



27ª Jornada de Enfermagem

Profª. Rosa Maria do Nascimento

09, 10 e 11 de maio

"A centralidade da enfermagem nas dimensões do cuidar"



accusafina

Das 19 às 22 h
no Anfiteatro da Unidade Central


JOÃO PAULO II
COLEGIADO

UNIVAS
UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ



**LIVRO DE RESUMOS ELETRÔNICOS DA 27ª
JORNADA DE ENFERMAGEM DA UNIVÁS “PROFª
ROSA MARIA DO NASCIMENTO”: A CENTRALIDADE
DA ENFERMAGEM NAS DIMENSÕES DO CUIDAR**

09 a 11 de maio de 2018

**Pouso Alegre - MG
Univás
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Pinto, Ana Lúcia de Lima Vieira (Org.).

Livro de resumos eletrônicos da 27ª Jornada de Enfermagem da Univás “Profª Rosa Maria do Nascimento”: a centralidade da enfermagem nas dimensões do cuidar. Pouso Alegre, 9 a 11 de maio de 2018 / organização de Ana Lúcia de Lima Vieira Pinto... [et al.]. – Pouso Alegre: Univás, 2018.

101p.

Vários colaboradores

ISBN: 978-85-67647-56-2

1. Enfermagem. 2. Cuidar em enfermagem. 3. Enfermagem – Apresentação de trabalhos. 4. Enfermagem – Produção científica. I. Título.

CDD – 610.7302



LIVRO DE RESUMOS ELETRÔNICOS DA 27ª JORNADA DE ENFERMAGEM DA UNIVÁS “PROFª ROSA MARIA DO NASCIMENTO”: A CENTRALIDADE DA ENFERMAGEM NAS DIMENSÕES DO CUIDAR

Organizadores:

Ana Lúcia de Lima Vieira Pinto
Ana Stela Pereira Da Silva
Diba Maria Sebba Tosta De Souza
Fernanda Ribeiro Borges
Geraldo Magela Salomé
Izabel Cristina Lemes
João Batista da Cunha
José Vítor Da Silva
Lucia Helena Rocha Vilela Renó
Luciana Gonçalves da Silva
Maria Cristina Porto E Silva
Maria Teresa de Jesus Pereira
Mauricéia Costa Lins De Medeiros
Rita de Cássia Pereira
Rosa Maria Do Nascimento



Projeto Gráfico:	Particular
Editoração Eletrônica:	Maria Gorete Ferreira
Apoio Acadêmico:	Daíse dos Santos Paulino
Formato:	E-book
Nº de Páginas:	101
Edição:	Maio de 2018
Editora:	Editora Univás

***É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Todos os resumos aqui apresentados são de total responsabilidade dos autores***

Universidade do Vale do Sapucaí

Reitoria

Prof. Carlos de Barros Laraia

Reitor

Prof. Benedito Afonso Pinto Junho

Vice-Reitor

Prof^a. Rosa Maria do Nascimento

Pró-Reitora de Graduação

Prof^a Andrea Silva Domingues

Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

Prof. Antônio Homero Rocha de Toledo

Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários

Prof. Antônio Carlos Aguiar Brandão

Diretor da Faculdade de C. da Saúde Dr. José Antônio Garcia Coutinho

Prof. Benedito Afonso Pinto Junho

Diretor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Eugênio Paccelli

Janua Coeli Faria de Souza

Secretária Geral

Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí

Conselho diretor

Luiz Roberto Martins Rocha

Presidente

Luiz Antônio Silva

Vice-Presidente

Igor Souza Nogueira Oshiro

Diretor Executivo

Adelson dos Reis Matias

Andrea Silva Domingues

Conselheiros Suplentes

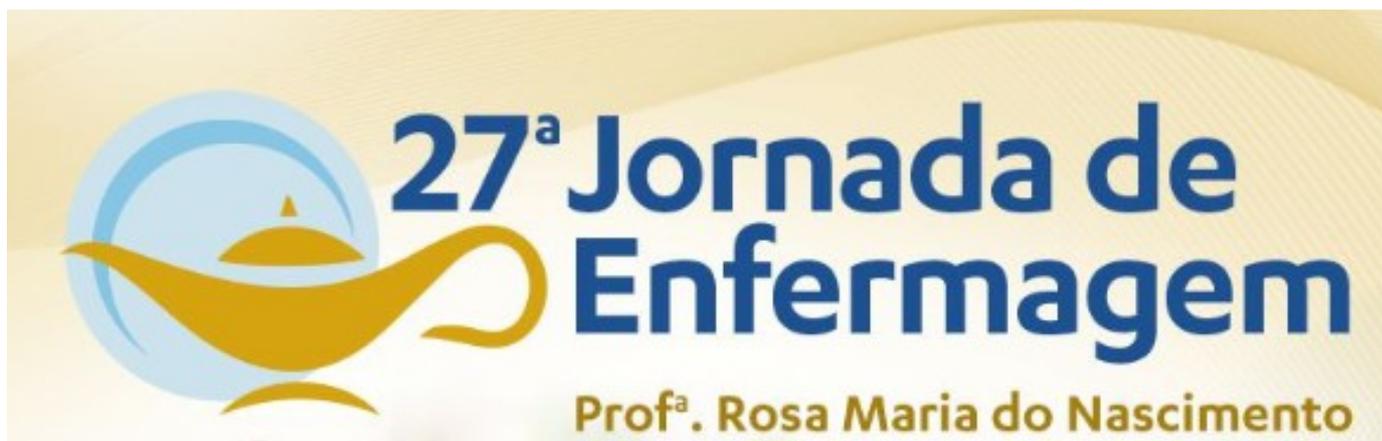
Celina Ap. Siqueira da Costa

Secretária da Presidência



Comissão Científica

Ana Stela Pereira da Silva
Denise Aparecida Gomes dos Santos
Diba Maria Sebba Tosta de Souza
Fernanda Ribeiro Borges
Geraldo Magela Salomé
Izabel Cristina Lemes
José Vitor da Silva
Maria Cristina Porto e Silva
Maria Teresa de Jesus Pereira
Mauriceia da Costa Lins de Medeiros
Rita de Cássia Pereira
Rosa Maria do Nascimento



Realização

Pró-Reitoria de Graduação

Profª. Rosa Maria do Nascimento

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários

Prof. Antônio Homero Rocha de Toledo

Coordenadoria do Curso de Enfermagem

Profª Maria Tereza de Jesus Pereira

Apoio

Universidade do Vale do Sapucaí

APRESENTAÇÃO

O Curso de Enfermagem da Univás tem por objetivo criar condições para o acadêmico tornar-se capaz de apropriar-se do conhecimento e desenvolver habilidades e competências para a assistência à saúde do indivíduo, da família e da coletividade, para o gerenciamento dos serviços de enfermagem, nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde; apreender os procedimentos básicos da pesquisa, usando-os para resolver problemas da prática de enfermagem; desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento, que objetivem a qualificação da prática profissional e desenvolver ações de ensino e educação no exercício da Enfermagem.

Nesse sentido, e tendo como foco a produção do conhecimento, a Univás vem instituindo condições para que a pesquisa científica possa ganhar vigor e realizar-se com rigor e responsabilidade em todos os seus cursos de graduação.

A Jornada de Enfermagem é um evento que tem por objetivo possibilitar o diálogo, troca de saberes, e acima de tudo, de compromisso institucional, o qual possibilita aos alunos, professores e profissionais dos diversos serviços, conhecer as diferentes formas de se pensar e fazer pesquisa em Enfermagem no Sul de Minas Gerais, bem como divulgar as novas possibilidades de inserção no mercado de trabalho para a profissão por meio de novos saberes.

Prof^a. Ma. Maria Tereza de Jesus Pereira
Coordenadora do Curso de Enfermagem



PROGRAMAÇÃO

9/5 – 4ª feira - 7h30 às 12h
<p>CURSO 1 (PARTE 1): ELETROCARDIOGRAMA (9º PERÍODO) Ministrante: Prof. Alexsandro Fonseca Gava – Enfº NEP – HCSL 7h30 às 12h - Local: sala 1 – Colégio João Paulo II</p> <p>CURSO 2 (PARTE 1): SEGURANÇA DO PACIENTE (Aberto para todos os inscritos no curso) Ministrante: Profª. Luciana Gonçalves da Silva – Enfª NEP – Docente da Univás Local: sala 2 – Colégio João Paulo II - 7h30 às 12h 9h às 9h20 – Café e Prosa 19 h - Abertura Oficial 20h – Palestra: A arte e as dimensões do cuidar Ministrante: Enfª. Profª. Drª. Maria Julia Paes da Silva Livre Docente da Escola de Enfermagem da USP 21h30 - Encerramento</p>
10/5 – 5ª feira - 7h30 às 12h
<p>CURSO 1 (PARTE 2): ELETROCARDIOGRAMA (9º PERÍODO) Ministrante: Prof. Alexsandro Fonseca Gava – Enfº NEP – HCSL 7h30 às 12h - Local: sala 1 – Colégio João Paulo II</p> <p>CURSO 2 (PARTE 2): SEGURANÇA DO PACIENTE (Aberto para todos os inscritos no curso) Ministrante: Profª. Luciana Gonçalves da Silva – Enfª NEP – Docente da Univás Local: sala 2 – Colégio João Paulo II - 7h30 às 12h 9h às 9h20 – Café e Prosa 16h às 18h – Apresentação de trabalho (Pôsteres) 19h – Enfermagem e Arte – GUMP 19h15 – Mesa redonda: A centralidade da enfermagem na prevenção de agravos à saúde Palestra 1: Educação continuada em diabetes e inovações</p>

Ministrante: Prof^a. Eliana Maria Moreira Silva - Representante de Vendas/MG – Accu chek Roche Diabetes Care Brasil LTDA

20h - Palestra 2: Saúde bucal da gestante, parturiente e do bebê: implicações no processo de aleitamento materno

Ministrante: Prof^a Cristiane Loureiro Matni – Odontologista/ Docente CJP II

20h45 - Palestra 2: A centralidade da enfermagem na prevenção de agravos à saúde

Ministrante: Representante do COREN/MG

21h30 – Moderação – Prof^a. Ma. Maria Teresa de Jesus Pereira

Coordenadora do Curso de Enfermagem da Univás

21h45 – Encerramento

11/5 – 6^a feira - 7h30 às 12h

7h30 às 12h e das 13h30 às 17h – IV JORNADA DE ESTOMATERAPIA DE POUSO

ALEGRE. TEMA: Uso da tecnologia na prevenção e tratamento das complicações da pele periestoma.

8h às 9h - Prevenção e tratamento das complicações da pele periestoma

9h10 às 9h30 – café e prosa

12h às 13h30 – Almoço

13h30 às 17h – CURSO 3: CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA – PICC: INDICAÇÃO E UTILIZAÇÃO NA PRÁTICA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Enf^a Brenda Rochele e Enf^a Edna Olímpio Gomes – Hospital SEPACO – SP

18h – Missa em ação de graças

Local: Anfiteatro da Univás - Unidade Central

19h – Apresentação do Coral Badauá – Conservatório Estadual Juscelino K. de Oliveira

Regente: Prof^a Aurea Lemes

19h15 - Palestra 1: Cuidado paliativo: a ótica do trabalho interdisciplinar

Ministrante: Prof^a. Dra. Graça Mota Figueiredo – Docente/Medicina – Itajubá/MG

20h - Palestra 2: Satisfação profissional e as representações sociais da autonomia do enfermeiro na perspectiva Bioética

Ministrante: Prof^a. Luciana Gonçalves da Silva – Enf^a NEP – Docente da Univás

20h 45 - Palestra 3: A centralidade da enfermagem no gerenciamento do cuidado

Ministrante: Enf^o. Prof. Leonardo Seixas

Diretor Geral do Hospital Imaculada Conceição – Pontifícia Universidade Católica

TEMA: NOVAS PRÁTICAS NA AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES E LESÕES CUTÂNEAS

11 de maio de 2018
das 07h40 às 18h
Local: Unidade Central - Univás

Coordenadores: Prof. Dr. Geraldo Magela Salomé e Enf. Ana Cristina da Silva
Organização: Universidade do Vale do Sapucaí (Curso de graduação em Enfermagem) e Prefeitura Municipal de Pouso Alegre

ABERTURA

Silvia Regina Pereira da Silva – Secretária Municipal de Saúde de Pouso Alegre / Joselita Moraes de Souza – Gerente da Atenção Primária do Município de Pouso Alegre/Maria Teresa de Jesus Pereira – Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem UNIVÁS.

TEMA: USO DA TECNOLOGIA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTOS DAS COMPLICAÇÕES DA PELE PERIESTOMA

- 7h30 às 8h** Inscrições no local do evento – Entrega de material
08 às 09h Prevenção e tratamento das complicações na pele periestoma.
Palestrante: Representante técnico Coloplast
- 09 às 9h10** Discussão
09h10 às 09h30 Coffe break
09h30 às 10h30 Uso de dispositivos em pacientes com estomas intestinais e urinários complicados.
Palestrante: Representante técnico Hollister
- 10h30 às 10h40** Discussão
10h40 às 11h40 Uso do aplicativo móvel na prevenção e tratamento de feridas: uma experiência bem-sucedida.
Palestrante: Prof. Dr. Geraldo Magela Salomé
Palestrante: Ms. Núbia Ferreira Alves
Palestrante: Ms. João Batista da Cunha
Palestrante: Clariana Silva Gonçalves
- 11h40 às 12h** Discussão.
12h às 13h30 Almoço.

TEMA: USO DA TECNOLOGIA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTOS DAS LESÕES CUTÂNEAS

- 13h30 às 14h30** Uso da tecnologia no tratamento de úlceras venosas.
Palestrante: Representante técnico Smith & Nephew
- 14h30 às 15h** Manejo de infecção em feridas crônicas: uso da prata.
Palestrante: Representante técnico Convatec
- 15h às 15h30** Manejo de infecção em feridas crônicas: uso do PHMB.
Palestrante: Representante técnico B Braun
- 15h30 às 15h40** Coffe break.
15h40 às 16h40 A importância dos fitoterápicos no tratamento de feridas complexas, lesões de pele periestoma: uma experiência bem-sucedida.
Palestrante: Prof. Dra. Dênia Amélia Novato Von Atzingen
Palestrante: Enf. Ana Cristina da Silva
- 16h40 às 17h** Encerramento.

APOIO:

B BRAUN

ConvaTec

Coloplast

Hollister

ORGANIZAÇÃO:

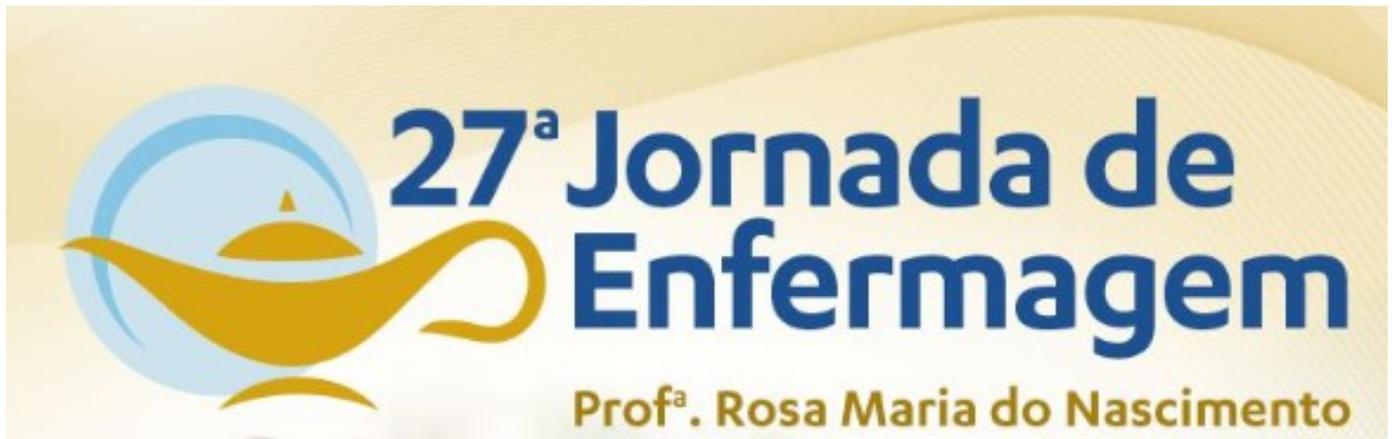
UNIVÁS
UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

JOÃO PAULO II
COLÉGIO

Secretaria de Saúde



Prefeitura Municipal de Pouso Alegre



Resumos das Apresentações em Pôsteres

Sumário

A IMPORTÂNCIA DOS PRIMEIROS SOCORROS PARA PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA.....	19
ÉVERTON BENEDITO DE ANDRADE*; ANA STELA PEREIRA DA SILVA.....	19
A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NA AVALIAÇÃO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO.....	20
DÉBORA DA SILVA SANTOS DIAS*; MAURICÉIA COSTA LINS DE MEDEIROS. .	20
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM QUADRO DE TROMBOFLEBITE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	22
GUILHERME AUGUSTO DA SILVA BRANDÃO*; MARIA TERESA DE JESUS PEREIRA; HELLEN CAROLINE DA SILVA TEIXEIRA; IZABEL CRISTINA LEMES	22
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE CARDIOPATA COM QUADRO CLÍNICO DE OLIGOÂMNIOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	24
HELLEN CAROLINE DA SILVA TEIXEIRA*; MARIA TERESA DE JESUS PEREIRA; GUILHERME AUGUSTO BRANDÃO; IZABEL CRISTINA LEMES.....	24
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO SUBMETIDO À CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	26
LÍDIA ESTER CORRÊA PEREIRA*; JOÃO BATISTA CUNHA; IZABEL CRISTINA LEMES.....	26
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE GASTRECTOMIA PARCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	28
JÚLIA PROCÓPIO RIDOLFI*; IZABEL CRISTINA LEMES; JOÃO BATISTA CUNHA; LUCÉLIA PAULINO SILVÉRIO.....	28
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA ARTERIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	30
FERNANDA GONÇALVES MOREIRA DE SOUZA*; IZABEL CRISTINA LEMES; JOÃO BATISTA CUNHA.....	30
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NO PÓS-OPERATÓRIO DE AMPUTAÇÃO DE MEMBRO.....	32
ISABELLA CRISTINA DE OLIVEIRA CASTRO.*; ANA MARA MARTINS DE MENESES.; SÂMIA RITA VIEIRA.; WALLISON RIBEIRO RITA. Outra Instituição ANA MARA MARTINS DE MENESES; *ISABELLA CRISTINA DE OLIVEIRA CASTRO; SÂMIA RITA VIEIRA; WALLISON RIBEIRO RITA.....	32
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM FEBRE ICTERO-HEMORRÁGICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	34
TATIANE FERNANDA SILVA*; ISABEL CRISTINA LEMES; JOAO BATISTA CUNHA.....	34
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CELULITE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	36
GISELE FERNANDA MAGALHAES*; JOÃO BATISTA CUNHA; ANGELICA APARECIDA DA SILVA DIAS; IZABEL CRISTINA LEMES.....	36
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	

CONGESTIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	37
PRISCILA DOS SANTOS MOURA DA SILVA*; IZABEL CRISTINA LEMES; JOÃO BATISTA CUNHA.....	37
AUTOCUIDADO APOIADO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OBESIDADE EM ADULTOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA.....	39
FERNANDA RIBEIRO BORGES*; FERNANDA RIBEIRO BORGES.....	39
ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS DA COMUNIDADE.....	40
JOSÉ VITOR DA SILVA*; JOSÉ VITOR DA SILVA; LUANA DE OLIVEIRA SABINO; STEFÂNIA DA ROSA MOREIRA.....	40
AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DOS PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA SEM TERAPIA COMPRESSIVA.....	42
GERALDO MAGELA SALOMÉ*; GERALDO MAGELA SALOMÉ.....	42
AVALIAÇÃO DAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO E DA ESPERANÇA DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	43
ABNER TRIBST AGUIAR*; JOSÉ VITOR DA SILVA; ILZAMARA MOREIRA SANTOS SOARES.....	43
CONSTRUÇÃO DE ALGORITMOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR FRICÇÃO.....	45
AMANDA GABRIELE TENÓRIO*; GERALDO MAGELA SALOMÉ.....	45
CONSTRUÇÃO DE ALGORITMOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	47
AMANDA GABRIELE TENÓRIO*; GERALDO MAGELA SALOMÉ.....	47
COMO SER UM DOADOR DE ÓRGÃOS.....	49
BRUNA DAYANE ALVES AMARAL*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; ALINE SOUZA CRUZ; BRUNA VICTÓRIA DE GOUVEIA MARQUES; JEAN CÉSAR DE VILAS BOAS GOMES; THAMIRES CONTRUCCI MARQUES.....	49
DESCARTE DE SERINGAS E AGULHAS UTILIZADAS POR PACIENTES DIABÉTICOS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	51
ANA LUCIA DE LIMA VIEIRA PINTO*; MARIA TERESA DE JESUS PEREIRA.....	51
DESENVOLVIMENTO DE UMA ESTRATÉGIA DE ENSINO APRENDIZAGEM SOBRE VISITA DOMICILIAR UTILIZANDO O CURSO ABERTO MASSIVO ONLINE.....	53
FERNANDA RIBEIRO BORGES; CAROLINA COSTA VALCANTI AVELINO ²LÍVIA CRISTINA SCALON DA COSTA³; CLÁUDIO KIRNER⁴; SUELI LEIKO TAKAMATSU GOYATÁ⁵, SIMONE DE GODOY COSTA⁶.....	53
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA UNIDADE HOMERO CONGONHAL - MINAS GERAIS.....	55
GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS*; RITA DE CASSIA PEREIRA; LUCIA HELENA ROCHA VILELA RENÓ.....	55
DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE NEFRECTOMIA PARCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	57
GUSTAVO GABRIEL DE LIMA SILVA*; JOÃO BATISTA DA CUNHA; IZABEL CRISTINA LEMES; LARISSA EDVIRGES PIMENTA CARVALHO.....	57

DOAÇÃO DE LEITE HUMANO.....	58
ISABELA TAINÁ PEREIRA*; JESSICA PEREIRA DA COSTA; LARISSA CRISTIANE ATANÁZIO; LAURA SOUZA PEREIRA; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; MAURICÉIA COSTA LINS DE MEDEIROS.....	58
DOAÇÃO DE TECIDOS.....	59
FERNANDA DA SILVA ASSIS*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; ANGELA GONÇALVES; ELISA LOPES ROSALIN; LUTHIESKA GARCIA.....	59
DOAÇÃO DE RIM.....	60
LUCAS GABRIEL MORAES*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; HANAÍ DE MELLO GOMES; RAFAELY TAYNARA TORQUATO; VANESSA FERNANDES BALBINO.....	60
“EU CUIDO DE VOCÊ, MESMO VOCÊ NÃO SABENDO QUEM EU SOU”: CUIDANDO DE UM IDOSO PORTADOR DE ALZHEIMER.....	62
SÂMIA RITA VIEIRA.*; ANA MARA MARTINS DE MENESES.; ISABELLA CRISTINA DE OLIVEIRA CASTRO.; WALLISON RIBEIRO RITA. Outra Instituição ANA MARA MARTINS DE MENESES; ISABELLA CRISTINA DE OLIVEIRA CASTRO; *SÂMIA RITA VIEIRA; WALLISON RIBEIRO RITA.....	62
LISTA DE CHECAGEM PARA CIRURGIA SEGURA: IMPLICAÇÕES E APLICABILIDADE PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	64
LISTA DE CHECAGEM PARA CIRURGIA SEGURA: IMPLICAÇÕES E APLICABILIDADE PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE DIBA MARIA SEBBA TOSTA DE SOUZA*; DIBA MARIA SEBBA TOSTA DE SOUZA; CLAUDIA DA SILVA; ROSENALVA DA SILVA SAMPAIO.....	64
MATERIAL INFORMATIVO SOBRE TRANSPLANTE DE FÍGADO: REVISÃO DE LITERATURA.....	66
THAYNÁ VASCONCELOS DA SILVA*; MAURICÉIA COSTA LINS DE MEDEIROS; DAYANE ALMEIDA ROSA; LAYS MENDES DA SILVA; ROSA LUÍZA FERREIRA DA SILVA; ROSIANE CRISTINA DA SILVA.....	66
O AUTOCUIDADO E A QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS.....	68
JANAÍNA CARLA DA SILVA SOUZA*; LÚCIA HELENA ROCHA VILELA; KARYNE VILAS BOAS DE SOUZA.....	68
PERCEPÇÃO DO ACOMPANHANTE FAMILIAR QUANTO À ASSISTÊNCIA PRESTADA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO IDOSO HOSPITALIZADO.....	70
RITA DE CÁSSIA PEREIRA*; RITA DE CÁSSIA PEREIRA.....	70
PERFIL DOS IDOSOS EM INSTITUIÇÕES ASILARES DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS.....	72
ROSA MARIA DO NASCIMENTO*; ROSA MARIA DO NASCIMENTO.....	72
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O CUIDADO COM A SAÚDE MENTAL.....	74
JOSÉ VITOR DOS SANTOS*; FERNANDA RIBEIRO BORGES.....	74
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR :UMA ESTRATÉGIA NO CUIDADO AO USUÁRIO COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).....	76
FERNANDA RIBEIRO BORGES*; FERNANDA RIBEIRO BORGES; NADHIA GRAZIELE DO PRADO; RODOLFO ALTIRE FERREIRA DOS REIS.....	76

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE UMA PACIENTE PORTADORA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	78
ALINE DA SILVA*; RITA DE CASSIA PEREIRA; JOICE DE FÁTIMA PEREIRA.....	78
PERCEPÇÃO DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS 1 E 2 SOBRE EXERCÍCIO FÍSICO.....	80
FRANCISCO EDIS DE SOUSA*; ANA STELA PEREIRA DA SILVA.....	80
REVISÃO DE LITERATURA: ABORTO PROVOCADO LEGALMENTE.....	81
MARIA CRISTINA PORTO E SILVA*; MARIA CRISTINA PORTO E SILVA; APARECIDA DO CARMO PEREIRA*; BEATRIZ LOPES LINHEIRA DA SILVA; DEBORA RANGEL FARIA; JÉSSICA LISIANE ROSA; MARIA TERESA DE JESUS PEREIRA; VALERIA CRISTINA DE MORAES.....	81
REVISÃO DE LITERATURA: PARTO PREMATURO.....	83
TATIELLE FERNANDES FELICIANO DE OLIVEIRA*; MARIA CRISTINA PORTO E SILVA; ESTELA OLÍVIA FARIA DE ALMEIDA*; HÉVERTON ELIAS ALVES; LIDIANE DE FÁTIMA FERNANDES;; LUANA LUCIANO AMARAL; MARIA TERESA DE JESUS PEREIRA.....	83
REVISÃO DE LITERATURA: DEPRESSÃO E CULPA NO ABORTO ESPONTÂNEO E PROVOCADO.....	85
LARISSA JONAS DE OLIVEIRA**; MARIA CRISTINA PORTO E SILVA; CARLA LUISA MARTINS; ELAINE CRISTINA TOSTA PEREIRA; LUCAS ALVES DA SILVA; MAÍRA FERNANDA LEITE; MARIA TERESA DE JESUS PEREIRA.....	85
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA COM INSUFICIÊNCIA ARTERIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	87
GABRIELA MORAES DE SOUZA*; IZABEL CRISTINA LEMES; JOÃO BATISTA CUNHA; PAOLA DANIELE MAIA.....	87
SABERES E CUIDADOS DE PESSOAS PORTADORAS DE ÚLCERA VENOSA.....	89
GABRIELA DA GRAÇA LIMA LOBO*; MAURICÉIA COSTA LINS DE MEDEIROS; ANNA CECÍLIA QUEIROZ BARBOSA SANTOS; CAMILA FARIA MINAMISSAWA; FLAVIANNE MARYANNE PRUDENCIO; GABRIELA DA GRAÇA LIMA LOBO; MALUANE RODRIGUES HONORATO; MARIA GABRIELA OLIVEIRA DE PAULA	89
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM HEMATOQUEZIA.....	91
DÉBORA RANGEL FARIA*; MAURICEIA COSTA; ALINE CEZARIA DA SILVA Outra Instituição.....	91
TRANSPLANTE CARDÍACO.....	93
RAFAELLA CHAGAS RAMBALDI*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; ALINE PEREIRA DA SILVA DANTAS; EDUARDA RODRIGUES RESENDE; JULIO CESAR OLIVEIRA.....	93
TRANSPLANTE DE CÓRNEA.....	95
GABRIEL HENRIQUE DA SILVA OLIVEIRA*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; FABIANE APARECIDA DO VALE; JOSICLEA PEREIRA DA SILVA; POLLYANA JÚLIA FERREIRA; TAMIRIS APARECIDA.....	95
TRANSPLANTE DE PULMÃO: UMA DECISÃO QUE SALVA VIDAS.....	96
JULIA MARIANA DA SILVA*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; BRUNO BRAGANÇA DAMASO; CAMILA BRUNA DE ALMEIDA; JULIA MARIANA	

DA SILVA; MARIA PATRÍCIA DA SILVA.....	96
TRAUMA PEDIÁTRICO- ACIDENTE DE TRÂNSITO.....	97
GABRIELA TIBÚRCIO RAMOS*; DENISE APARECIDA GOMES SANTOS; DÉBORAH MAMUD; LÊNYN SILVA; ARIELLE BRITO; NATYELLE FERREIRA.....	97
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA FAMÍLIA COM DIVERSOS PROBLEMAS.....	99
GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS¹, TAINÁ CERQUEIRA PEREIRA^{1*}, RITA DE CÁSSIA PEREIRA².....	99
DOAÇÃO DE SANGUE: UM GESTO DE CIDADANIA.....	100
ARIANE BORGES; BEATRIZ CARVALHO; BEATRIZ OLIVEIRA; DANIELE ALMEIDA; MARIA EDUARDA DE S. SILVA*; QUÉZIA CASTRO (1); DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; MAURICÉIA COSTA LINS DE MEDEIROS (2)	100
EVIDÊNCIAS DE ESPIRITUALIDADE E AUTOCUIDADO ENTRE PESSOAS IDOSAS NA COMUNIDADE.....	101
JOSÉ VITOR DA SILVA; ELIZAMA SIQUEIRA BITTENCOURT.....	101

A IMPORTÂNCIA DOS PRIMEIROS SOCORROS PARA PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

ÉVERTON BENEDITO DE ANDRADE*; ANA STELA PEREIRA DA SILVA

O número de praticantes de atividades físicas cresce dia após dia e desperta um olhar para abordagem dos profissionais diante dos acidentes, que pelos diversos movimentos proporcionados podem ocorrer lesões ou acidentes que exigem conhecimentos específicos em primeiros socorros do responsável, diante disso o profissional de Educação Física pela sua matriz curricular possui conhecimento para oferecer o auxílio, de forma a garantir a assistência adequada e manutenção da vida. Diante do exposto, o objetivo do trabalho é analisar a importância dos primeiros socorros para profissionais de Educação Física e as suas obrigações. A omissão de socorro ou negligência na assistência prestada faz com que o profissional responda de forma legal a quaisquer danos causados à vítima segundo o Código Penal Brasileiro. Todos os cursos da área da saúde têm em sua matriz curricular a disciplina de Primeiros Socorros para dar suporte no auxílio primário. Em média, a carga horária para essa disciplina é de 40 h/aula, o que por muitas vezes é questionado, por ser uma carga pequena, segundo alguns autores não atingindo a satisfação dos graduados para um conhecimento teórico prático adequado. Os primeiros socorros de modo geral são os procedimentos básicos a fim de evitar agravamentos de uma vítima até a chegada do socorro especializado. Observa-se nos profissionais de Educação Física de modo geral, que possuem a consciência da importância dos primeiros socorros na sua atuação, mas necessitam se especializar para fazê-lo com maior segurança e domínio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R. F.; SILVA, C. A. F. Trajetória do conteúdo Primeiros Socorros como componente curricular dos cursos de EF das IES do estado do Rio de Janeiro. *Corpus et Scientia*, ano 7, v. 7, n. 2, p. 111-125, 2011.

AMMIRATI, C. et al. Are school teachers able to teach first aid to children younger than 6 years? A comparative study. *BMJ open*, v. 4, n. 9, p. e005848, 2014.

BATISTA, M. N.P. ET AL. Nível de conhecimento em primeiros socorros de professores de Educação Física. *EF Deportes.com*, Revista digital. Buenos Aires, año 18, Nº 186, Noviembre de 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Educação física. Formação. Primeiros socorros

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NA AVALIAÇÃO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

DÉBORA DA SILVA SANTOS DIAS*; MAURICÉIA COSTA LINS DE MEDEIROS

Sabe-se que a exposição a eventos dolorosos repetidos no período neonatal é prejudicial ao recém-nascido prematuro e pode alterar sua estabilidade clínica, aumentando os índices de morbidade e mortalidade neonatais. Considerando a relevância do tema e as atribuições da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido prematuro realizou-se este estudo com o objetivo de avaliar o conhecimento e percepção dos profissionais de enfermagem que atuam na unidade em terapia intensiva neonatal sobre a dor no recém-nascido. Os resultados obtidos dos 20 profissionais do sexo feminino entrevistados com média de idade de 30 anos e tempo de serviço de 5 anos foram: 85% reconhecem a dor como quinto sinal vital, 40% participaram de treinamento nesta temática, 45% avaliaram a dor no primeiro contato, 95% utilizam escala de dor, 75% avaliam sinais de dor através do gemido, 90% através do choro e movimentação de membros, 75% reconhece a saturação de oxigênio dentre os parâmetros fisiológicos, 82% não responderam corretamente em relação a conduta utilizada diante da dor, 100% utilizam medidas profiláticas antes de punção periférica, 65% não utilizam antes da punção capilar, 75% utilizam para procedimentos invasivos, 65% utilizam métodos não farmacológicos. Nas questões abertas analisadas conforme Análise de Conteúdo obteve se unidades de significados que revelaram que estes profissionais acreditam na importância de avaliar a dor no RN, porém este conhecimento, ainda não está solidificado para que as condutas possam ser embasadas. Conclui-se que a equipe de enfermagem reconhece a importância do alívio da dor no RN, mas mostra a necessidade de maior aprofundamento sobre sua avaliação e conduta e sinaliza sobre a importância da uniformidade de condutas em relação aos outros profissionais que atuam nesta unidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics*. 2000; 105{2}:454-61.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*, Illinois, 2006; 118 (5): 2231-2241. Disponível em: acesso em 25/11/2017.

AMARAL JB do, RESENDE, TA, CONTIM D, BARRICHELLO, E. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. Esc Anna Nery 2014;18(2):241-246.

PALAVRAS-CHAVES: Dor. Equipe de enfermagem. Recém-Nascido Prematuro. Percepção

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM QUADRO DE TROMBOFLEBITE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**GUILHERME AUGUSTO DA SILVA BRANDÃO*; MARIA TERESA DE JESUS
PEREIRA; HELLEN CAROLINE DA SILVA TEIXEIRA; IZABEL CRISTINA
LEMES**

Gravidez é um processo onde ocorrem diversas mudanças fisiológicas e anatômicas no organismo materno, que podem levar a alteração dos elementos figurados e humorais do sangue circulante. Uma dessas alterações fisiológicas presentes durante todo ciclo gravídico é a presença dos elementos da Tríade de Virchow (Hipercoagulabilidade, estase venosa e lesão vascular). A mudança desses níveis de coagulação leva ao aumento do estado trombogênico, predispondo a presença de trombose durante a gestação em decorrência da compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico (REZENDE, 2014). Diante dessa complexidade, torna-se imprescindível a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), metodologia que permite o raciocínio e julgamento clínico do enfermeiro frente aos sinais e sintomas relacionados aos problemas de saúde a fim de traçar diagnósticos reais e potenciais. Tem como objetivo implementar assistência de enfermagem a uma gestante no 3º trimestre de gestação gemelar com quadro clínico de tromboflebite. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso, realizado durante as aulas práticas da disciplina de Saúde da Mulher do curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Sapucaí, no setor de Maternidade do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). A coleta de dados foi realizada no período de 20 a 23 de março por meio de observações, anamnese e dados clínicos do paciente estudado. Para o diagnóstico de enfermagem do paciente, foi utilizada a NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*, 2015) na qual foram analisadas as condições clínicas do paciente (fisiológicas, biológicas e terapêuticas). Após levantamento dos problemas de enfermagem e diagnósticos de enfermagem, foi traçado um plano de cuidados para os principais diagnósticos por meio da NIC (Intervenções de Enfermagem). **RESULTADOS:** Os principais diagnósticos levantados foram: Dor aguda, Conforto prejudicado, Ansiedade, Integridade da pele prejudicada, Deambulação prejudicada, Risco de sangramento, Risco de intolerância à atividade, Risco de binômio mãe-feto perturbado. **CONCLUSÃO:** Durante a assistência prestada, identificou-se a importância do cuidado integral a paciente com quadro de tromboflebite durante a gestação, devido a particularidade da doença e os riscos ofertados tanto para a mãe quanto para os fetos. Para

que isto aconteça a execução do processo de enfermagem é a ferramenta ideal para subsidiar a prática clínica do enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REZENDE Filho, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. Obstetrícia fundamental Rezende. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 751p., il. - NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MCCLOSKEY, JC. (Org.); BULECHEK, GM. (Org).Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1089p.

PALAVRAS-CHAVES: Gestante; Tromboflebite; Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE CARDIOPATA COM QUADRO CLÍNICO DE OLIGOÂMNIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

HELLEN CAROLINE DA SILVA TEIXEIRA*; MARIA TERESA DE JESUS PEREIRA; GUILHERME AUGUSTO BRANDÃO; IZABEL CRISTINA LEMES

INTRODUÇÃO: A gravidez é um momento ímpar na vida de uma mulher, na qual ocorrem diversas mudanças, tanto psicológicas, quanto fisiológicas. Algumas dessas alterações são as modificações hemodinâmicas relacionadas ao débito cardíaco, níveis pressóricos e aumento da carga de volume circulante (REZENDE, 2014). Quando a gestante já possui alguma patologia, como a cardiopatia, a mesma é identificada como paciente de alto risco, pois aumenta-se as probabilidades de complicações obstétricas e fetais (MENEGUIN, 2016). Uma das complicações observadas nessas gestantes cardiopatas, segundo Calil (2016) é a oligodramnia ou oligoâmnio, caracterizada pela diminuição do líquido amniótico, podendo levar ao sofrimento fetal. Visto a peculiaridade do caso, torna-se imprescindível a execução do Processo de Enfermagem (PE) por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem através de ações voltadas, neste caso, a gestante cardiopata. Os diagnósticos traçados conforme os sinais e sintomas garantem uma assistência ao binômio mãe-filho durante toda a internação, contribuindo para uma assistência direcionada e eficaz. O objetivo desse estudo é implementar assistência de enfermagem a uma gestante cardiopata com quadro clínico de oligoâmnio. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso, realizado durante as aulas práticas da disciplina de Saúde da Mulher do curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Sapucaí, no setor de Maternidade do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). A coleta de dados foi realizada no período de 20 a 23 de março mediante o histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), dados contidos no prontuário e exames laboratoriais e de imagem. Foi utilizada a NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*, 2015) para o levantamento dos diagnósticos. Após a identificação dos problemas de enfermagem elencaram-se os diagnósticos de enfermagem, intervenções de Enfermagem, pautadas na NIC e evolução de enfermagem. **RESULTADOS:** Os principais diagnósticos levantados foram: Dor aguda, Fadiga, Conforto prejudicado, Intolerância à atividade, Risco de infecção, Risco de função cardiovascular prejudicada; Risco de débito cardíaco diminuído, Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz; Risco de binômio mãe-feto perturbado, Risco de sangramento. **CONCLUSÃO:** Identificar Diagnóstico de Enfermagem da NANDA permite a determinação do grau de risco gestacional, detecção precoce de complicações e individualização da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALIL, Osmar Araújo; MARIO, Afonso Dalmazio Souza; ROZÁRIO, Fernando Augusto. Análise das complicações da gestação de mulheres cardiopatas atendidas em um hospital de Vitória-ES. 1) Corpo Editorial 2) Instruções para autores, v. 2, n. 2, p. 11-18, 2016.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015 MENEGUIN, Silmara; DE LIMA XAVIER, Caroline; GUERRA DE SANTANA, Debora. Qualidade de vida de cardiopatas durante a gestação e após o parto. Acta Paulista de Enfermagem, v. 29, n. 2, 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Gestante, Cardiopatia; Oligoâmnio, Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO SUBMETIDO À CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**LÍDIA ESTER CORRÊA PEREIRA*; JOÃO BATISTA CUNHA; IZABEL
CRISTINA LEMES**

INTRODUÇÃO: O politraumatismo advém de um evento traumático em que há grande desprendimento de energia, como quedas, acidentes de trânsito, atropelamentos e ferimentos por armas de fogo, entre outras causas que resultem em graves lesões (MATTOS et al, 2012). A craniotomia descompressiva (CD) é método cirúrgico para redução imediata da pressão intracraniana (PIC). Geralmente é indicada em casos de tumefação cerebral (TCe) e hematoma subdural agudo (HSDA) ou mesmo para lesões não traumáticas. Consiste em craniotomia unilateral e ampliação do espaço intradural por meio de plástico da dura-máter para se acomodar o cérebro tumefeito (PEREIRA et al. 2014). Tem como objetivo implementar a assistência de enfermagem, fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979) ao paciente politraumatizado submetido a craniotomia descompressiva. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de caso, desenvolvido durante o estágio supervisionado I, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí, no setor Clínica Médica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). A coleta de dados foi por meio na anamnese, exame físico e informações do prontuário. Para o diagnóstico de enfermagem foi utilizada a NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*, 2015). **RESULTADOS:** Os principais diagnósticos levantados foram: Dor aguda, Mobilidade, Integridade da pele prejudicada, Padrão respiratório ineficaz, risco de sangramento, risco de infecção, risco de queda. **CONCLUSÃO:** ao final dessa experiência percebe-se que os pacientes politraumatizados submetidos a craniotomia descompressiva requerem cuidados de enfermagem específicos e sistematizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FALEIRO, R.M. et al. Craniectomia descompressiva para tratamento da hipertensão intracraniana traumática em crianças e adolescentes. *Arquivo Neuropsiquiátrico*, Belo horizonte, v. 64, p. 839-844, 2006.

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

MATTOS, L.S. et al. Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência, 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Assistência de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, craniotomia.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE GASTRECTOMIA PARCIAL: RELATO DE EXPERIENCIA

**JÚLIA PROCÓPIO RIDOLFI*; IZABEL CRISTINA LEMES; JOÃO BATISTA
CUNHA; LUCÉLIA PAULINO SILVÉRIO**

INTRODUÇÃO: No Brasil, o adenocarcinoma está entre as três primeiras causas de morte por câncer no sexo masculino e entre as cinco primeiras nas mulheres. Sua incidência é maior entre homens, na proporção de 2:1, sendo mais frequente entre 50 e 70 anos, com pico por volta dos 70 anos em ambos os sexos (COVOS et al, 2011). O desenvolvimento do adenocarcinoma gástrico é multifatorial, envolvendo tanto aspectos ambientais como genéticos. Dentre os fatores de risco ambientais, é importante citar o tabagismo, a infecção pelo *Helicobacter pylori*, populações de baixa renda, trabalhadores em indústrias de carvão e níquel, dieta com alto teor de sódio, consumo de alimentos contendo nitrosaminas e benzopireno, entre outros. Parentes em primeiro grau de pacientes com adenocarcinoma gástrico possuem duas a três vezes mais chance de desenvolver a doença (SANTOS et al, 2011). Objetivou-se identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados em pós-operatório de cirurgia eletiva à luz da teoria das necessidades humanas básicas, proposta por Wanda de Aguiar Horta, segundo a taxonomia da NANDA I e propor intervenções de enfermagem. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido na Clínica Cirúrgica de um Hospital escola do Sul de Minas Gerais, no período de 10 a 13 de abril de 2018. Para desenvolver este estudo foi aplicado o Processo de Enfermagem, nas etapas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem (DE), plano assistencial, prescrição de enfermagem e evolução. Resultados: Os principais DE levantados foram: Dor aguda, Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Padrão do sono prejudicado, Constipação, Náuseas, Risco de infecção, Risco de função cardiovascular prejudicada, Risco de queda, Risco de glicemia instável, Risco de sangramento. Conclusão: O Planejamento da Assistência de enfermagem visou principalmente contribuir para a o tratamento e diminuir riscos potenciais. A classificação dos diagnósticos é indispensável para o desenvolvimento da enfermagem baseada em evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COVOS FHGet al. Câncer gástrico avançado: complicação pós operatória –discussão de caso. Arquivos Médicos Hospitais da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa, São Paulo, v. 56, p. 145-9, 2011.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SANTOS, A.S. et al. Adenocarcinoma gástrico. Arquivos Médicos Hospitais da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, São Paulo, v. 60, p.156-9, 2015.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Assistência de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem; Câncer, adenocarcinoma.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA ARTERIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**FERNANDA GONÇALVES MOREIRA DE SOUZA*; IZABEL CRISTINA LEMES;
JOÃO BATISTA CUNHA**

INTRODUÇÃO: A insuficiência arterial periférica é caracterizada pela diminuição do fluxo sanguíneo arterial para os membros, ocorrendo comumente nos membros inferiores, causando um processo aterosclerótico crônico, podendo manifestar-se como síndromes isquêmicas agudas ou crônicas (FURTADO, et al.2015). Essa doença em membros inferiores pode causar amputações e também risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Os principais fatores de risco para o seu progresso são Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, hipertrigliceridemia e tabagismo (SANTOS, et al.2016).Com essa complexidade, torna-se imprescindível a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma ferramenta essencial que

permite o raciocínio e julgamento clínico do enfermeiro frente aos sinais e sintomas relacionados aos problemas de saúde a fim de traçar os diagnósticos de enfermagem (DE). Tem como objetivo, implementar assistência de enfermagem em um paciente com insuficiência arterial. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de caso, desenvolvido durante o estágio supervisionado I do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí, no setor Clínica Médica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). A coleta de dados foi realizada no período de 22 a 23 de março por meio de observações, anamnese, exame físico e informações colhidas no prontuário. Para o diagnóstico de enfermagem do paciente, foi utilizada a NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*, 2015). RESULTADOS: Os principais diagnósticos levantados foram: Dor aguda, Perfusão tissular periférica ineficaz, Mobilidade física prejudicada e Risco de infecção. CONCLUSÃO: o estudo dos diagnósticos de enfermagem proporcionou um maior conhecimento da realidade desse paciente, contribuindo para uma maior atenção e implementação de ações de enfermagem eficazes para a resolução dos problemas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FURTADO, L. B. et al. Assistência de enfermagem á paciente com doença arterial obstrutiva periférica: relato de caso. Rev. Pre. Infec e Saúde. 2015.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SANTOS, T. G. et al. Assistência de enfermagem a doença arterial obstrutiva periférica: um relato de experiência. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Doença Arterial Periférica. Assistência de Enfermagem. Estudos de Casos.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NO PÓS-OPERATÓRIO DE AMPUTAÇÃO DE MEMBRO

ISABELLA CRISTINA DE OLIVEIRA CASTRO.*; ANA MARA MARTINS DE MENESES.; SÂMIA RITA VIEIRA.; WALLISON RIBEIRO RITA. Outra Instituição ANA MARA MARTINS DE MENESES; *ISABELLA CRISTINA DE OLIVEIRA CASTRO; SÂMIA RITA VIEIRA; WALLISON RIBEIRO RITA

INTRODUÇÃO: A amputação de um membro coloca o indivíduo frente a uma multiplicidade de desafios físicos e psicossociais, podendo trazer prejuízos no funcionamento físico, uso de prótese, dor, mudança na ocupação, bem como alterações na imagem corporal e no autoconceito. Porém, é preciso considerar que há variação considerável no funcionamento psicossocial de indivíduos com amputação de membros. Muitos indivíduos funcionam bem, principalmente quando se sentem amparados por uma rede de relações suportiva. (Desmond e MacLachlan, 2005). **OBJETIVO:** Acompanhar o pós-cirúrgico de amputação de membro inferior esquerdo de um idoso institucionalizado. **METODOLOGIA:** Relato de experiência de três estagiários do curso Técnico em Enfermagem do Colégio João Paulo II, para com um idoso do sexo masculino, 79 anos, diabético, tabagista, apresentando sialorréia, dislalia e hemiplegia esquerda devido a um Acidente Vascular Cerebral há 14 anos, procedimento cirúrgico de amputação em MIE em 19 de fevereiro de 2018 e significativa perda de peso. Foram realizados os devidos cuidados de Enfermagem como troca de curativo, mudança de decúbito, assistência e incentivo na alimentação, higienização oral, tricotomia facial, verificação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e glicemia capilar), humanização em seu atendimento devido à dificuldade de aceitação da amputação e acompanhamento no processo de cicatrização do membro amputado, onde o coto apresentou deiscência de sutura com dificuldade na retirada de pontos e secreção sanguinolenta nos primeiros dias. **RESULTADOS:** Evidenciou-se a importância da assistência de Enfermagem, evitando o cuidado mecanicista e a adequada comunicação em equipe, devido a observação dos envolvidos na dificuldade da alimentação do paciente para melhor compreender quanto a ação medicamentosa ou a não aceitação da amputação. Foi essencial o incentivo e realização ao auto cuidado do idoso, sinais vitais em especial glicemia capilar e acompanhamento do processo de cicatrização do membro amputado, onde ocorreu deiscência de sutura, retirada de pontos alternados e cicatrização por completo após 46 dias pós-sutura. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O processo de amputação envolve sentimento de perda, dependência e isolamento social; o atendimento humanizado de Enfermagem no processo de amputação é fundamental para que o paciente tenha uma assistência integrada que favoreça sua recuperação e adaptação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Desmond, DM&MacLachlan M. (2005).Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations.Soc. Sci. Med.

PALAVRAS-CHAVES: Enfermagem, amputação, idoso, humanização.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM FEBRE ICTERO- HEMORRÁGICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**TATIANE FERNANDA SILVA*; ISABEL CRISTINA LEMES; JOAO BATISTA
CUNHA**

INTRODUÇÃO: A febre amarela (FA) é uma doença infecciosa febril aguda, não contagiosa, transmitida por vetores artrópodes e causada por um vírus do gênero Flavivirus, família Flaviviridae. No Brasil o vírus é mantido na natureza por transmissão entre primatas não humanos (PNH) e mosquitos silvestres arbóreos, principalmente dos gêneros Haemagogus e Sabethes. Sob o aspecto clínico pode se apresentar como assintomática,

oligossintomática, moderada e grave. As formas leves ocorrem em cerca de 20% a 30% dos casos e as graves e malignas acometem entre 15% a 60%, com evolução para óbito entre 20% e 50% dos casos (BRASIL, 2018). Este trabalho tem como objetivo implementar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) ao paciente com febre ictero-hemorrágica. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo qualitativo, tipo estudo de caso, desenvolvido durante o estágio supervisionado I, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí, no setor Clínica Médica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). A coleta de dados foi baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979), por meio na anamnese, exame físico e informações do prontuário. Para o diagnóstico de enfermagem foi utilizada a NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*, 2015). Os principais diagnósticos levantados foram: Conforto prejudicado, Hipertermia, Volume de líquidos excessivo, Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Risco de perfusão renal ineficaz, Risco de sangramento, Risco de volume deficiente, Risco de infecção, Risco de desequilíbrio hidroeletrólítico. CONCLUSÃO: A realização deste estudo foi relevante para a formação acadêmica uma vez que a implementação e reflexão da SAE favorece para organização do cuidado e na qualidade da assistência ao indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Febre Amarela Guia para Profissionais de Saúde. Brasília, DF, 2018.

HORTA, W.A. Processo de Enfermagem, São Paulo (SP): EPU; 1979.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Sistematização da enfermagem, diagnósticos de enfermagem, febre amarela.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CELULITE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**GISELE FERNANDA MAGALHAES*; JOÃO BATISTA CUNHA; ANGELICA
APARECIDA DA SILVA DIAS; IZABEL CRISTINA LEMES**

INTRODUÇÃO: Celulite é uma infecção bacteriana que atinge a derme profunda e tecido subcutâneo e nem sempre é clara a distinção entre tecido infectado e não infectado. *S. aureus* e estreptococos são os agentes etiológicos mais comuns da celulite, mais ocasionalmente, outras bactérias podem ser implicadas. Os principais sinais são: locais de inflamação (eritema, edema, calor e dor) e, na maioria das instâncias, febre e leucocitose (SMELTZER, S.C. et al. 2012). Teve como objetivo implementar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) ao paciente com celulite. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, desenvolvido durante o estágio supervisionado I, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí, no setor Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). A coleta de dados foi baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979), por meio da anamnese, exame físico e informações do prontuário. Para o diagnóstico de enfermagem foi utilizada a NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*, 2015). **RESULTADOS:** Os principais diagnósticos levantados foram: Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Sobrepeso, Dor crônica, Sobrepeso, Dor crônica, Déficit autocuidado para banho, Risco glicemia instável, Risco de queda, Risco de Perfusão Renal Ineficaz e Risco de infecção. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que a (SAE) é favorável para um bom prognóstico, pois percebeu-se que a melhor assistência é a individualizada e humanizada, assistindo o cliente como um ser único, respeitando as suas necessidades biopsicossociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS REFERÊNCIAS

HORTA, W.A. Processo de Enfermagem, São Paulo (SP): EPU; 1979.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SMELTZER, S.C. et al. Brunner & Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 4 v.

PALAVRAS-CHAVES: PALAVRAS CHAVES: Sistematização da enfermagem, diagnósticos de enfermagem, Celulite.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**PRISCILA DOS SANTOS MOURA DA SILVA*; IZABEL CRISTINA LEMES;
JOÃO BATISTA CUNHA**

INTRODUÇÃO: A Insuficiência Cardíaca (ICC) é uma doença progressiva, sistêmica caracterizada pelo suprimento inadequado de sangue para atender as necessidades metabólicas e teciduais do organismo (SMELTZER, S.C. et al. 2012). A estimativa é que, até 2020, no Brasil, a ICC acometa em torno de 6,4 milhões de pessoas, com mortalidade em torno de 1% (BOCHI et al., 2012), tendo como objetivo implementar a sistematização da assistência de enfermagem a paciente com insuficiência cardíaca. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de caso, desenvolvido durante o estágio supervisionado I, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí, no setor Clínica Médica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). A coleta de dados foi baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979), por meio na anamnese, exame físico e informações do prontuário. Para o diagnóstico de enfermagem foi utilizada a NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*, 2015). Os principais diagnósticos levantados foram: troca de gases prejudicada, débito cardíaco diminuído, mobilidade física prejudicada, risco de queda, risco de infecção, risco de glicemia instável e risco de perfusão renal ineficaz. **Conclusão:** Os diagnósticos de enfermagem identificados neste estudo estabelecem um parâmetro para as intervenções de enfermagem, favorecendo a conduta da equipe de enfermagem durante o assistência ao paciente com ICC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOCCHI, EA et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 98, n. 1 (Supl. 1), p. 1-33, 2012.

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

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SMELTZER, S.C. et al. *Brunner&Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 4 v.

PALAVRAS-CHAVES: Sistematização da enfermagem, diagnósticos de enfermagem, insuficiência. Cardíaca.

AUTOCUIDADO APOIADO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OBESIDADE EM ADULTOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA

FERNANDA RIBEIRO BORGES*; FERNANDA RIBEIRO BORGES

INTRODUÇÃO: Para identificar as evidências disponíveis na literatura sobre o tratamento da obesidade em adultos, por meio do autocuidado apoiado na Estratégia Saúde da Família foi realizada uma revisão integrativa da literatura na Base de Dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências de laSalud (IBECS) e na Biblioteca Eletrônica *ScientificElectronic Library* online (SciELO). Resultados: foram incluídos nove artigos, com nível VI de força de evidência. Encontraram-se diferentes estratégias para o tratamento da obesidade junto a Estratégia Saúde da Família, porém apenas uma que destaca o autocuidado apoiado como proposta de intervenção para o tratamento. **CONCLUSÃO:** Apesar de a obesidade ser reconhecida como evento de controle prioritário entre as equipes de Saúde da Família, o que se observa é que poucas são as ações que buscam reconhecer o papel central das pessoas em seu tratamento e, conseqüentemente, desenvolver um sentido de auto responsabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTELHO, R. L. L., CUNHA, C. C. A., MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Saúde*, Brasília, DF, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle de Obesidade: recomendações para estados e municípios, Brasília, D

PALAVRAS-CHAVES: Estratégia Saúde da Família; Obesidade; Autocuidado Apoiado.

ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS DA COMUNIDADE

**JOSÉ VITOR DA SILVA*; JOSÉ VITOR DA SILVA; LUANA DE OLIVEIRA
SABINO; STEFÂNIA DA ROSA MOREIRA**

INTRODUÇÃO: Os objetivos do presente trabalho foram: identificar as características sociodemográficas e de saúde de pessoas idosas na comunidade; avaliar as atividades avançadas da vida diária e a qualidade de vida desses idosos. O presente estudo foi de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e transversal. Os participantes do estudo foram pessoas idosas, com 60 anos ou mais, ambos os gêneros e que residiam nos bairros São João e Esplanada, Pouso Alegre MG. A amostra constituiu-se de 240 gerontes. A amostragem foi do tipo não probabilístico por conveniência e “bola de neve”. Foram utilizados os seguintes instrumentos: 1- Caracterização pessoal, familiar, social, econômica e de saúde; 2- Escala de qualidade de vida de pessoas idosas de Vitor (EQVI VITOR) e 3- Lista de atividades avançadas da vida diária. O estudo foi aprovado pelo CEP da Universidade do Vale do Sapucaí, sob o Parecer Consubstanciado número 1.417.178. A média de pontos da EQVI VITOR (total) foi de 186,95 pontos (DP+19,44), com classificação “Média-alta”; a média de pontos do primeiro domínio “Autonomia e Dimensão Psicológica” foi de 42,09 pontos (DP+4,83) com classificação “Média-alta”; a média de pontos do segundo domínio “Meio Ambiente” foi de 32,06 pontos (DP+7,17) com classificação “Média-alta”; a média de pontos do terceiro domínio “Independência Física” foi de 23,89 pontos (DP+3,70) com classificação “Baixa”; a média de pontos do quarto domínio “Família” foi de 28,9 pontos (DP+3,82) com classificação “Média-alta”; a média de pontos do quinto domínio “Saúde” foi de 23,18 pontos (DP+4,07) com classificação “Média-alta” e a média de pontos do sexto domínio “Dimensão Social” foi de 36,81 pontos (DP+4,09) com classificação “Média-alta”. As Atividades Avançadas de Vida Diária obtiveram a média pontuação= 29,71(DP+3,75), com classificação “Muito boa”. Concluiu-se que a qualidade de vida dos integrantes do estudo foi considerada muito boa e domínio que menos contribuiu para esse fenômeno foi a Independência. As atividades avançadas da vida diárias e classificaram também como muito boas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVA, J. V. Ser idoso e ter qualidade de vida: as representações sociais de idosos de cidades sul-mineiras. 202 f. 2003. Tese (doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2003.

SILVA, MJ et al. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza - Ceará. Acta Paulista de Enfermagem, vol.19, n.2. São Paulo, abr./ jun. 2006.

SILVA, MD et al. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Rio de Janeiro, a.15, v.4, p. 635-642, 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Descritores: Qualidade de vida; atividades avançadas da vida diária; idoso.

AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DOS PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA SEM TERAPIA COMPRESSIVA

GERALDO MAGELA SALOMÉ*; GERALDO MAGELA SALOMÉ

INTRODUÇÃO: Para avaliar a autoimagem dos indivíduos com úlcera venosa foi realizado um estudo clínico, descritivo, analítico, prospectivo no Ambulatório de Feridas (NAEEnf), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde Dr. José Antônio Garcia Coutinho, sob o parecer número: 276.259. Participaram do estudo 30 pacientes com úlcera venosa. Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta: dados demográficos e clínicos Escala *BodyInvestmentScale*. Resultados: 14 (46,67%) dos pacientes eram do sexo masculino e 16 (53,33%) eram do sexo feminino. 10 (33,33%) dos participantes da pesquisa tinham idade entre 66 a 75 anos e 8(26,67%) idade acima de 76 anos. 20 (66,67%) dos participantes da pesquisa eram casados. Com relação ao instrumento *BodyInvestmentScale*, a média do escore total foi 34,0. A média dos escores nos domínios do Instrumento de *BodyInvestmentScale* foi de 16,30 para imagem corporal; 23,93 para cuidado pessoal; 5,53 para proteção corporal; e 18,30 para toque corporal. Conclusão: os pacientes com úlcera venosa apresentaram alterações do questionário *BodyInvestmentScale* e nos domínios imagem corporal, toque pessoal e proteção corporal. Tais achados apontam que os indivíduos apresentam alterações na imagem corporal, proteção corporal e no toque corporal, ou seja, esses indivíduos manifestaram ter sentimentos negativos em relação ao corpo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVA FA da, FREITAS CH, JORGE MS, MOREIRA TM, de Alcântara MC. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. Rev. Bras Enferm. 2009;62(6):889-93.

PAULA MAB, TAKABASHI RF. Sexualidade humana: resgatando aspectos de sua trajetória ao longo da história. Rev. Estima. 2009; 7(1): 33-8.

BAPTISTA CMC, CASTILHO V. Levantamento do custo do procedimento com bota de Unna em pacientes com úlcera venosa. Rev. LatAm Enfermagem. 2006; 14(6): 944-49.

PALAVRAS-CHAVES: Autoimagem; Autoestima; Úlcera Varicosa; Úlcera Venosa.

AVALIAÇÃO DAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO E DA ESPERANÇA DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

ABNER TRIBST AGUIAR*; JOSÉ VITOR DA SILVA; ILZAMARA MOREIRA SANTOS SOARES

INTRODUÇÃO: O autocuidado e a esperança de vida são reconhecidos como indicadores de saúde no contexto humano. Os objetivos do presente estudo foram: identificar as características pessoais familiares, sociais, econômicas e de saúde de pessoas idosas portadoras de Diabetes Mellitus tipo 2, que frequentam o Centro Municipal de Educação em Diabetes (CEMED) de Pouso Alegre, MG; avaliar as capacidades de autocuidado; avaliar a esperança de vida; relacionar as capacidades de autocuidado com a esperança de vida.. A abordagem foi quantitativa, do tipo descritivo e transversal. Os participantes foram pessoas idosas, a partir de 60 anos, ambos os sexos, que frequentavam o CEMED, da cidade de Pouso Alegre-MG. A amostragem foi do tipo não probabilístico por conveniência. Observou-se que dos 49 participantes do estudo, 95,91% residiam na zona urbana; 53,06% eram do gênero masculino; a média de idade foi de 69,63; 97,91% afirmaram ter uma religião e 62,5% professaram ser católicos; 28,57% possuíam ensino fundamental incompleto; 61,22% dos participantes eram casados; 97,95% relataram ter filhos e a média de filhos foi de 4,45; 79,16% conviviam com o tipo de família nuclear e a situação atual de trabalho sobressaiu em 55,10% para os que aposentaram e deixaram de trabalhar; em relação à percepção de saúde, 53,06% dos entrevistados declararam o estado de sua saúde “Regular”; quanto à saúde atual comparada com o último ano, 38,77% afirmaram estar a “mesma coisa” e quando comparada com as pessoas da mesma idade, 75,51% disseram estar “melhor”; 100% dos integrantes do estudo eram portadores de alguma doença crônica, sendo o tipo mais prevalente, além do Diabetes Mellitus tipo 2, a Hipertensão arterial, com 34,56%; a média (em anos) em relação ao tempo de portar doença crônica foi de 14,25; a média de glicemia capilar (em mg/dl) foi de 191,10 e quanto ao IMC dos participantes, 36,95% apresentaram-se com “Excesso de peso”; 100% dos participantes faziam uso de remédios; 55,10% não praticavam atividade física alguma; dos que praticavam, obteve-se a caminhada com 26,53% como sendo o tipo mais predominante e em relação à frequência da prática de exercícios físicos, as frequências “Diariamente”, “Três vezes por semana” e “Duas vezes por semana” obtiveram, cada uma, 12,24%. Detectou-se que a média da capacidade de autocuidado foi 128,95, classificada como “Ótimo”, e da esperança de vida 40,38, com nível “Muito Bom”; ao relacionar as capacidades de autocuidado de DM2 com a esperança de vida, detectou-se que não houve significância entre essas variáveis. Quanto à consistência interna da escala de capacidades de autocuidado, obteve-se alfa de Cronbach = 0,762; a escala de esperança de vida de Herth obteve $\alpha = 0,7274$. Concluiu-se que os escores de capacidade de autocuidado e esperança de Herth foram considerados muito bons.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SARTORE, A.C.; GROSSI, S.A.A. Escala de Esperança de Herth - Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. Rev. Esc. Enferm.USP; v.42, n.2; p.227-32, 2008.

SCHUSTER, J. T; et al. Esperança e depressão em pacientes oncológicos em um hospital do sul do Brasil. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v. 59, n. 2, p.84-89, abril-jun 2015.

SILVA, J.V. Adaptação Cultural e Validação do Instrumento de Medida das Capacidades de Autocuidado “ AppraisalOf Self – CareAgencyScale”. Pesquisa – Escola de Enfermagem – USP, SP. 2002

PALAVRAS-CHAVES: Descritores: idoso; diabetes mellitus; esperança; autocuidado.

CONSTRUÇÃO DE ALGORITMOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR FRICÇÃO

AMANDA GABRIELE TENÓRIO*; GERALDO MAGELA SALOMÉ

INTRODUÇÃO: Dermatite Associada à Incontinência urinaria é definida como área de eritema e edema da superfície da pele, por vezes acompanhada de lesões bolhosas com exsudato, erosão ou infecção cutânea secundária; a qual se relaciona a uma variedade de distúrbios clínicos devido à exposição excessiva aos efluentes – tais como urina, fezes, perspiração, exsudato de feridas, entre outros. (LACHENBRUCH, RIBBLE, EMMONS, VANGILDER, 2016). A prevalência da dermatite associada a incontinência urinaria é responsável por 7% das lesões de pele em pacientes incontinentes internados em casas de repouso; 50% destas lesões na mesma população foram detectadas em pacientes que apresentavam incontinência fecal. Já 42% em pacientes adultos com incontinência hospitalizados e 83% de pacientes incontinente internados em unidades de cuidados intensivos (LACHENBRUCH, RIBBLE, EMMONS, VANGILDER, 2016; CAMPBELL, COYER, OSBORNE, 2016; BERKE, 2016). **Objetivo:** Construir algoritmos para prevenção e tratamento de dermatite associada a incontinência urinaria. **Métodos:** Para construção dos algoritmos, foi realizada uma revisão bibliográfica junto às bases de dados de Ciências da Saúde: Biblioteca Cochrane, *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde, a *National Library of Medicine-USA*, *International Nursing Index* e o *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*. Consultaram-se bibliografias, livros e teses da área dos últimos 10 anos, utilizando como descritores: dermatite; Dermatite das fraldas; Algoritmos, Protocolos clínicos. Para a seleção das publicações adotou-se como critérios de inclusão: apenas estudos primários com ligação direta com a temática e que estivessem disponíveis na íntegra, sem delimitação temporal proposta, pois a intenção foi de compilar os estudos que atendiam aos critérios estabelecidos. A partir deste levantamento elaboramos os algoritmos, que compreendeu uma sequência descrita em 3 (três) etapas: Primeira etapa: Descreveu a definição, causas e sintomas da dermatite associada à incontinência urinaria (DAI). Segunda etapa: Padronizou os cuidados utilizados para prevenção da DAI. Terceira etapa: Padronizou o tratamento da DAI. **Resultados:** Por meio da revisão de literatura, foram encontrados 100 artigos. Sendo excluídos: 42 artigos após a leitura do título e 20 após a leitura do resumo. Somente 38 artigos foram selecionados para construção dos algoritmos. Totalizando 62 artigos excluídos. Após a revisão de literatura nacional e internacional foi possível construir 2 algoritmos, sendo um para prevenção e outro para tratamento da dermatite associada à incontinência urinaria **Considerações:** Após revisão da literatura nacional e internacional foi possível construir os algoritmos. Os mesmos servirão como guia, que deverá nortear a

tomada de decisão do enfermeiro relacionado a prevenção e tratamento de dermatite associada a incontinência urinária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LACHENBRUCH C, RIBBLE D, EMMONS K, VANGILDER C. Pressure ulcer risk in the incontinent patient: analysis of incontinence and hospital-acquired pressure ulcers from the International Pressure Ulcer Prevalence Survey. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2016 ; 43 (3):235-241 .

CAMPBELL JL, COYER FM, OSBORNE SR. Incontinence-associated der-matitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. *Int Wound J*. 2016;13(3):403-411.

BERKE CT. Incontinence associated (IAD). *Journal of Wound Ostomy& Continence Nursing*. 2016; 43(5): 453.

PALAVRAS-CHAVES: Dermatite; Dermatite das fraldas; Pele; Algoritmos, Protocolos clínicos.

CONSTRUÇÃO DE ALGORITMOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA URINÁRIA

AMANDA GABRIELE TENÓRIO*; GERALDO MAGELA SALOMÉ

INTRODUÇÃO: Dermatite Associada à Incontinência urinaria é definida como área de eritema e edema da superfície da pele, por vezes acompanhada de lesões bolhosas com exsudato, erosão ou infecção cutânea secundária; a qual se relaciona a uma variedade de distúrbios clínicos devido à exposição excessiva aos efluentes – tais como urina, fezes, perspiração, exsudato de feridas, entre outros. (LACHENBRUCH, RIBBLE, EMMONS, VANGILDER, 2016). A prevalência da dermatite associada à incontinência urinaria é responsável por 7% das lesões de pele em pacientes incontinentes internados em casas de repouso; 50% destas lesões na mesma população foram detectadas em pacientes que apresentavam incontinência fecal. Já 42% em pacientes adultos com incontinência hospitalizados e 83% de pacientes incontinente internados em unidades de cuidados intensivos (LACHENBRUCH, RIBBLE, EMMONS, VANGILDER, 2016; CAMPBELL, COYER, OSBORNE, 2016; BERKE, 2016). **Objetivo:** Construir algoritmos para prevenção e tratamento de dermatite associada a incontinencia urinaria. **Métodos:** Para construção dos algoritmos, foi realizada uma revisão bibliográfica junto às bases de dados de Ciências da Saúde: Biblioteca Cochrane, *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde, a *National Library of Medicine-USA*, *International Nursing Index* e o *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*. Consultaram-se bibliografias, livros e teses da área dos últimos 10 anos, utilizando como descritores: dermatite; Dermatite das fraldas; Algoritmos, Protocolos clínicos. Para a seleção das publicações adotou-se como critérios de inclusão: apenas estudos primários com ligação direta com a temática e que estivessem disponíveis na íntegra sem delimitação temporal proposta, pois a intenção foi de compilar os estudos que atendiam aos critérios estabelecidos. **RESULTADOS:** Por meio da revisão de literatura, foram encontrados 100 artigos. Sendo excluídos: 42 artigos após a leitura do título e 20 após a leitura do resumo. Somente 38 artigos foram selecionados para construção dos algoritmos. Totalizando 62 artigos excluídos. Após a revisão de literatura nacional e internacional foi possível construir 2 algoritmos, sendo um para prevenção e outro para tratamento da dermatite associada à incontinência urinaria **CONSIDERAÇÕES:** Após revisão da literatura nacional e internacional foi possível construir os algoritmos. Os mesmos servirão como guia, que deverá nortear a tomada de decisão do enfermeiro relacionado à prevenção e tratamento de dermatite associada à incontinência urinaria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LACHENBRUCH C , RIBBLE D , EMMONS K , VANGILDER C . Pressure ulcer risk in the incontinent patient: analysis of incontinence and hospitalacquired pressure ulcers from the International Pressure Ulcer Prevalence Survey. J Wound Ostomy Continence Nurs2016 ; 43 (3):235-241 .

CAMPBELL JL, COYER FM, OSBORNE SR. Incontinence-associated der-matitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. Int Wound J. 2016;13(3):403-411.

BERKE CT. Incontinence associated (IAD). Journal of Wound Ostomy& Continence Nursing.2016; 43(5): 453.

PALAVRAS-CHAVES: Dermatite; Dermatite das fraldas; Pele; Algoritmos, Protocolos clínicos.

COMO SER UM DOADOR DE ÓRGÃOS

BRUNA DAYANE ALVES AMARAL*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; ALINE SOUZA CRUZ; BRUNA VICTÓRIA DE GOUVEIA MARQUES; JEAN CÉSAR DE VILAS BOAS GOMES; THAMIRES CONTRUCCI MARQUES

INTRODUÇÃO: Para ser um doador de órgãos e tecidos é indispensável que se comunique a família, pois no Brasil é previsto por lei que somente os familiares podem autorizar a doação. A doação é realizada através do transplante de órgãos ou tecidos, que são retirados após a confirmação de morte cerebral, parada cardíaca, etc. Também exista a possibilidade de ser um doador ainda em vida, como sangue, fígado ou rim, por exemplo. Para ser um doador de sangue ou medula basta procurar o hemocentro de sua cidade e se cadastrar, já em casos de fígado, rim e pulmão é necessária uma autorização judicial e outros vários procedimentos médicos que confirmem a compatibilidade entre o doador e o receptor. Praticamente todas as pessoas saudáveis ou que ainda tenham seus órgãos funcionando perfeitamente podem ser um doador. Na maioria dos casos, a doação de órgãos ocorre quando há confirmação de morte cerebral (quando o cérebro perde sua total função) e da impossibilidade de recuperação do paciente, por exemplo, o AVC (aneurisma vascular cerebral). Há ainda a possibilidade de doar órgãos em casos de morte por parada cardíaca, morte em casa e por anencefalia (quando o bebê nasce com uma má formação e ausência de cérebro). Não existe um limite de idade para ser ou se tornar um doador. Mas é fundamental que os órgãos estejam funcionando perfeitamente. Pessoas possuidoras de doenças infecciosas, por vírus ou bactéria; câncer generalizado; insuficiência de fígado, rim, coração ou pulmões ou que fizeram uso de muitos medicamentos não podem ser doadores. Além disso, não se pode retirar e transplantar órgãos de uma pessoa que esteja em coma. Só após a confirmação de morte cerebral. Os transplantes no Brasil são realizados por mais de 400 equipes médicas especializadas e qualificadas para a captação e transplante de órgãos. O procedimento é isento de custo, pois há cobertura total do sistema único de saúde. O objetivo desta pesquisa é buscar informações relevantes sobre a doação de órgãos. Concluímos que medidas de educação contínua, políticas de saúde pública e campanhas que incentivem as pessoas a manifestar o desejo de serem doadoras, são estratégias importantes para ajudar o próximo, dando uma vida nova e saudável para quem esta a espera de um transplante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação federal da saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/legislacao/faq_transplantes.php.

TUA SAÚDE. Como ser um doador de órgãos. Disponível em:
<https://www.tuasaude.com/como-funciona-a-doacao-de-orgaos/>

ADOTE. Seja um doador. Disponível em: <http://www.adote.org.br/seja-um-doador>

PALAVRAS-CHAVES: transplantes - órgãos - tecidos – doador

DESCARTE DE SERINGAS E AGULHAS UTILIZADAS POR PACIENTES DIABÉTICOS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

ANA LUCIA DE LIMA VIEIRA PINTO*; MARIA TERESA DE JESUS PEREIRA

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada por aumento da glicemia no sangue decorrente da deficiência relativa da secreção pancreática de insulina e resistência insulínica (deficiência na ligação da insulina no seu receptor). Com isso, o estudo propôs identificar os aspectos relacionados ao descarte das seringas e agulhas, utilizadas pelos pacientes usuários de insulina e saber se diabéticos recebem informações sobre os descartes corretos de seringas e agulhas que utilizam em seu domicílio. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório e analítico. A população estudada foi composta por 50 pacientes DM tipo 1 ambos os gêneros, cadastrados no Centro Municipal de Educação em Diabetes de Pouso Alegre, M/G (CEMED-PA) com idade acima de 18 anos. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário em entrevista. Os resultados mostram por meio das falas dos participantes, que constitui o Discurso do Sujeito Coletivo, que é o resgate do imaginário sobre um dado tema. Este imaginário na técnica DSC adquire a forma de um painel de discursos, assim os quadros e gráficos que mostram as ideias centrais emergentes das expressões-chave que são oriundas das entrevistas gravadas onde obtemos que 38% não sabem a importância do descarte correto de agulhas e seringas, 18% não sabem o local que descarta e 18% descartam em lixo comum, 50% não sabem a maneira correta de se descartar agulhas e seringas após o uso e 70% diz não receber informação sobre este descarte. Notou-se a importância de conscientizar e educar a população dos riscos que esta prática de forma errada pode trazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRÉ, SCS. Resíduos gerados em domicílios de indivíduos com diabetes mellitus, usuários de insulina. 2010. 132 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

ANDRÉ, SCS, TAKAYANAGUI AMM. Orientações sobre o descarte de resíduos gerados em domicílio de usuários de insulina. Revista Baiana de Saúde Pública, n.39, v.1, p.105-18, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Diabetes Mellitus. Descarte de Seringas e Agulhas.

DESENVOLVIMENTO DE UMA ESTRATÉGIA DE ENSINO APRENDIZAGEM SOBRE VISITA DOMICILIAR UTILIZANDO O CURSO ABERTO MASSIVO ONLINE

**FERNANDA RIBEIRO BORGES; CAROLINA COSTA VALCANTI AVELINO
²LÍVIA CRISTINA SCALON DA COSTA³; CLÁUDIO KIRNER⁴; SUELI LEIKO
TAKAMATSU GOYATÁ⁵, SIMONE DE GODOY COSTA⁶**

Universidade Federal de Alfenas

INTRODUÇÃO: A visita domiciliar no processo e ensino para os graduandos da área de saúde é compreendida como importante tecnologia no cuidado à saúde da família, sendo apontada como eixo transversal que passa pela universalidade, integralidade e equidade. Diante desse contexto, é fundamental que os estudantes adquiram conhecimentos para a prática da visita domiciliar, utilizando de recursos tecnológicos inovadores como o MOOC(Curso Aberto Massivo Online).Essa tecnologia inovadora aplicada à educação tem causado grande impacto e está revolucionando a modalidade de ensino da Educação a distância .O objetivo deste trabalho foi desenvolver um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) baseado no Curso Aberto Massivo Online sobre a visita domiciliar para estudantes universitários, com foco na Estratégia Saúde da Família. **METODOLOGIA:** Estudo quantitativo, descritivo e exploratório realizado em três etapas: 1) revisão integrativa sobre o ensino de visita domiciliar, 2) elaboração de um questionário, para verificar o conhecimento que os estudantes tinham sobre a temática. Esse questionário foi avaliado por seis juízes em um processo de refinamento e submetido à análise de consistência interna da avaliação das questões e 3) desenvolvimento do curso, utilizando a ferramenta MOOC. Foi elaborada uma matriz de competências cognitivas, atitudinais e de habilidades que norteou a seleção e a construção dos recursos midiáticos. Foi elaborada uma matriz de competências que norteou a seleção e a construção dos recursos midiáticos. **RESULTADOS:** O AVA foi constituído por três módulos: Abordagem Familiar, Conceito de Visita Domiciliar e Fases da Visita Domiciliar. A totalidade dos participantes considerou a formatação visual, o acesso e a navegação na internet adequada e muito adequada. E 97% consideraram os hipertextos e as imagens adequados e muito adequados. **CONCLUSÃO:** O desenvolvimento de tecnologias educacionais inovadoras constitui recurso promissor para o ensino de graduação da área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Visita domiciliar; Educação; Tecnologia Educacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MARIN, M.J.S. et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 16, n.11, p. 4357-4365, 2011.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA UNIDADE HOMERO CONGONHAL - MINAS GERAIS

**GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS*; RITA DE CASSIA PEREIRA; LUCIA
HELENA ROCHA VILELA RENÓ**

INTRODUÇÃO: Entende-se por diagnóstico situacional como o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo. Esses dados são oriundos da participação efetiva das pessoas que atuam no local de estudo. O diagnóstico pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão. **Objetivo:** O presente trabalho consiste na realização do Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Homero, do município de Congonhal, Minas Gerais, como proposta de atividade do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) em parceria com os interesses de gestão municipal. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva. A coleta de dados foi realizada através de informações fornecidas pela enfermeira responsável da unidade, coordenadora de atenção básica e do sistema de informação nacional- e-sus. **Resultados:** A unidade está localizada no centro da cidade, sendo referencia de atendimento para usuários dos bairros: Centro, Monte Rei, Jardim Planalto e São José. A população total assistida é de 4.987 pessoas, sendo 2.397 do sexo feminino e 2.590 do sexo masculino. As principais atividades desenvolvidas pela equipe são: Consulta médica, odontológica e de enfermagem, controle glicêmico e de pressão arterial, rotina de pré-natal, curativos, retirada de pontos, grupo de gestantes, aplicação de injetáveis, Acolhimento, exame citopatológico, exame de mama, visitas domiciliares, acompanhamento de pacientes em tratamento de hanseníase e tuberculose, avaliação nutricional (Bolsa família), Atividades voltadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), atividades voltadas a manutenção da funcionalidade com idosos e educação permanente com os profissionais da equipe de saúde, principalmente os Agentes Comunitários. São 2273 domicílios, sendo: 2066 casas, 96 apartamentos, 6 cômodos, 34 outro tipos e 71 não informaram. Disponibilidade de energia elétrica: 1887 sim, 9 não e 377 não informaram. Abastecimento de água: 2140 com rede encanada, 3 tem poço/nascente no domicílio, 1 por cisterna, 1 através de carro pipa, 178 não informaram. Renda familiar: 5 pessoas recebem um quarto do salário, 12 meio salário, 451 um salário, 841 dois salários, 91 três salários, 173 quatro salários, 31 acima de salários e 140 não informaram. **Conclusão:** O diagnóstico situacional permitiu observar que a UBS Homero oferece a maior parte dos serviços preconizados pelo Ministério da Saúde. Os serviços que não são oferecidos na própria unidade são ofertados em outros locais dentro da rede, buscando garantir assistência integral à saúde. O diagnóstico possibilitou a visualização da realidade de trabalho da equipe, da necessidade da população e do perfil da comunidade. Além de permitir um futuro planejamento de ações em saúde que é a proposta do programa PET – Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIMA, E.S; et. al. Diagnóstico situacional de uma unidade de saúde de Maceió –AL. Caderno de Educação, Saúde e Fisioterapia: Anais do XXVII Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e IV Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia, v. 4, n. 8, João Pessoa, 2017.

Ribeiro LCC, Ribeiro M, Dias KS, Matos KA, Ferreira TS. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na Estratégia Saúde da Família. Cogitare Enferm 2008; 13:448-52.

PALAVRAS-CHAVES: Diagnóstico Situacional, Saúde da Família, gerência em saúde

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE NEFRECTOMIA PARCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

GUSTAVO GABRIEL DE LIMA SILVA*; JOÃO BATISTA DA CUNHA; IZABEL CRISTINA LEMES; LARISSA EDVIRGES PIMENTA CARVALHO

INTRODUÇÃO: A Nefrectomia consiste na remoção do rim, podendo ser total ou parcial, sendo a última indicada para tumores, nódulos, cistos complexos, lesões pequenas (<4 cm) e lesões periféricas. Geralmente este procedimento é predominantemente em pacientes do sexo masculino e obesos (GARCIA et al. 2017). Objetivou-se identificar os diagnósticos de enfermagem (DE) apresentados em pós-operatório tardio de cirurgia eletiva de Nefrectomia parcial, segundo a taxonomia da NANDA I e propor intervenções de enfermagem. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de caso, desenvolvido pelos acadêmicos do 9º período de Enfermagem durante o estágio supervisionado I, no Hospital das Clínicas Samuel Libânio. A coleta de dados foi realizada no período de 10 a 12 de abril por meio de observações, anamnese, exame físico e informações colhidas no prontuário. **RESULTADOS/DESENVOLVIMENTO:** Os principais diagnósticos levantados foram: Integridade tissular prejudicada, Dor aguda, Conforto prejudicado, Risco de infecção, Risco de perfusão renal ineficaz, Risco de função cardiovascular prejudicada, Risco de glicemia instável, Risco de sangramento e Risco de queda. As principais intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem levantados são: Avaliar incisão cirúrgica quanto a sinais flogísticos; monitorar sinais vitais; avaliar a dor quanto à localização, tipo, intensidade; avaliar sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia; avaliar sinais de sangramento, avaliar eliminações vesicais quanto quantidade, aspecto, cor, e odor. **CONCLUSÃO:** Observou-se que o enfermeiro, após a identificação dos diagnósticos de enfermagem e elaboração de possíveis intervenções, pode prestar uma assistência de forma mais dinâmica, organizada e qualificada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GARCIA, AS. et al. Características clínicas submetidos a Nefrectomia parcial e presença de carcinoma renal. Revista Brasileira Cancerologia, v. 63, n. 2, p. 95 -101, 2017.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Nefrectomia; Diagnósticos de enfermagem; Intervenções de enfermagem.

DOAÇÃO DE LEITE HUMANO

ISABELA TAINÁ PEREIRA*; JESSICA PEREIRA DA COSTA; LARISSA CRISTIANE ATANÁZIO; LAURA SOUZA PEREIRA; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; MAURICÉIA COSTA LINS DE MEDEIROS

INTRODUÇÃO: A doação de leite humano passa pelo processo de coleta, processamento e distribuição do leite humano para bebês prematuros internados de baixo peso (menos de 2,5 kg) e com patologias, principalmente do trato gastrointestinal, e que não podem ser alimentados diretamente pelas próprias mães¹. O Brasil tem a maior e mais complexa rede de bancos de leite do mundo, com 219 unidades e 195 postos de coleta, segundo a Rede Brasileira de Bancos de Leite ². Considerando a importância da doação de leite para os prematuros e do apoio ao aleitamento materno idealizou-se este estudo de revisão de literatura com intuito de levantar na literatura sobre a doação de leite humano. **OBJETIVO:** Apresentar uma revisão da literatura sobre doação de leite humano. **METODOLOGIA:** Para a revisão de literatura foram utilizados artigos em português com conteúdo publicado nos últimos cinco anos de publicação com o seguinte descritor: bancos de leite. Foram incluídos artigos sobre banco de leite e doação de leite. Foram excluídos artigos em outros idiomas e aqueles que não atendam aos critérios de inclusão e desenvolvido em Abril e Maio de 2018. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram levantados sete artigos em bases de dados virtuais dois artigos na BDEF (Base de Dados da Enfermagem) e cinco na LILACS ((Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde). **CONCLUSÃO:** O pequeno número de artigos encontrados revela a importância de estimular novas pesquisas e aprofundar discussões sobre esta importante temática uma vez que o leite humano doado pode salvar muitos indivíduos ainda no início de suas vidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília (DF): ANVISA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. [.http://producao.redeblh.iciet.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php](http://producao.redeblh.iciet.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php).

PALAVRAS-CHAVES: Doação; Leite humano; revisão de literatura.

DOAÇÃO DE TECIDOS

**FERNANDA DA SILVA ASSIS*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS;
ANGELA GONÇALVES; ELISA LOPES ROSALIN; LUTHIESKA GARCIA**

INTRODUÇÃO: O Brasil é o segundo país em número de transplantes onde grande parte da população manifesta a intenção de órgãos, porém a maioria não sabem as medidas adequadas que devem tomar. Em 1997, o transplante de órgãos e tecidos humanos foi regulamentado no Brasil por meio da Lei nº 9434, instituindo critérios para a retirada de órgãos e tecidos de doadores in vivo ou post-mortem. Com a publicação da Portaria 2600 do Ministério da Saúde, começou a se estabelecer normas específicas para o funcionamento dos Bancos de Pele⁵, portanto hoje o Brasil tem três bancos de pele em São Paulo, Porto Alegre e Recife. A doação pode ser de 1,5 milímetros de espessura e costuma ser retirada da barriga, costas e coxa. Se o doador for homem, a perna também pode ser usada. No caso de doações post-mortem, a pessoa deve ter sofrido morte encefálica ou parada cardiorrespiratória. **OBJETIVO:** Apresentar informações necessárias referentes à doação de pele. **METODOLOGIA:** Para a busca de informações na literatura foram utilizados sites institucionais e artigos utilizando os descritores Obtenção de Tecidos e Órgãos e Informação. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As doações de pele são medidas por centímetro quadrado, onde em média, a vítima de uma queimadura grave precisa de três doações diferentes. A doação é regida pela Lei nº 9.434/97, ela quem define, por exemplo, que a retirada de órgãos e tecidos de pessoas mortas só pode ser realizada se precedida de diagnóstico de morte cerebral constatada por dois médicos e sob autorização de cônjuge ou parente. Na doação de tecido o doador pode ser um cadáver ou até mesmo um paciente obeso ou candidato a cirurgia plástica onde foi retirado o excesso de pele durante a cirurgia. Independentemente de o doador ser obeso ou cadáver, o destino da pele é o banco de tecido, onde este é mantido por 15 dias em refrigeração depois deste prazo é descartado. O transplante de tecido funciona como um curativo que será substituído a cada três a cinco dias para evitar rejeição do organismo. Sem compatibilidade de gene, como no caso de gêmeos idênticos, a pele não serve para reconstruir a área queimada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Doação e transplante de órgãos: tecidos. Disponível em < <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/doacao-transplantes-de-orgaos/tecidos>> Acessado em 29/04/2018 PALAVRAS-CHAVES: pele, transplante e doação

DOAÇÃO DE RIM

**LUCAS GABRIEL MORAES*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS;
HANAÍ DE MELLO GOMES; RAFAELY TAYNARA TORQUATO; VANESSA
FERNANDES BALBINO**

INTRODUÇÃO: Os rins são formados por um par de órgãos localizados na coluna vertebral, na região lombar. Quando eles apresentam prejuízos graves e irreversíveis de função, faz-se necessário a substituição. O transplante é um procedimento cirúrgico em que se implanta um rim sadio em um indivíduo portador de insuficiência renal terminal. Embora possam ser doados ambos os rins, na maioria dos casos apenas um é transplantado. O objetivo principal da doação de rins pauta-se em melhorar e devolver as condições ideais de vida para um indivíduo com doença renal crônica avançada. A doação pode ser realizada por pessoas vivas, desde que em plena consciência do ato praticado após passarem por exames clínicos e laboratoriais; ou ainda por pessoas que sofrerem morte cerebral. Para receber um órgão, o potencial receptor deve estar inscrito em uma lista de espera, respeitando-se a ordem de inscrição, a compatibilidade e gravidades de cada caso. O sucesso do transplante tem sido cada vez maior, por conta do desenvolvimento de novas tecnologias. Entretanto, esse depende de inúmeros fatores, como: causa da doença e condições de saúde do paciente. Edema nos pés e pernas, dores lombares e aumento de pressão arterial, são sintomas de deficiência na função vital dos rins. Dessa forma, deve-se ficar atento a esses fatores. As principais doenças de rins são: nefrites, nefrolitíase, diabetes mellitus e hipertensão. Para manter os rins saudáveis, é necessária atenção rigorosa sobre a pressão arterial, controle da glicemia e diagnóstico de hipertrofia prostática, além, de detecção precoce de anomalias urinárias congênitas na infância. O exame de urina simples já vai mostrar se há perda de proteína na urina, sangue ou células inflamatórias. Através do exame de sangue é possível determinar a concentração de ureia e creatinina, as quais se elevadas mostram que os rins estão insuficientes. **OBJETIVO:** o objetivo desta pesquisa é buscar informações relevantes sobre o transplante renal. **CONSIDERAÇÕES:** Conclui-se, portanto, a importância da doação de rim para a saúde e a melhora de condições de vida para quem possui insuficiência renal, além de dar mais informações para quem deseja ser um doador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doação e transplante de órgãos: rim. Disponível em . Acessado em 25/04/2018.

MOREIRA, Sônia. Xenotransplantes. 2009. Disponível em. Acessado em 29/04/2018.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Transplante renal. Disponível em
<https://sbn.org.br/publico/tratamentos/transplante-renal/>>. Acessado em 26/04/2018.

PALAVRAS-CHAVES: rim, transplante, insuficiência renal. doação de rim.

“EU CUIDO DE VOCÊ, MESMO VOCÊ NÃO SABENDO QUEM EU SOU”: CUIDANDO DE UM IDOSO PORTADOR DE ALZHEIMER

SÂMIA RITA VIEIRA.*; ANA MARA MARTINS DE MENESES.; ISABELLA CRISTINA DE OLIVEIRA CASTRO.; WALLISON RIBEIRO RITA. Outra Instituição ANA MARA MARTINS DE MENESES; ISABELLA CRISTINA DE OLIVEIRA CASTRO; *SÂMIA RITA VIEIRA; WALLISON RIBEIRO RITA

INTRODUÇÃO: A Doença de Alzheimer é caracterizada por falhas na memória, aprendizagem e linguagem que tendem a se agravar pelo avanço da doença. O diagnóstico é considerado provável quando há evidência de alterações genéticas e, possível, quando não há tal evidência, mas a perda das funções cognitivas ocorre de forma progressiva e há ausência de outras etiologias. Não há cura para a mesma, mas os tratamentos farmacológicos e a reabilitação neurocognitiva retardam e/ou estagnam temporariamente o avanço da doença (*American Psychiatric Association, 2014*). Cuidar de um idoso com doença crônica mobiliza sentimentos diversos e opostos em um espaço de tempo curto, tais como: amor e raiva, paciência e intolerância, carinho e tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, medo, insegurança, solidão, dúvida e medo da morte do idoso. Ou seja, dilemas e conflitos interpessoais (Silveira, Caldas e Carneiro, 2006). **OBJETIVO:** Foi acompanhar a rotina institucional de um idoso com doença de Alzheimer e compreender através da teoria e prática a doença de Alzheimer. **METODOLOGIA:** Este trabalho consiste em um relato de experiência de três estagiários do curso Técnico em Enfermagem para com um idoso portador da Doença de Alzheimer, sexo masculino, 96 anos, apresentando discreta disfagia, agressividade, caquexia e alterações do sistema tegumentar. Foram realizados cuidados de Enfermagem como banho de aspersão, troca de curativo em lesão traumática em antebraço direito, higienização, mudança de decúbito, assistência e incentivo na alimentação, verificação dos sinais vitais e humanização em seu atendimento. **RESULTADOS:** Evidenciamos que o cuidar do paciente portador da DA requer paciência, amor, atenção, persistência, comunicação adequada e conhecimento geral da patologia instalada. O processo de cicatrização da lesão traumática em região do antebraço ocorreu com sucesso, apesar do mesmo apresentar traumas recorrentes. A agressividade era constante, sendo assim, falávamos o essencial para com o paciente e permanecia junto dele apenas um estagiário no momento da instabilidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O ato de cuidar é uma atitude contínua de trabalho e envolvimento que exige muito do profissional de Enfermagem que deve ter conduta ética no atendimento, procurando sempre se aprofundar nos conhecimentos da Doença de Alzheimer para melhor qualificar sua atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Transtornos Neurocognitivos. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Silveira, TM, Caldas, CP, & Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. Cad. Saúde Pública.

PALAVRAS-CHAVES: Enfermagem, Alzheimer, humanização.

LISTA DE CHECAGEM PARA CIRURGIA SEGURA: IMPLICAÇÕES E APLICABILIDADE PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

LISTA DE CHECAGEM PARA CIRURGIA SEGURA: IMPLICAÇÕES E APLICABILIDADE PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE DIBA MARIA SEBBA TOSTA DE SOUZA*; DIBA MARIA SEBBA TOSTA DE SOUZA; CLAUDIA DA SILVA; ROSENALVA DA SILVA SAMPAIO

INTRODUÇÃO: A Organização Mundial de Saúde instituiu o manual “Cirurgia Segura Salvam Vidas”, que reforça práticas de segurança em todas as etapas do peri operatório e que potencializa a probabilidade de melhoria nos resultados para segurança do paciente. **OBJETIVO:** Aplicar a lista de checagem para cirurgia segura nos profissionais cirurgiões, enfermeiros e anestesiológicos e avaliar as implicações e aplicabilidade para a segurança do paciente. **MÉTODOS:** estudo transversal, observacional e analítico, abordagem quantitativa e qualitativa realizado no centro cirúrgico de hospital universitário. A casuística foi composta por 60 profissionais, envolvidos em 20 procedimentos cirúrgicos. Critérios de inclusão: cirurgiões, anestesiológicos e equipe de enfermagem; cirurgias eletivas de pequeno, médio e grande porte das várias especialidades; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de não inclusão: cirurgias de emergência. Critérios de exclusão: participantes que decidiram não continuar no estudo. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE n. 69240917.1.0000.5102, Parecer n. 2.156.070. Os dados foram registrados em formulário contendo três partes, a primeira identificação da equipe e do procedimento cirúrgico, a segunda aplicação da lista de checagem e a terceira questões qualitativas e sugestões da aplicação. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 27 cirurgiões, 20 técnicos de enfermagem, 13 anestesiológicos. As respostas Antes da indução anestésica, evidenciaram que (95%) dos pacientes foram identificados, (100%) dos pacientes estavam monitorizados e estes, funcionando adequadamente e (70%) identificaram risco de hemorragia. Antes da incisão cirúrgica, (95%) dos materiais foram confirmadas as esterilizações com o indicador (teste químico) comprovado; (78,9%) dos exames de imagem estavam disponíveis na sala cirúrgica e (60%) dos instrumentais foram conferidos. Antes de o paciente sair da sala cirúrgica (100%) dos procedimentos realizados estavam descritos; (77,8%) das peças patológicas estavam identificadas corretamente e (75%) instrumentos, agulhas, gazes e compressas foram conferidos corretamente. As maiorias dos profissionais concordaram com a aplicação da lista e que esta auxilia na identificação do paciente, e discordaram na modificação deste item. Identificação, informações clínicas, localização adequada do sítio cirúrgico, equipamentos em bom funcionamento e disponíveis no momento transoperatório, mostram o cuidado da assistência com segurança e qualidade. Não há adesão total pelos

profissionais nos itens: antibioticoprofilaxia 60 minutos antes da incisão cirúrgica, na avaliação pré-anestésica, adesão a demarcação do sítio cirúrgico e a contagem de instrumentais, ainda é pequena. CONCLUSÃO: A lista de checagem para cirurgia segura é aplicável para os profissionais que mostram interesse e preocupação com a segurança do paciente. As questões são objetivas e necessárias para prevenção dos eventos adversos evitáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. Organização Mundial da Saúde. Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização-Mundial da Saúde; 2009. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf Acesso em: 20/03/2017.

Wacher MR. Compreendendo a segurança do paciente; tradução: Laura Souza Berquó-Porto Alegre: Artmed, 2010; 320p.

Del Corona ARP, Peniche ACG. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. Rev.Sobecc, São Paulo. jul./set.2015;20(3):179-185

PALAVRAS-CHAVES: Checklist cirurgia segura, Lista de verificação, Lista de checagem, Segurança do paciente.

MATERIAL INFORMATIVO SOBRE TRANSPLANTE DE FÍGADO: REVISÃO DE LITERATURA

**THAYNÁ VASCONCELOS DA SILVA*; MAURICÉIA COSTA LINS DE
MEDEIROS; DAYANE ALMEIDA ROSA; LAYS MENDES DA SILVA; ROSA
LUÍZA FERREIRA DA SILVA; ROSIANE CRISTINA DA SILVA**

INTRODUÇÃO: Transplante de fígado é um procedimento cirúrgico no qual um fígado é transplantado para outra pessoa. O transplante de fígado é hoje um procedimento difundido mundialmente para o tratamento de doenças do fígado. **OBJETIVO:** Levantar na literatura nacional material informativo sobre o transplante de fígado. **METODOLOGIA:** Através de uma revisão da literatura sobre material informativo sobre doação e transplante de fígado utilizando o descritor transplante de fígado nas bases de dados: Scielo, Lilacs e site institucional. **Resultados e Discussão:** Foram selecionados dois sites o do Ministério da Saúde (MS) e da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) e dois artigos referentes a necessidades de informação de candidatos e do cuidador familiar e um Manual. No site do MS o material informativo responde sobre o que é o transplante, quando indicado e como funciona a seleção de receptores. E informações aos pacientes candidatos ao transplante de fígado quanto ao tempo de espera, sobrevida e vida pós-transplante. A ABTO² disponibiliza um manual de orientação ao paciente em transplante com orientação referente à odontologia, serviço social e fisioterapia. No artigo que identifica as necessidades de informações do paciente candidato ao transplante de fígado os resultados demonstraram que estes são carentes de informações relacionadas período pré-operatório. Outros autores avaliaram a necessidade de informação do cuidador familiar de candidatos, que aguardam em fila de espera para o transplante de fígado e concluíram que conhecer as necessidades de informação dos cuidadores é relevante para planejar estratégias de ensino-aprendizagem, visando à melhoria da assistência aos pacientes e familiares em programas de transplantes. **CONCLUSÃO:** Entendemos que a existência de material informativo sobre a doação e o transplante de fígado pelos sites institucionais do MS e ABTO são importantes fontes de informação, mas que outras formas não eletrônicas poderiam ser contempladas. Conforme o levantamento realizado existe poucos estudos sobre material informativo tanto para o candidato ao transplante como para doação de fígado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Doação e Transplante de Órgãos. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/doacao-transplantes-de-orgaos/figado>

2.GRUPO DE APOIO EM TRANSPLANTE. Manual de Orientação ao paciente em Transplante. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/GAT/Manual_GAT_2.pdf.

3. MENDES KDS et al., Necessidades de informação de candidatos ao transplante de fígado: o primeiro passo do processo ensino-aprendizagem. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(4): 94-102.

PALAVRAS-CHAVES: Revisão,Literatura,Transplante,Fígado.

O AUTOCUIDADO E A QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

**JANAÍNA CARLA DA SILVA SOUZA*; LÚCIA HELENA ROCHA VILELA;
KARYNE VILAS BOAS DE SOUZA**

INTRODUÇÃO: O envelhecimento é hoje um fenômeno universal tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Nos idosos institucionalizados ou não, vários elementos apontam como indicadores de bem-estar e qualidade de vida na velhice, como longevidade, produtividade, relações com amigos e familiares, saúde biológica e mental, competência social, eficácia cognitiva, lazer etc. Este estudo tem como objetivo identificar as características pessoais, familiares, sociais, econômicas e de saúde de pessoas idosas institucionalizadas e avaliar a Qualidade de Vida e o Autocuidado das mesmas. Trata-se de um estudo do tipo analítico, descritivo e transversal, realizado em Instituições de Longa Permanência de Idosos, na cidade de Pouso Alegre. Os participantes do estudo foram pessoas idosas, tanto do gênero masculino quanto feminino com 60 anos ou mais e residentes em instituição de longa permanência. A amostra foi de 30 idosos. Os resultados do estudo permitiu concluir que parte significativa da população de idosos estudada possui entre média-baixa e alta qualidade de vida e possuem uma capacidade muito boa de se auto cuidar. Conclui-se também, que a maioria dos idosos é solteira, não possui filhos e são aposentados. Considerando a trajetória vivida dessa população, percebemos a falta do afeto, carinho, amor e acima de tudo atenção, pois os mesmos necessitam de uma boa qualidade e condição de vida. Diante disso compreendemos que cabe a nós, profissionais da saúde, cuidadores, familiares, entre outros prestarem uma assistência sistematizada e individualizada a esses idosos, com qualidade, a fim de lhes proporcionar uma boa condição de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREITAS, V. A. M; SCHEICHER, E. M; Qualidade de vida de idosos, institucionalizados, 2002.

RAMOS, LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 793-797, jun. 2003.

SILVA, JV: Quality of Life Scale for the Elderly: evidence of validity and reliability. 2011.

PALAVRAS-CHAVES: Envelhecimento. Qualidade de Vida. Saúde do Idoso Institucionalizado.

PERCEPÇÃO DO ACOMPANHANTE FAMILIAR QUANTO À ASSISTÊNCIA PRESTADA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO IDOSO HOSPITALIZADO

RITA DE CÁSSIA PEREIRA*; RITA DE CÁSSIA PEREIRA

INTRODUÇÃO: A internação hospitalar é um momento delicado na vida do paciente, mas principalmente na vida do familiar acompanhante. “O ser humano não vive sozinho, existe um todo atrás dele, algo que se chama família, que ele traz com ele...” A companhia de pessoas conhecidas e de confiança do doente permite-lhe melhor expor seus sentimentos e emoções, bem como, controlar suas ansiedades, medos e fantasias. **OBJETIVO:** O presente trabalho objetivou conhecer a percepção do acompanhante familiar quanto à assistência prestada pela equipe de enfermagem ao idoso hospitalizado. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo exploratório e transversal de natureza qualitativa. O cenário do estudo foi à Unidade de Internação Clínica e Cirúrgica de um Hospital Escola do município de Pouso Alegre. Os participantes do estudo foram 22 acompanhantes familiares de idosos hospitalizados. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: Caracterização sociodemográfica e um Roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado com pergunta aberta relacionada ao tema. Os dados relacionados à questão norteadora foram analisados de acordo com as diretrizes do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **RESULTADO:** Houve predominância de acompanhantes do sexo feminino, com idade entre 41 e 60 anos, casados, com filhos, que trabalham, praticam uma religião e residem em zona urbana. Quanto ao tempo de acompanhamento destacou-se o período de 6 a 15 dias. Em relação ao motivo da internação, as cirurgias foram as principais causas. As ideias centrais que se destacaram foram: “Ótimo”, “excelente”, “muito bom” “Gostei muito” e “Muito bem atendido”. **Considerações Finais:** O estudo permitiu observar que a maioria dos acompanhantes familiares percebe o trabalho da equipe de enfermagem durante a internação como muito bom.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MACINKO, J; CAMARGOS, V; FIRMO, JOA; LIMA – COSTA, MF. Predictors of 10-year hospital use in a community-dwelling population of Brazilian elderly: the Bambuí cohort study of aging. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(3): 336-344.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Morbidade hospitalar do SUS: por local de internação no ano de 2014. Disponível em: Acesso em 20 Out. 2017.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria nº 3. CAMARANO, A. A., & KANSO, S. (2011). Previdência Social no Brasil: Contornos e horizontes. In G. Biasoto Junior, & L. A. P. Silva (Orgs.), Políticas Públicas em questão (pp. 27-57). São Paulo.

PALAVRAS-CHAVES: Idosos hospitalizados; Acompanhante.

PERFIL DOS IDOSOS EM INSTITUIÇÕES ASILARES DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS

ROSA MARIA DO NASCIMENTO*; ROSA MARIA DO NASCIMENTO

INTRODUÇÃO: O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial; a Organização Mundial de Saúde prevê que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muitos idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento. No Brasil, estima-se que haverá cerca de 34 milhões de idosos em 2025, o que levará o Brasil à 6ª posição entre os países mais envelhecidos do mundo. Junto com esse crescimento percebe-se um aumento significativo das instituições de longa permanência. Cabe a estes espaços garantir condições adequadas de assistência à população idosa sob sua responsabilidade. **OBJETIVO:** Identificar e descrever o perfil sócio demográfico de pessoas idosas institucionalizadas de duas instituições de Pouso Alegre-MG, (intituladas instituições A e B) **MÉTODO:** Estudo descritivo, observacional, quantitativo e transversal. Utilizaram-se os registros de prontuários e depoimentos dos funcionários das ILPs, observando-se os aspectos éticos e legais para estudos com seres humanos. **Resultados:** As duas ILPs apresentam características semelhantes entre sua população, no que diz respeito à situação socioeconômica e de saúde. Ambas acolhem mulheres em sua maioria, solteiras e viúvas, com escolaridade fundamental incompleta e beneficiárias do INSS, e SUS dependentes. Com relação à saúde a maioria apresentou patologias associadas, com predomínio de diabetes e hipertensão, e o uso de mais de um medicamento. Em relação aos vínculos familiares, observaram-se diferenças entre as duas ILP, sendo que na ILP A ocorrem maior número de idosos que recebem visitas de familiares. Esses dados são decorrentes do processo de envelhecimento, onde os vínculos familiares diretos vão se extinguindo, sendo substituídos por parentes de segunda e terceira geração, que nem sempre tiveram familiaridade com o idoso ao longo de sua vida para garantir a manutenção dos vínculos. **CONCLUSÃO:** os resultados deste trabalho contribuem na determinação da tipologia dos idosos em IPLIs em Pouso Alegre. Observou-se predomínio de mulheres, viúvas, octogenárias, SUS dependentes, com benefícios sócios em torno de um salário mínimo, com mais de uma patologia crônica, em uso de três medicamentos de uso contínuo, com poucos vínculos familiares, deambulando. **Considerações finais:** sugerem a necessidade de delineamento de uma política de qualidade de cuidados em ILPI, de forma que o setor público exerça seu papel de regulador/fiscalizador/executor das ações dessas instituições, avaliando as condições de seu funcionamento e dos serviços ofertados, para que desta forma o idoso se sinta acolhido e seguro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves RV, Mota J, Costa MC, Alves JGB. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. Rev BrasMed Esporte, Niterói, 2004; 10(1): 31-37.

Arrieta GA. Despojando a alma em fragmentos: emoção na terceira idade. São Paulo: Ulbra, 1998.

Baltes PB, Smith J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. A Terceira Idade, 2006; 17(36): 7-31.

PALAVRAS-CHAVES: Idoso. Institucionalização. Saúde do idoso

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O CUIDADO COM A SAÚDE MENTAL

JOSÉ VITOR DOS SANTOS*; FERNANDA RIBEIRO BORGES

INTRODUÇÃO: A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS) de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estratégia foi concebida pelo Ministério da Saúde (MS) para melhorar a saúde da população em seu território. A ESF fundamenta o trabalho em equipe interdisciplinar oportunizando o estabelecimento de vínculo entre profissionais e população de maneira longitudinal, com vistas à promoção da saúde e a autonomia destes por meio da corresponsabilização. Os profissionais da ESF atuam nos processos de saúde-doença dos usuários que cuidam, elaboram planos de cuidado e ações terapêuticas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Segundo a Política Nacional de Humanização, o PTS é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivo, em situação de vulnerabilidade. Entende-se por vulnerabilidade a situação em que os indivíduos apresentam dificuldades ou impossibilidade para se prevenir ou sair de uma situação. O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido. **OBJETIVO:** Elaborar uma revisão de literatura sobre o projeto terapêutico singular, junto à estratégia de saúde da família. **METODOLOGIA:** Este estudo constitui uma revisão bibliográfica sobre PTS junto a ESF. A coleta de dados foi realizada no período de 15 de março a 27 de abril de 2017, e utilizou-se para a pesquisa as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) utilizando os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família, Projeto Terapêutico Singular e Trabalho em Equipe. **RESULTADOS:** Inicialmente foi encontrado um total de 146 artigos científicos. Desses, foram realizadas leituras na íntegra de 10 artigos e obteve-se uma amostra final de 5 publicações, sendo 0 artigos no LILACS, 5 artigos no SCIELO. **CONCLUSÃO:** A análise dos artigos revisados aponta para a escassez de estudos que abordam sobre a Estratégia de Saúde da Família e o Projeto Terapêutico Singular. Pode-se explicar esse fato devido o PTS ser uma ferramenta recente, mas com potencial para ser vista pelos profissionais de saúde como um mecanismo capaz de promover mudanças nos processos de trabalho e cuidado, garantindo assim práticas de saúde inovadoras e eficazes, em que se respeitam as subjetividades dos usuários, gerando o cuidado pautado na PNH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO MBS; ROCHA PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2007; 12(2) [acesso em 24 abril 2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.

LINASSI J, STRASSBURGER D, SARTORI M, ZARDIN MV, RIGHI L.B. Projeto Terapêutico Singular: vivenciando uma experiência de implementação. Rev. Contexto Saúde. [Internet] 2011; 11(20) [acesso em 26 abril 2018]. Disponível: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1561>

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. [Internet]

PALAVRAS-CHAVES: Enfermagem, Trabalho em equipe, Projeto terapêutico singular, Estratégia saúde da família

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR :UMA ESTRATÉGIA NO CUIDADO AO USUÁRIO COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

**FERNANDA RIBEIRO BORGES*; FERNANDA RIBEIRO BORGES; NADHIA
GRAZIELE DO PRADO; RODOLFO ALTIRES FERREIRA DOS REIS**

INTRODUÇÃO: Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. Para a elaboração de um PTS o modo como se estabelece a relação do profissional com a pessoa/família é de extrema importância. As equipes de Saúde da Família estão à frente da prevenção e dos cuidados com as condições crônicas, e uma dessas condições seria a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), causada por uma associação entre doença de pequenos brônquios (bronquite crônica obstrutiva) e destruição de parênquima (enfisema). Profissionais devem estar mais engajados para atuar na prevenção, manutenção do tratamento, estratificação de risco, reconhecimento e manejo das exacerbações. O objetivo deste trabalho é relatar a construção de um PTS na cidade de Pouso Alegre - MG realizado durante as atividades práticas da disciplina de Saúde da Família do curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS).

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de caso, com consentimento escrito, onde foi realizada a seleção de um usuário pelos alunos da disciplina, levantando suas necessidades psicossociais, suas morbidades associadas ao quadro clínico e a necessidade da atenção singular para a geração da autonomia. O acompanhamento foi realizado no período de fevereiro e março de 2018 e prevê o término com o cumprimento das metas previamente determinadas.

RESULTADOS/DESENVOLVIMENTO: Foi realizada a avaliação clínica do sujeito onde foi elaborado um plano de ação verificando a necessidade de equipe multidisciplinar para orientação nutricional, reabilitação respiratória, incentivo à prática de exercícios físicos, controle da pressão arterial, visita domiciliar com reavaliação do quadro clínico e incentivos a participação em grupos de apoio. A partir desse plano foram traçadas intervenções a curto, médio e longo prazo.

CONCLUSÃO: A necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos os acompanhamentos pelo PTS nas equipes nos mostra a importância de uma avaliação compartilhada, de uma produção de respostas não mais isoladas e uma continuidade de ações. O trabalho em equipe deve superar a fragmentação do conhecimento e das especificidades profissionais a fim de construir uma prática de cuidado articulada e integrada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Respiratórias Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno de Atenção Básica n. 25) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

PALAVRAS-CHAVES: Projeto terapêutico singular, Multidisciplinaridade, Estratégia Saúde da Família.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE UMA PACIENTE PORTADORA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ALINE DA SILVA*; RITA DE CASSIA PEREIRA; JOICE DE FÁTIMA PEREIRA

INTRODUÇÃO: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um dos principais instrumentos de trabalho interdisciplinar das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), possibilita a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário. A diabetes é caracterizada por um conjunto de doenças metabólicas no qual há uma diminuição da secreção pancreática de insulina ou uma redução da sensibilidade de receptores à insulina e isso faz com que ocorra um aumento da glicemia na corrente sanguínea. **OBJETIVO:** É descrever sobre os recursos utilizados para o controle do Diabetes Mellitus tipo II de uma usuária do serviço de Estratégia de Saúde da Família, do município de Pouso Alegre - MG. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo relato de experiência, realizado durante as aulas práticas da disciplina de Saúde da Família, do curso de graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Sapucaí. Os dados foram coletados através de entrevistas com a usuária, agente comunitária de saúde, visitas domiciliares e análise do prontuário da família. **Resultados:** Foi elaborado o Projeto Terapêutico Singular através da realização do genograma, educação em saúde no domicílio e na unidade e apresentação do caso. Após análise dos dados familiares foi elaborado uma proposta de intervenção a partir do levantamento dos problemas de Enfermagem e as ações previstas para melhoria do quadro de saúde da usuária. A proposta de intervenção foi apresentada a equipe de saúde para melhor avaliação do estudo. Foram levantados os seguintes problemas: Falta do controle da pressão arterial, do diabetes, uso contínuo de tabaco, obesidade e má alimentação. **Conclusão:** Diante disso, o Enfermeiro deve prestar assistência na atenção primária de forma humanizada e integralizada, tendo uma visão holística do indivíduo e junto disso, o PTS, que representa uma importante contribuição para a reflexão das práticas de cuidado, pois favorece a articulação entre os diversos saberes existentes e a construção de possíveis espaços de diálogo comprometidos com as necessidades de saúde dos indivíduos e seus projetos de emancipação, no qual possui um papel imprescindível na atenção a esses indivíduos com caráter científico e respaldo legal. O profissional deve saber ouvir, compreender a realidade de cada indivíduo e orientar o paciente para que ele possa conviver melhor com a sua condição crônica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LINO FILHO AM et al. Diabetes Mellitus tipo 2: controle glicêmico intensivo versus controle glicêmico convencional e o seu impacto nas alterações vasculares. Revista Educação em Saúde, v. 5, 2017.

SILVA GK OLIVEIRA da; OLIVEIRA ER de. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. Veredas Favip-Revista Eletrônica de Ciências, v. 3, n. 2, 2013.

CORRÊA, Vanessa Almeida Ferreira et al. Projeto Terapêutico Singular: reflexões para a enfermagem em saúde coletiva [PersonalizedTherapyPlan: reflections for nursing in publichealth][ProyectoTerapêutico Singular: reflexiones para laenfermeríaen

PALAVRAS-CHAVES: Palavras Chaves: Diabetes mellitus tipo 2; Saúde da família; Educação em saúde

PERCEPÇÃO DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS 1 E 2 SOBRE EXERCÍCIO FÍSICO

FRANCISCO EDIS DE SOUSA*; ANA STELA PEREIRA DA SILVA

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM), é considerado uma das principais síndromes de evolução crônica, é caracterizado por hiperglicemia, e ocasionado por uma deficiência absoluta e ou relativa do pâncreas na produção de insulina. Existem evidências científicas dos efeitos benéficos do exercício físico na prevenção e no tratamento do DM. Com isso, o estudo propôs-se avaliar o nível de conhecimento do portador de DM tipos 1 e 2 sobre o exercício físico, e sua influência sobre o descontrole glicêmico. Avaliou-se 50 pacientes, todos cadastrados no CEMED, com idade acima de 18 anos de ambos os gêneros que assinaram o TCLE apresentado junto ao questionário. Os resultados foram adquiridos através de dois instrumentos, intitulados “Questionário sobre Aspectos Socioeconômicos e de Saúde” e um “roteiro de entrevista estruturada contendo três questões abertas”. Os resultados mostram um maior índice de indivíduos com baixa frequência a programas de controle do DM proposto pelo CEMED, e com isso, o baixo nível de conhecimento, sobre, qual o tipo de atividade física a ser praticada por cada um, a hora e a intensidade a ser praticada vem causando um maior descontrole glicêmico. Com isso conclui-se que a falta de um profissional de educação física na equipe multidisciplinar e o pouco conhecimento pelos pacientes, pode ser um fator contribuinte para o descontrole da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

W. Larry Kenney, Jack H. Wilmore, David L. Costil. Fisiologia do Esporte e do Exercício. 2013, 5ª Edição.

Aspectos importantes na prescrição do exercício físico para o diabetes mellitus tipo 2. Revista Brasileira de prescrição e Fisiologia do exercício, São Paulo, v.1 n.6, p.59-69. Nov/Dez. 2007.

MARCONI. M. A.; LAKATOS, E.M. Técnicas de Pesquisa. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

PALAVRAS-CHAVES: Diabetes. Exercício Físico, Glicemia.

REVISÃO DE LITERATURA: ABORTO PROVOCADO LEGALMENTE

**MARIA CRISTINA PORTO E SILVA*; MARIA CRISTINA PORTO E SILVA;
APARECIDA DO CARMO PEREIRA*; BEATRIZ LOPES LINHEIRA DA
SILVA; DEBORA RANGEL FARIA; JÉSSICA LISIANE ROSA; MARIA
TERESA DE JESUS PEREIRA; VALERIA CRISTINA DE MORAES**

INTRODUÇÃO: O aborto provocado por ser um procedimento não regularizado, acaba por levar a maioria dessas mulheres a morte ou a esterilização, por realizarem em ambientes sem condições básicas e nem equipada, sem condições de higiênicas adequadas. Ele vai além de números estatísticos, envolve valores morais e religiosos. Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre aborto provocado legalizado e a percepção dos profissionais de saúde diante dessa relação polêmica, quando há necessidade de abortar. **METODOLOGIA:** Foi realizado levantamento bibliográfico no período de 2003 à 2017 no banco de dados do Google Acadêmico, tendo os seguintes critérios para inclusão dos artigos: texto em português e que o título tivesse relação com objetivo do estudo. Utilizou as palavras chaves: aborto, aborto legal, aborto voluntário, aborto provocado. Foram encontrados 336.000 que após leitura dos resumos foram excluídos os que não atendiam ao objetivo do estudo, sendo, portanto selecionando 8 artigos que atendia a percepção dos profissionais de saúde diante dessa relação polêmica, quando há necessidade de abortar. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Aborto é utilizado com grande frequência, principalmente, decorrentes de estupros, onde a mãe violentada não quer ter o bebê e ao lembrar-se do ato pode causar dor e sofrimento. Alguns profissionais de saúde acabam lidando de forma indecisa com esse tipo de procedimento, uma vez que realizar aborto existe um valor moral e religioso grande, apenas legalizado em estupro, má formação (anencefalia) ou quando em risco de vida da gestante. Portanto os artigos se comunicaram de maneira semelhante quanto retrata uma assistência parcialmente aceitável ao aborto mediante a legislação, entende-se ainda que é uma prática que envolve sentimentos e crenças religiosas. **CONCLUSÃO:** Os cuidados frente ao aborto provocado vão além de simples condutas aplicadas isoladamente na percepção das profissionais da equipe de saúde, o aborto provocado é crime perante a lei dos homens e diante da lei de Deus, constitui pecado. Mais é importante ressaltar que as experiências de atendimento às mulheres em situação de violência sexual provocaram possibilidades de mudança dos valores e a resignificação da prática dos profissionais de saúde. A experiência e o convívio com as mulheres e suas histórias de dor e sofrimento transformaram resistência, medo e distância em solidariedade e compromisso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GOLLOP, T. R.. Aborto por anomalia fetal. *Revista Bioética*, v. 2, n. 1, 2009.

ROCHA, W. B.da et al. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Revista Bioética*, v. 23, n. 2, p. 387-399, 2015.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. S399-S406, 2003.

PALAVRAS-CHAVES: aborto, aborto legal, aborto voluntário, aborto provocado.

REVISÃO DE LITERATURA: PARTO PREMATURO

**TATIELLE FERNANDES FELICIANO DE OLIVEIRA*; MARIA CRISTINA PORTO
E SILVA; ESTELA OLÍVIA FARIA DE ALMEIDA*; HÉVERTON ELIAS
ALVES; LIDIANE DE FÁTIMA FERNANDES;; LUANA LUCIANO AMARAL;
MARIA TERESA DE JESUS PEREIRA**

INTRODUÇÃO: O parto prematuro é a ocorrência do nascimento antes do termo, ou seja, abaixo de 37 semanas de gestação, independente do peso ao nascer, podendo ser classificado em prematuridade extrema, quando o nascimento ocorre antes da 28 semana de gestação, prematuridade acentuada, quando ocorre entre a 28 e 32 semana de gestação e prematuridade moderada, entre a 32 e 37 semana de gestação. (RADES, E.; BITTAR, 2004). Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as causas do parto prematuro (TPP). **METODOLOGIA:** Foi realizado levantamento bibliográfico no período de 2004 a 2016 nas bases de dados Scielo e LILACS, utilizando as palavras chaves: parto prematuro, trabalho de parto prematuro, causas do parto prematuro, e prematuridade, sendo em português. Foram encontrado 53.300, que após leitura dos resumos foram excluídos os que não atendiam ao objetivo do estudo. Somente 20 artigos relacionados ao parto prematuro, sendo apenas utilizado 7 artigos que atendia as causas do parto prematuros. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Em determinantes do parto prematuro as causas mais comumente encontradas foram: sangramento anteparto (49,5%), hipertensão arterial (21,2%), bradicardia fetal (26,5%), oligoâmnio grave (4,1%), pré-eclâmpsia (12,1%), síndrome HELLP (4,8%), rotura prematura das membranas (25%), placenta prévia (25%), síndrome antifosfolípide (12,5%), mau passado obstétrico (25%), carcinoma de colo uterino (25%), neuropatia (12,5%), descolamento prematuro da placenta (6,25%), cardiopatias (6,25%), ITU e dismenorreia (15%). Apesar dos avanços da perinatologia nos últimos anos, a prematuridade continua sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, representando um dos maiores desafios para a Obstetrícia. Apesar da etiologia multifatorial e da dificuldade para prevenção primária do parto prematuro espontâneo, as medidas adotadas para a sua prevenção secundária parecem ter colaborado para o controle de sua incidência em alguns países (DUARTE, FREIRE, OLIVEIRA, 2015). O avanço tecnológico e científico tem sido um aliado na obtenção de resultados satisfatórios cada vez mais frequentes na assistência neonatal, permitindo intervenções obstétricas mais precoces. **CONCLUSÃO:** O Trabalho de parto prematuro ocorre na maioria das vezes de forma espontânea com várias etiologias associadas, por isso, o diagnóstico deve ser rápido para que o tratamento seja instituído através de tocolíticos (medicamentos utilizados para suprimir o TPP), internamento e repouso para tentar retardar o parto com a finalidade de promover o bem estar materna e fetal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUARTE, M. M. P.; FREIRE, E. E. G. OLIVEIRA, J. F. B. de. Assistência de enfermagem à gestante em trabalho de parto prematuro. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, v. 2, n. 7, 2015.

MOUTINHO, A.; ALEXANDRA, D. Parto pré-termo, tabagismo e outros fatores de risco: um estudo caso-controle. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 29, n. 2, p. 107-112, 2013.

BITTAR, RE et al. Indicadores de risco para o parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n. 4, p. 203-209, 2009.

PALAVRAS-CHAVES: parto prematuro, trabalho de parto prematuro, causas do parto prematuro, e prematuridade,

REVISÃO DE LITERATURA: DEPRESSÃO E CULPA NO ABORTO ESPONTÂNEO E PROVOCADO

LARISSA JONAS DE OLIVEIRA; MARIA CRISTINA PORTO E SILVA; CARLA LUISA MARTINS; ELAINE CRISTINA TOSTA PEREIRA; LUCAS ALVES DA SILVA; MAÍRA FERNANDA LEITE; MARIA TERESA DE JESUS PEREIRA**

INTRODUÇÃO: A gravidez tem um significado simbólico para cada mulher. Sua personalidade, seu relacionamento atual e o período de vida em que ela se encontra tem influência direta em seu desejo de ser ou não ser mãe. Quando a gravidez não é desejada, a maternidade pode ser opressiva e frustrante, pois a partir dela a mãe enfrentará novos aspectos, como identidade, mudança corporal, relação com o pai da criança e seus familiares, bem como convívio em sociedade. Contudo, uma gravidez planejada propicia a mãe se preparar para a chegada da criança, realizar todos os exames necessários e ter uma gestação saudável e segura (BENUTE, et al 2009) A culpa é um sentimento experimentado pela mulher quando algo acontece que não estava dentro do seu planejado, fazendo-a sentir-se protagonista de sua causa, confrontando a realidade e não aceitando-a (DREZETT, PEDROSO, 2012) Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a existência da depressão e a culpa em mulheres que sofreram o aborto espontâneo e provocado. **METODOLOGIA:** Foi realizado levantamento bibliográfico no período 2014 a 2018 na base de dados Scielo e Google Acadêmico utilizando as palavras chaves: depressão, culpa abortamento espontâneo, abortamento provocado, saúde mental, mulheres, enfermagem, ansiedade. Foram encontrados 16. 231 que após leitura dos resumos foram excluídas os que não atendiam ao objetivo do estudo, sendo selecionados 8 artigos que atendias a existência da depressão e culpa em mulheres que sofreram aborto espontâneo e provocado. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Os artigos selecionados apresentaram que as mulheres que trabalham que não sofreram violência sexual ou doméstica, casadas e com vida estável apresentam menores índices de depressão após aborto. Já as mulheres solteiras, que não trabalham, sofrem violência domestica ou faz uso de álcool ou drogas tem maior índice de depressão, principalmente se este aborto for provocado, pois a vivencia destes fatores e o principal motivo para provocar um aborto. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se através desta revisão, as mulheres que sofreram aborto provocado tiveram uma prevalência do sentimento de culpa, em contrapartida as mulheres que sofreram de aborto espontâneo tiveram a prevalência de sentimentos relacionados à depressão. Contudo observa-se que seja no aborto espontâneo ou provocado as mulheres passam por sentimento de ansiedade, e este pode ocasionar a depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENUTE, G.R. et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. Rev. Assoc. Med. Bras. [Online]. 2009, vol.55, n.3, pp.322-327. ISSN 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000300027>.

DREZETT, J. PEDROSO, D. Aborto e violência sexual. Cienc. Cult. [online]. 2012, vol.64, n.2, pp.35-38. ISSN 2317-6660.

MARIUTTI, M. G. Z; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F.. Associações do abortamento com depressão, indicadores clínicos, sociodemográficos e de proteção. Tempus Acta de Saúde Coletiva, v. 7, n. 2, p. 145-157, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: depressão, culpa, abortamento espontâneo, abortamento provocado, ansiedade.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA COM INSUFICIÊNCIA ARTERIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

GABRIELA MORAES DE SOUZA*; IZABEL CRISTINA LEMES; JOÃO BATISTA CUNHA; PAOLA DANIELE MAIA

INTRODUÇÃO: A insuficiência arterial periférica é o resultado da diminuição do fluxo sanguíneo para os membros. O quadro clínico é caracterizado por palidez, redução da temperatura, desaparecimento dos pulsos periféricos e insensibilidade. A dor em membros superiores ou inferiores, que pode ocorrer após atividade física ou mesmo em repouso, com ou sem lesão cutânea está presente desde o início do quadro. Na maioria das vezes, sua causa é oriunda do processo aterosclerótico, mas pode ter outras etiologias, como arterites, espasmos, aneurismas ou tromboembolismo (SMELTZER, S.C. et al. 2012). A sistematização da enfermagem (SAE) é o que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de enfermagem, de modo que o resultado final seja uma melhora do quadro clínico decorrente da assistência individualizada e de qualidade. **OBJETIVO:** implementar a sistematização da assistência de enfermagem ao cliente com insuficiência arterial. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de caso, desenvolvido durante o estágio supervisionado I, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí, no setor Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). A coleta de dados foi baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979), por meio na anamnese, exame físico e informações do prontuário. Para o diagnóstico de enfermagem foi utilizada a NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*, 2015). Os principais diagnósticos levantados foram: Dor aguda, Risco de sangramento, Integridade tissular prejudicada, Perfusão tissular periférica ineficaz, Risco de infecção. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que o cuidado individualizado, possibilitou a assistência de modo integral, relacionados especialmente à prevenção de complicações, além de favorecer a troca de experiências, contribuindo como espaço de aprendizagem e formação profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HORTA, W.A. Processo de Enfermagem, São Paulo (SP): EPU; 1979.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SMELTZER, S.C. et al. Brunner&Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 4 v.

PALAVRAS-CHAVES: Sistematização da enfermagem, diagnósticos de enfermagem, insuficiência arterial.

SABERES E CUIDADOS DE PESSOAS PORTADORAS DE ÚLCERA VENOSA

**GABRIELA DA GRAÇA LIMA LOBO*; MAURICÉIA COSTA LINS DE
MEDEIROS; ANNA CECÍLIA QUEIROZ BARBOSA SANTOS; CAMILA
FARIA MINAMISSAWA; FLAVIANNE MARYANNE PRUDENCIO;
GABRIELA DA GRAÇA LIMA LOBO; MALUANE RODRIGUES
HONORATO; MARIA GABRIELA OLIVEIRA DE PAULA**

INTRODUÇÃO: A úlcera venosa é uma ferida que ocorre nos membros inferiores, devido à insuficiência venosa. O coração bombeia o sangue por meio das artérias até os dedos dos pés. Os músculos da panturrilha funcionam como uma bomba, empurrando o sangue pelas veias contra a gravidade, de volta ao coração. As válvulas venosas impedem que o sangue volte e se acumule nas veias. Quando essas válvulas falham, o sangue se acumula e formam-se as varizes. Os maiores índices de casos de úlcera venosa são em pessoas com mais de 41 anos. O problema é agravado por fatores que incluem obesidade, sedentarismo, tabagismo, diabetes e problemas cardíacos. Durante a gravidez, pelo excesso de peso da barriga, algumas mulheres podem apresentar problemas circulatórios. A pressão acrescida devido ao congestionamento de sangue nas varizes faz com que os líquidos e outros componentes do sangue se infiltrem do sistema vascular para os tecidos. Devido a isso, ocorre o edema, a hiperpigmentação e ressecamento da pele. Uma pequena ferida pode originar uma úlcera. A ferida se apresenta em vários tamanhos, com bordas irregulares e pode ocorrer acúmulo de germes levando a um odor desagradável. A dor intensa faz com que os portadores da úlcera acabem evitando o convívio social. O tratamento inclui elevação do membro, meias compressoras; curativos; uma alimentação saudável, que auxilia na cicatrização e exercícios que auxiliam na circulação sanguínea. Para o tratamento, é realizada uma limpeza com água e sabão e o desbridamento, caso necessário (remoção do tecido morto) e aplicado o medicamento, que pode ser em forma de pomada (papaína, colagenase) ou as placas de hidrocoloíde, carvão ativado ou bota de Unna.

OBJETIVO Pesquisar sobre as informações que os portadores da doença devem receber a fim de que o tratamento ocorra de uma forma mais branda e minimize o tempo de cicatrização e de recidivas. E também os cuidados necessários para se evitar e saber como cuidar das pessoas com esta patologia.

METODOLOGIA Compreende-se em uma pesquisa bibliográfica, realizada em sites de pesquisa e artigos científicos de bases de dados da internet.

CONCLUSÃO A úlcera venosa necessita de uma atenção especial e de um tratamento adequado a cada paciente, para evitar o agravamento da lesão e buscar a cicatrização total. O apoio da família e o incentivo do convívio em sociedade são essenciais para evitar casos de isolamento e depressão. O tratamento realizado pelos médicos e enfermeiros necessita do auxílio do paciente para um quadro de melhora. Sendo importante

uma alimentação saudável, exercícios físicos e evitar hábitos como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e o controle de outras doenças como a diabetes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MEDI. Úlcera venosa da perna: diagnóstico e tratamento. Disponível em <https://www.medi-brasil.com/saude/diagnostico-e-tratamento/ulcera-venosa-da-perna/> Acessado em 22/04/2018

SPONCHIATO. Diego. A influência da dieta na cicatrização da pele. 2017 disponível em <https://saude.abril.com.br/alimentacao/a-influencia-da-dieta-na-cicatrizacao-da-pele/> Acessado em 23/04/2018

AMATO. Alexandre. Gravidez e doença venosa. 2016. Disponível em <https://vascular.pro/content/gravidez-e-doen%C3%A7a-venosa> .Acessado em 23/04/2018.

PALAVRAS-CHAVES: Úlcera Venosa, Causas, Tratamentos.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM HEMATOQUEZIA

**DÉBORA RANGEL FARIA*; MAURICEIA COSTA; ALINE CEZARIA DA SILVA
Outra Instituição**

INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ação privativa do enfermeiro para organizar e sistematizar o cuidado, através da prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir na integralidade da saúde do indivíduo, família e comunidade, para isso o enfermeiro deve ter conhecimentos e habilidades. A Hematoquezia é evacuação de sangramento vivo, indicando o cólon como fonte de sangramento, seja por neoplasia, divertículo ou doença inflamatória intestinal. **OBJETIVO:** Elaborar a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) de um paciente com hematoquezia. **MÉTODO** Trabalho qualitativo e descritivo, através de um estudo de caso, e realizado a sistematização da assistência da enfermagem através de suas etapas: histórico do paciente, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem e implementação de enfermagem. **RESULTADOS:** Foi realizado o estudo de caso do paciente L. M. S, 56 anos. Deu entrada no hospital devido ao sangramento nas fezes (Hematoquezia) queixando de dor abdominal e alteração no hábito intestinal e o foi internado para procedimento cirúrgico de retirada do cólon descendente. Casado, reside com a esposa na zona rural, com energia elétrica e coleta de lixo; tabagista por 41 anos, cerca de 2 maço/dia e interrupção de 3 anos. Alimenta de 3 a 4 refeições/dia. É portador de Tumor em Colón descendente; Hipertensão Arterial Sistêmica; DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) grave; Hiperplasia Prostática Benigna. Apresentou na entrevista normotenso, taquicardio, taquipneico, hipertenso. Orientado em tempo, espaço, pessoa, pupilas isocóricas. A partir da anamnese e exame físico foi possível chegar ao diagnóstico de enfermagem, realizar planejamento e elaborar as intervenções de enfermagem. Identificou 8 diagnósticos de enfermagem: Disposição para eliminação urinária melhorada; Risco e função cardiovascular prejudicada, Risco de baixa autoestima situacional, Risco de infecção, Risco de choque, Dentição prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Risco de lesão do trato urinário. E as intervenções de enfermagem foram: observa sentimentos de medo e angústia; controlar diurese 6/6h avaliando aspecto quando odor e cor; troca de curativo 3 vezes ao dia; avaliar locais de incisão de dispositivo e seu manuseio; avaliar dor e sua frequência e duração; estimular a deambular precoce, Oferecer apoio psicológico; Fornecer informações sobre o diagnóstico; Esclarecer todas as dúvidas ao paciente e familiar; Incentivar o familiar quanto a sua importância na recuperação; Observar sentimentos de tristeza, medo, angústia e irritabilidade **CONCLUSÃO:** O presente estudo elaborou ao paciente diversas intervenções, que consiste aprimorar sua qualidade

de vida enquanto ainda estiver na internação, então a sistematização no caso apresentado proporcionou ampliar o cuidado ao paciente com hematoquezia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: Sistematização de Assistência de Enfermagem: Guia Prático/ Meire ChucreTannure, Ana Maria Pinheiro. 2. ed. – [Reimpr.] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

LOPES, A.C. Diagnóstico e tratamento. Vol. 3, Barueri-SP: Manole, 2007.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: definição e classificação 2009-2011 / NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

PALAVRAS-CHAVES: Hematoquezia, SAE.

TRANSPLANTE CARDÍACO

RAFAELLA CHAGAS RAMBALDI*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; ALINE PEREIRA DA SILVA DANTAS; EDUARDA RODRIGUES RESENDE; JULIO CESAR OLIVEIRA

INTRODUÇÃO: O coração é um órgão muscular oco, envolto por um saco cheio de líquido chamado pericárdio, localizado no interior da cavidade torácica. Historicamente, o 1.º transplante cardíaco foi realizado em 1967 na África do Sul e, desde então, as técnicas para proteger o receptor do órgão e o transporte deste órgão evoluíram. A doação de coração é um ato de solidariedade tomado pela família da pessoa que faleceu por morte cerebral ou pelo próprio sujeito, caso em vida ele tenha decidido tornar-se um doador. O transplante é necessário quando as medidas clínicas e cirúrgicas no tratamento de insuficiência cardíaca foram esgotadas, e a experiência de vida do paciente não ultrapassar dois anos. Para receber este órgão, o potencial receptor deve estar inscrito em uma lista de espera, respeitando-se a ordem de inscrição, a compatibilidade e a gravidade de cada caso. A lista é única, organizada por estado ou por região e monitorada pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e por órgãos de controle federais. A vida do receptor, após o transplante, será o mais próximo possível do normal, visto que esse recurso não é uma cura, mas sim um tratamento que pode prolongar a vida com uma melhor qualidade. O valor médio de sobrevivência aproximado, depois de um ano, é de 70% para o enxerto e para o paciente. Em casos de rejeição, poderá ser oferecido um novo transplante ao paciente. **OBJETIVO:** Pesquisar informações acadêmicas sobre a importância da conscientização para a doação do coração. **METODOLOGIA:** Compreende-se em uma pesquisa bibliográfica, cujo respaldo teórico pautou-se em artigos acadêmicos da internet. **CONCLUSÃO:** Observa-se que a vida de muitas pessoas não consegue esperar por 2 anos para receber um órgão transplantado por falta de informações na sociedade. O indivíduo doador faz este gesto em vida e pode, com isso, colaborar para salvar a vida de 5 pessoas ou mais. Portanto, cabe a nós profissionais da saúde, desenvolver uma relação mais íntima com a comunidade para que sejam realizadas campanhas mais eficientes acerca da importância de ser um doador de órgãos, respeitando sempre aspectos socioculturais presentes nesta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVA R da, P. Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência. In: Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery [online] 2008, 23 (Enero-Marzo): [Fecha de consulta: 3 de mayo de 2018] Disponible en: ISSN 0102-7638 . Acessado em: 03/05/2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doação e transplante de órgãos: coração. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/doacao-transplantes-de-orgaos/coracao>>>. Acessado em: 03/05/2018

PALAVRAS-CHAVES: Transplante Cardíaco. Coração. Doador

TRANSPLANTE DE CÓRNEA

GABRIEL HENRIQUE DA SILVA OLIVEIRA*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; FABIANE APARECIDA DO VALE; JOSICLEA PEREIRA DA SILVA; POLLYANA JÚLIA FERREIRA; TAMIRIS APARECIDA

INTRODUÇÃO: O transplante de córnea é singular, pelo fato de ser habitualmente realizado em pessoas com deficiência visual, mas com expectativa de vida, mobilidade e convivência social preservada. Um enxerto malsucedido pode levar à cegueira real ou ao sofrimento permanente, motivado por dor ou desconforto ocular. Um dos fatores fundamentais do sucesso do mesmo é o uso de córneas de boa qualidade. A seleção dessas córneas assenta-se em três princípios: inocuidade, transparência e vitalidade. Cada um deles é analisado detalhadamente neste trabalho

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MORENO.GP et al. Transplante de córnea e o conhecimento do procedimento pelos pacientes.2003 Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/%od/abo/v66n6/18973>> Acessado em 20/04/2018

PALAVRAS-CHAVES: Transplante de córnea

TRANSPLANTE DE PULMÃO: UMA DECISÃO QUE SALVA VIDAS

**JULIA MARIANA DA SILVA*; DENISE APARECIDA GOMES DOS SANTOS;
BRUNO BRAGANÇA DAMASO; CAMILA BRUNA DE ALMEIDA; JULIA
MARIANA DA SILVA; MARIA PATRÍCIA DA SILVA**

INTRODUÇÃO: O transplante de pulmão é um procedimento cirúrgico que consiste na substituição do órgão por um novo que pode ser ambos quando o doador falecido ou apenas um, se o doador estiver vivo. Dentre todos os órgãos que são transplantados, o pulmão é o mais complexo, uma vez que sua captação durante a cirurgia e os cuidados após os transplantes devem ser extremamente bem realizados. Não somente isso, cerca de 95% dos pulmões doados são descartados, por estarem muito danificados e se deteriorarem muito rapidamente quando o seu doador já se encontra falecido. Aqueles que esperam o transplante sofrem de doenças respiratórias crônicas, como o enfisema pulmonar e outros problemas tal como a fibrose cística. Esses pacientes apresentam sérios empecilhos que diminuem sua qualidade de vida drasticamente, como: falha na oxigenação do sangue e carência na eliminação do dióxido de carbono, devido a isso, a intervenção cirúrgica torna-se necessária.**OBJETIVO:** Levantar informações sobre o transplante de pulmão. **METODOLOGIA:** Para a busca de informações na literatura foram utilizados sites institucionais e artigos utilizando os descritores Transplante de Pulmão, Informação. **CONCLUSÃO:** O processo de transplante de pulmão é extremamente delicado e exige preparo da equipe médica, equipamentos suficientes nos hospitais e organização e documentação dos possíveis doadores e receptores. Estas informações coloca a importância deste transplante para fazer respirar o paciente que espera este órgão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doação e transplante de órgãos: pulmões. Disponível em Acesso em 03/05/2018.

SAÚTIL- SUA SAÚDE EM UM CLIQUE Transplante de pulmão. Disponível em <http://www.sautil.com.br/saude-para-voce/saude-respiratoria/conteudo/transplante-de-pulmao>. Acesso em 03/05/2018.

PORTAL DRAÚZIO VARELLA. Doação e transplante de órgão no Brasil. Disponível em <https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/doacao-e-transplante-de-orgaos-no-brasil/> Acessado em 03/05/2018.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante, Pulmão, Recuperação.

TRAUMA PEDIÁTRICO- ACIDENTE DE TRÂNSITO

**GABRIELA TIBÚRCIO RAMOS*; DENISE APARECIDA GOMES SANTOS;
DÉBORAH MAMUD; LÊNYN SILVA; ARIELLE BRITO; NATYELLE
FERREIRA**

INTRODUÇÃO: Os acidentes de trânsito são considerados a doença do século XXI e pode ser classificada como uma epidemia. Estes, considerados como uma causa externarepresentam o principal motivo de morte nas crianças na faixa etária de 1 a 14 anos, sendo 30% representados pelos acidentes de trânsito. A resolução 277 do Contran (Conselho Nacional de Trânsito) - a lei da cadeirinha - determina que bebês de até um ano de idade sejam transportados no bebê conforto, de costas para o painel do veículo. De um a quatro anos, as crianças devem ser colocadas em cadeiras para auto. Entre quatro e sete anos e meio, o ideal é que utilize assento de elevação, o booster. Já crianças acima de sete anos e meio até dez anos devem viajar somente no banco traseiro, com a utilização do cinto de segurança. Segundo estudos americanos, a utilização correta das cadeiras para auto, podem reduzir em até 71% o risco de morte de crianças nos casos de colisão do veículo. No caso de uma colisão entre veículos, se a criança não estiver posicionada adequadamente, seja na cadeirinha, assento elevado ou cinto de segurança, deve-se seguir o protocolo ABCDE do trauma a fim de garantir a estabilização da vítima. A OMS divulgou em seu último relatório intitulado "Situação Global sobre Segurança Rodoviária 2015", o Brasil aparece na 56ª posição em um ranking de 180 países que mais sofrem com a mortalidade no trânsito. Nas Américas, o Brasil está atrás apenas da República Dominicana e de Belize. No mundo todo, aproximadamente 1,25 milhão de pessoas morrem vítimas de acidente de trânsito. Proporcionalmente, 23% são motociclistas, 22% são pedestres e 4% são ciclistas. No Brasil, em 10 anos, a taxa de mortalidade nas vias foi de 18,7 para 23,4 a cada 100 mil habitantes, taxa próxima à registrada em países africanos (média de 26,6 vítimas para cada 100 mil habitantes). Portanto, em 2013, entendendo a necessidade de suprir essa demanda crescente, o Ministério da Saúde criou a Linha de cuidado ao trauma na rede de atenção às urgências e emergências do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, o sistema investiu na melhora ao acesso e atendimento de vítimas de causas externas, estabelecendo regras para a habilitação de centros especializados em trauma que visam organizar a rede hospitalar, padronizar e agilizar o atendimento a vítimas de violências e acidentes em geral e evitando óbitos, complicações e sequelas graves.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31880>

<http://www.bombeiros.go.gov.br/wpcontent/uploads/2015/12/ProtocoloParaOSuporteBasicoDeVida-2011.pdf>

http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/RESOLUCAO_CONTRAN_277.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma, crianças, trânsito.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA FAMÍLIA COM DIVERSOS PROBLEMAS

GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS¹, TAINÁ CERQUEIRA PEREIRA^{1*}, RITA DE CÁSSIA PEREIRA²

Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS

Introdução: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) tem a proposta de atendimento e intervenções interdisciplinares sejam para o sujeito individual ou coletivo, favorecendo um apoio que promova a troca de conhecimento entre os profissionais para incrementar no cuidado a ser oferecido. **Objetivo:** Realizar Projeto Terapêutico Singular de uma família cadastrada na Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo relato de experiência, como proposta de atividade prática da disciplina de Saúde da Família. Os dados foram coletados através de entrevista na residência, durante visitas domiciliares e dados contidos no prontuário da família. **Resultados:** A família foi do tipo nuclear, composta pela esposa, esposo e casal de filhos. Foi consultado o prontuário que não havia informações detalhadas sobre os membros da família, sendo em seguida realizado a visita domiciliar juntamente com a Agente Comunitário da Saúde com o intuito de conhecer a realidade de saúde, social e comunitária dos integrantes da casa. Após as visitas e os dados obtidos através das entrevistas foram levantados os seguintes problemas: esposa é portadora de Diabetes Mellitus tipo 2 não tratável, o esposo tem transtorno de ansiedade e faz uso irregular de psicotrópicos sem prescrição médica, o filho primogênito apresentou queixa de zumbido nos ouvidos, inquietação psicomotoras e irritabilidade na presença de sons. Foi elaborado o genograma e o ecomapa da família, a classificação de risco familiar onde se constatou que a família era de médio risco. As intervenções realizadas foram: na primeira visita domiciliar orientação sobre alimentação saudável, construção de horta, controle glicêmico regular na unidade de saúde, coleta exame preventivo e avaliação nutricional para esposa, agendamento de consulta médica à família toda. Durante o atendimento na unidade de saúde foram orientados quanto à importância da atividade física e a permanência no sistema de saúde. O projeto Terapêutico Singular foi apresentado a equipe de saúde onde se discutiu o plano de cuidados à família. **Conclusão:** A família passou a ser atendida com base no plano de cuidado traçado pelos profissionais da equipe de ESF a partir do PTS, onde o planejamento das ações foram direcionadas na busca de vínculo e uma melhor qualidade de vida para a família. **Palavras-chaves:** Saúde da Família, Enfermagem Domiciliar, Cuidados de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Secretaria de Atenção à Saúde - Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS GWS, DOMITTI AC. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia paragestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Universidade Estadual de Campinas, Fev; 23(2):399-407, Campinas: Cad Saúde Pública, 2001.

MIRANDA, F. A. C.; COELHO, E. B. S.; MORÉ, C.L.O. **Como formular um projeto terapêutico singular**. Universidade Aberta do SUS – UNASUS: Acervo de Recursos Educacionais em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1150>> Acesso em 16 mar 2018.

1. Acadêmicos do Curso de Enfermagem- UNIVÁS
2. Docente do Curso de Enfermagem- UNIVÁS

DOAÇÃO DE SANGUE: UM GESTO DE CIDADANIA

ARIANE BORGES; BEATRIZ CARVALHO; BEATRIZ OLIVEIRA; DANIELE ALMEIDA; MARIA EDUARDA DE S. SILVA*; QUÊZIA CASTRO (1); DENIDE APARECIDA GOMES DOS SANTOS; MAURICÉIA COSTA LINS DE MEDEIROS (2)

(1) Acadêmicos de Enfermagem- Univás

(2) Docentes- Univás

Introdução: O sangue é um elemento essencial em todos os procedimentos médicos, seja ele de urgência, cirúrgico, tratamento de câncer e de doenças crônicas. Porém no Brasil apenas um 1,8% da população geral doa sangue, porcentagem na qual pode melhorar já que os bancos de sangue ficam escassos no fim do ano, por conta dos acidentes ocorridos nesse período que tem um grande número de festividades¹. Os requisitos básicos para ser um doador são os seguintes: é necessário ter até 69 anos de idade, ter peso igual ou superior a 50 kg; estar bem alimentado (evitar alimentos gordurosos nas três horas antecedentes à doação); estar bem descansado (ter dormindo pelo menos seis horas) e por acaso se a doação for após o horário de almoço esperar no mínimo duas horas. Ressaltando que no Brasil, a pessoa que doar sangue, perante o Regime das Consolidações do trabalho, poderá deixar de comparecer no trabalho, sem prejuízos no salário. Além da simples doação de sangue, existe ainda a doação por aférese, procedimento que pode se doar partes do sangue². Na Fundação Hemominas, esse procedimento é utilizado para doar hemácias e plaquetas separadamente. **OBJETIVO:** Apresentar informações necessárias para ser um doador de sangue. **METODOLOGIA:** Para a busca de informações na literatura foram utilizados sites institucionais voltados à população. **CONCLUSÃO:** A doação de sangue é um procedimento simples, rápido e que não traz danos para o doador, pelo contrário reduz o risco de doenças cardíacas, reduz o risco de câncer e faz um mini-checkup gratuito e para quem recebe essa transfusão o benefício é maior já que terá sua vida salva. E para realizar esse procedimento é necessário de um documento de identificação com foto, ter dormido no mínimo seis horas, não ter ingerido bebida alcoólica nas últimas vinte e quatro horas, não estar em jejum, pesar no mínimo 50 kg e ter idade entre 16 e 69 anos.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Uma doação de sangue pode salvar até quatro vidas. Disponível em < <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/11/uma-doacao-de-sangue-pode-salvar-ate-quatro-vidas>>. Acessado em 29/04/2018. 2. MINAS GERAIS. Fundação Hemominas. Atendimento ao candidato à doação de sangue. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/servicos/atendimento-ao-candidato-a-doacao-de-sangue#item-130>.

PALAVRAS CHAVE: Doadores de Sangue, Informação.

EVIDÊNCIAS DE ESPIRITUALIDADE E AUTOCUIDADO ENTRE PESSOAS IDOSAS NA COMUNIDADE

JOSÉ VITOR DA SILVA; ELIZAMA SIQUEIRA BITTENCOURT

Os objetivos do presente estudo foram: identificar as características pessoais, familiares, sociais, econômicas e de saúde de pessoas idosas residentes em comunidade; avaliar a espiritualidade e as capacidades de autocuidado; relacionar espiritualidade com capacidade de autocuidado e comparar a espiritualidade com as capacidades de autocuidado entre os idosos de Pouso Alegre e Congonhal, MG. O presente estudo foi de abordagem quantitativa, do tipo descritivo, transversal e analítico. Os participantes do estudo foram pessoas idosas, tanto do gênero masculino quanto do feminino, com 60 anos ou mais, residente nos bairros São João e Centro, da cidade de Pouso Alegre – Minas Gerais, assim como pessoas idosas do bairro Centro da Cidade de Congonhal, Minas Gerais. A amostra foi de 201 pessoas idosas, sendo 82 participantes do bairro São João, 31 participantes do bairro Centro, e os demais entrevistados da cidade de Congonhal. A amostragem foi não probabilística por conveniência. Foram usados os seguintes instrumentos: 1. Questionário de Avaliação Mental; 2. Características pessoais, familiares, sociais, econômicas e de saúde; 3. Escala de capacidades de autocuidado; 4. Escala de espiritualidade. A média de idade foi 68,69 anos (DP 7,02); 53,2% eram do gênero masculino e 46,8% do gênero feminino; 59,2% eram casados ou tinham união estável; 51,6% possuíam ensino fundamental incompleto; 73,3% eram católicos; a média de filhos foi 3,48 (DP 2,51); 71% viviam em família nuclear; 56,1% eram aposentados; 58,1% tinham renda familiar equivalente a 2-3 salários mínimos; 39% autorrelataram que sua saúde estava regular e 40,2% eram portadores de doença crônica; 33,3% portavam hipertensão arterial sistêmica. A média das capacidades de autocuidado dos idosos de Pouso Alegre foi mais alta quando comparada com Congonhal; quanto à espiritualidade ocorreu situação inversa. Houve correlação positiva e significativa ao se correlacionar as capacidades de autocuidado com a espiritualidade. Os dados de confiabilidade da escala, medidos pelo Alpha de Cronbach mostraram boa consistência interna do item. Concluiu-se que as pessoas idosas das cidades estudadas apresentaram bons níveis de capacidades de autocuidado e de espiritualidade. Os idosos de Congonhal tiveram melhores níveis de espiritualidade do que autocuidado e os gerontos de Pouso Alegre encontravam-se em situação inversa.

Descritores: Espiritualidade; Autocuidado, Idosos, Comunidade

Referências

SILVA, J. V. da **Os significados de espiritualidade e religiosidade**: as representações sociais de segmentos populacionais de cidades sul-mineiras. 2012. 310 f. Dissertação (Pós-Doutor em Emergências Clínicas)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, J.V. da **Avaliação das Capacidades de Autocuidado dos Idosos Usuários das Unidades Básicas de Saúde de Itajubá-MG**, 2006. Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá – MG, 2006.

SILVA, J.V.; KIMURA, M. **Ser idoso e ter qualidade de vida**: as representações sociais de idosos residentes em cidades sul mineiras. Tese (doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.