de toda a rotina da CCIRAS e, para compartilhar a experiência de maneira didática e compreensível, separamos a vivência segundo os setores que Horr *et al.* (1978) categorizam para esta comissão (setor normativo, informativo e estatístico; executivo e fiscalizador; e laboratorial), cientes de que participamos de todo o processo.

O setor normativo diz respeito a estudar, analisar e aprovar os recursos que venham a ser utilizados ou que já estão em uso no controle e na profilaxia das infecções. Trata-se de pesquisar evidências científicas e padronizar condutas e instituir diretrizes/referências para todos os profissionais do hospital, a fim de se reduzir ao máximo o risco das IRAS. Essa estratégia é efetivada com a implementação dos POPS (Procedimentos Operacionais Padrões), que instituem normas e rotinas que devem ser seguidas de maneira uniforme por todos os profissionais e trabalhadores (HORR *et al.*, 1978; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

O setor informático e estatístico se relaciona com a notificação de todos os casos de infecção ou sugestivos de infecção e com as transgressões das normas e rotinas da CCIRAS. Após divulgarmos os procedimentos e normas que devem ser seguidos por todos os profissionais/trabalhadores, devemos ficar atentos às infecções que ocorrem no ambiente hospitalar. Diariamente, analisamos exames microbiológicos e, assim, associando-os ao quadro clínico apresentado nesse contexto, a infecção é classificada como comunitária (ori-

ginada na comunidade) ou possivelmente hospitalar (relacionada com procedimentos hospitalares).

Caso a suspeita de infecção hospitalar seja predominante, iremos realizar a busca ativa, a investigação. Esse procedimento se efetiva através do levantamento *in loco* de dados, como o histórico do usuário (nome completo, número de prontuário, data de nascimento, doença de base, diagnóstico na admissão, procedência, antibióticos em uso, sinais e sintomas de infecção ressaltados no prontuário). Além disso, é realizada uma conversa com o médico assistente e, principalmente, com o indivíduo analisado, averiguando os relatos para se ter uma visão geral do caso e, se necessário, observar o procedimento que sinalizou a infecção.

Posteriormente, o caso é discutido e analisado em equipe e, se confirmado como uma IRAS, esta é notificada. Em consonância com a Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 5/2017, são recomendados os métodos de busca ativa e passiva, intitulados de busca mista, a fim de se efetivar uma vigilância epidemiológica institucional. A CCIRAS realiza a “observação ativa, sistemática e contínua da sua ocorrência e distribuição entre os pacientes, dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle” (BRASIL, 2017, p. 6).

No que diz respeito ao setor executivo e fiscalizador, a CCIRAS executa, faz executar, acompanhar e fiscalizar a aplicação das normas estabelecidas e aprovadas anteriormente. Ele analisa se as condutas profissionais estão em consonância com o que foi preestabelecido. Todos os procedimentos e intervenções realizados no ambiente hospitalar que envolvem direta ou indiretamente a assistência aos usuários devem ser criteriosamente avaliados, principalmente no que se refere às questões assépticas dos procedimentos técnicos. A não realização efetiva e adequada condiciona, em muitas situações,

o surgimento contínuo de diversos tipos de infecção, devido à propagação dos microrganismos através das mãos dos profissionais de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2006; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Partindo do pressuposto de que o controle das IRAS está diretamente relacionado ao uso de equipamentos de proteção individuais (EPIS) adequados e à execução da correta técnica de lavagem das mãos, quando há a quebra de tais aspectos, as IRAS podem ocorrer, sendo necessário que seja investigada a sua etiologia e a relação que possa existir entre elas e os hábitos e técnicas laborais. Tais casos também podem ser notificados por outros membros da equipe ao observarem a prática errônea de um colega, o que pode ferir a integridade do paciente e/ou ambiente hospitalar. Silva (2002) elucida como desafio para o combate às IRAS a negligência dos profissionais de saúde em adquirir o hábito de lavar as mãos e usar EPIS. Os motivos da baixa ou não adesão por parte dos profissionais são a falta de conhecimento, de compromisso e de treinamento. Portanto, a sensibilização para a relevância de sua participação no processo de controle das IRAS é necessária (ALVES; ÉVORA, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2006).

E, por último, ao setor laboratorial, compete executar testes laboratoriais, quer esclarecedores de diagnóstico ou de controle geral. A CCIRAS deve atuar como uma rede, interligando-se aos serviços de farmácia, microbiologia, lavanderia e de limpeza, uma vez que todos estão envolvidos com o controle de infecção: a farmácia, com o controle dos antibióticos prescritos pelos profissionais médicos; a microbiologia, emitindo testes laboratoriais e traçando o perfil epidemiológico de resistência bacteriana, sinalizando um microrganismo com alta patogenicidade; e a lavanderia e o serviço de limpeza, que devem estar cientes dos procedimentos e rotinas necessárias para garantir a eliminação de microrganismos nas vestimentas e nos locais da instituição (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

ENCERRANDO O CASO: DANDO CONTINUIDADE ÀS INVESTIGAÇÕES...

Investigar, buscar, analisar e executar. Podemos afirmar que a CCIRAS nos forneceu uma rica experiência, com uma visão diferenciada do fazer saúde em âmbito hospitalar. Possibilitou-nos enxergar que o modo com que fazemos cada intervenção é relevante, tanto para o paciente que a está recebendo como para o ambiente no qual ele está inserido. Percebemos, ainda, a tamanha importância da CCIRAS para a instituição hospitalar: a sua responsabilidade em manter o controle das IRAS observando, pesquisando, sensibilizando, educando e dialogando com os demais profissionais e trabalhadores.

Trata-se de perceber que todos os trabalhadores/profissionais da instituição devem trabalhar em consonância por um único objetivo; como uma peça de teatro em que cada um, com seu personagem específico, apresenta o mesmo espetáculo tão ensaiado para o seu público. Ou seja, cada profissional/trabalhador, com suas atribuições específicas, necessita realizar a mesma norma preconizada, atuar de forma a combater as IRAS em seus respectivos ambientes hospitalares, garantindo assim o sucesso do “show”.

A comunicação se torna a chave para uma CCIRAS eficiente. Podemos inferir que ela é o centro de uma rede no controle das IRAS, que interliga e interage constantemente com os demais setores hospitalares, lutando por uma assistência segura e livre de IRAS.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. C. Y.; ÉVORA, Y. D. M. Questões éticas envolvidas na prática dos profissionais enfermeiros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, **Rev latino Am Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 265-75, maio/jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Estabelece diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília, 13 maio, 1998.

BRASIL. Lei nº 9.431 de 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília, 06 jan. 1997.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Epidemiologia para o controle de infecção hospitalar**. Brasília: ANVISA, 2000.

BRASIL. ANVISA. **Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 05/2017**. Orientações para a notificação nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), resistência microbiana (RM) e monitoramento do consumo de antimicrobianos – 2018. Brasília: ANVISA, 2017.

FÉLIX, T. G. S. *et al.* Percepção dos enfermeiros assistenciais sobre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, **Enferm. Foco**, v. 8, n. 3, p. 56-60, 2017.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. Brasília: MMA, 2006.

HORR, L. *et al.* Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, **Rev. Bras. Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 182-92.

INWEREGBU, K.; DAVE, J.; PITTARD, A. Nosocomial infections, **Contín Educ Anaesth Crit Care Pain**, v. 5, n. 1, p. 14-7, 2005.

KLEVENS, R. M. *et al.* Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002, **Public Health Rep.**, v. 122, n. 2, p. 160-6, mar./abr. 2007.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade, **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-6, 2012.

OLIVEIRA, A. C. *et al.* A percepção da equipe multiprofissional sobre a comissão de controle de infecção hospitalar, **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, 2006.

OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S. A. T. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado, **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 775-83, 2008.

SILVA, C. L. P. *et al.* Attitudes and perceptions toward hand hygiene among health care workers caring for critically ill neonates, **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 26, n. 3, p. 305-15, mar. 2002.

SOUZA, *et al.* Mortalidade e riscos associados à infecção relacionada à assistência à saúde, **Texto contexto enferm.**, v. 24, n. 1, p. 220-8, jan./mar. 2015.

Formato *15x21 cm*
Tipologia *Alegreya*
Nº de Pág. *204*

Editora da Universidade Federal de Campina Grande- EDUFCG

