



ORGANIZADORAS
CECÍLIA DREBES PEDRON
ALESSANDRA VACCARI
ESTER CAROLINE DA SILVA
VITÓRIA COLONETTI BENEDET
LARISSA LIMA DA SILVA
AMANDA DE ABREU GULARTE

DESAFIOS E REFLEXÕES DA COVID-19 DURANTE 2021

Coleção

Volume 2

www.ufrgs.br/levi
LABORATÓRIO DE ENSINO VIRTUAL EM ENFERMAGEM

LEVI

Organizadoras

*Cecília Drebes Pedron
Alessandra Vaccari
Ester Caroline da Silva
Vitória Colonetti Benedet
Larissa Lima da Silva
Amanda de Abreu Gularte*

DESAFIOS E REFLEXÕES DA COVID-19
DURANTE 2021

Porto Alegre
UFRGS
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Reitor

Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora

Patricia Pranke

Diretora da Escola de Enfermagem

Ana Maria Müller de Magalhães

Vice-diretora

Márcia Koja Breigeiron

Projeto Gráfico

Amanda de Abreu Gularte

Cecília Drebes Pedron

Diagramação

Cecília Drebes Pedron

Esta obra é o segundo volume da Coleção LEVi - Laboratório de Ensino Virtual em Enfermagem

<https://doi.org/10.29327/552347>

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

D441 Desafios e reflexões da COVID-19 durante 2021 / Cecília Drebes Pedron [et al.] - Porto Alegre: UFRGS, 2021. v. 2
161 p. : il. color.

(coleção: LEVi - Laboratório de Ensino Virtual em Enfermagem)

ISBN 978-65-5973-083-4.

DOI 10.29327/552347

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Educação em Saúde. 3. Infecções por Coronavirus. I. Pedron, Cecília Drebes. II. Vaccari, Alessandra. III. Silva, Ester Caroline da. IV. Benedet, Vitória Colonetti. V. Silva, Larissa Lima da Silva. VI. Gularte, Amanda de Abreu. VII. Título.

CDU 614

CATALOGAÇÃO NA FONTE: AMANDA DE ABREU GULARTE CRB10/2500

SUMÁRIO

SOBRE AS ORGANIZADORAS	6
SOBRE OS AUTORES	7
APRESENTAÇÃO	17
A aula sobre “gestão plena” da saúde	19
Temos vacina aprovada para uso emergencial. E agora?	22
A importância da equipe de enfermagem em tempos de pandemia	25
Bandeira preta em quase metade do RS. Qual o meu papel?	28
Ações individuais e saídas do caos na saúde: uma lista colaborativa	30
A importância dos exames de rotina para a saúde da mulher em tempos de pandemia	34
Por 100% dos profissionais da saúde vacinados e com EPIs!	39
Atendimento aos pacientes com estomias em tempo de pandemia.....	42
Eventos adversos pós-vacinação COVID-19 e influenza	45
Vacinação contra a COVID-19 em Porto Alegre: experiência como acadêmicas de enfermagem.....	48
Vivências e desafios acadêmicos de enfermagem em saúde mental no ensino remoto emergencial	52
Diário de uma Enfermeira em tempos de pandemia	55
NursesPed: Empreendedorismos como Enfermeiras durante a pandemia.....	58
Me formei no meio da pandemia, e agora?	61
Maternidade e Docência em Enfermagem em tempos de pandemia	63
Ensino Remoto Emergencial e seus desafios: relato de experiência de monitoras na disciplina de saúde mental.....	66
Enfermeira no cuidado de feridas com Oxigenoterapia Hiperbárica e Curativos complexos.....	69
Paciente pediátrico com COVID-19: relato de uma feliz experiência	71
Enfermeira no Ministério da Saúde durante a pandemia.....	75
Homenagem aos Técnicos de Enfermagem.....	79
Conheça alguns motivos para amamentar seu filho!	83
Alterações fisiopatológicas das pessoas idosas: suscetibilidade a Infecção pelo coronavírus e complicações para COVID-19.....	88
As práticas integrativas e complementares durante a pandemia provocada pela COVID-19.....	91
Fake news na vacinação da COVID-19: repercussões na população e o papel da enfermagem	95
Monitoria indígena na universidade pública: um relato de experiência no ensino remoto	98
Centro cirúrgico ambulatorial em tempos de pandemia.....	101
Terapia a laser de baixa potência como terapia adjuvante no tratamento de lesão por pressão Pós-Covid- 19 em ambulatório de enfermagem em reabilitação	104
As sequelas e o envelhecimento pós-covid	108
Reflexões Bioética no cenário de COVID-19: mantendo o distanciamento social	111
Telessimulação como estratégia de ensino em enfermagem em tempos de COVID-19	114
Atendimento na Unidade Básica em tempos de pandemia	119
Sobre Recém-nascidos e Pais Prematuros	121
Técnicas de Amamentação.....	123

MULHER, CIÊNCIA E INOVAÇÃO: ancestralidade e atualidade (con)formando enfermeiras obstetras Rio Grande do Sul até 1968.....	128
MULHER, CIÊNCIA E INOVAÇÃO na (con)formação de enfermeiras obstetras no Rio Grande do Sul: 1968 à 2021.....	132
Translactação.....	136
Principais complicações durante aleitamento materno.....	139
Cuidando do seu bebê.....	145
Período de transição neonatal: cuidados de enfermagem.....	152
Taquipneia transitória do recém-nascido.....	157
A prática de aspirar nas injeções intramusculares: uma técnica inadequada ainda utilizada pela enfermagem nos dias de hoje.....	161

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Cecília Drebes Pedron

Doutorado e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeira pela UFRGS. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Especialista em Docência na Saúde pela UFRGS. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da UFRGS. Contato: cecilia.pedron@ufrgs.br

Alessandra Vaccari

Doutorado e Mestrado em Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Enfermagem Neonatal pela São Camilo Sul. Especialista formato MBA em Auditoria em Saúde pelo Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IACHS). Especialista em Ciências Radiológicas pela UFRGS. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da UFRGS. Contato: alessandra.vaccari@ufrgs.br

Ester Caroline da Silva

Acadêmica de Enfermagem/UFRGS. Bolsista do Laboratório de Ensino Virtual em Enfermagem UFRGS. Contato: carolinedasilva.ester@gmail.com

Vitória Colonetti Benedet

Acadêmica de Ciência da Computação/UFRGS. Bolsista da Plataforma CARE UFRGS (SEAD EAD). Contato: vitoriac.benedet@gmail.com

Larissa Lima da Silva

Acadêmica de Publicidade e Propaganda/UFRGS. Bolsista da Plataforma CARE UFRGS (SEAD EAD). Contato: limalarissads@gmail.com

Amanda de Abreu Gularte

Mestra em Ciência da Informação pela UFRGS, Bibliotecária da Escola de Engenharia. Especialista em Educação Especial pela FAIARA, graduada em Biblioteconomia pela UFRGS, técnica em informática pelo Colégio ULBRA Cristo Redentor. Contato: amanda.gularte@ufrgs.br

SOBRE OS AUTORES

Adriana Roesse Ramos

Doutorado e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeira pela UFRGS. Docente da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Alexandra L. Neutzling

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Alexia Guedes Vial

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aline G. de Oliveira

Técnica de Enfermagem do Serviço de Enfermagem Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Amanda Von Der Heyde de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ana Carolina Gomes

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ana Karina da Rocha Tanaka

Doutorado e Mestrado pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica da Universidade Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta na Universidade Federal Do Rio Grande do Sul, (UFRGS) no departamento Médico Cirúrgico (DEMC). Chefia no departamento Médico Cirúrgico (DEMC). Assessora nas áreas no serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico do HCPA. Membro pertencente ao grupo de pesquisa GISPE. Atualmente Editora Associada da Revista Gaúcha de Enfermagem.

Ana Maria Pagliarini

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Anderson Mateus Oliveira.

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Andrezza Serpa Franco

Doutora em Enfermagem e Bociências pela Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro -UNIRIO. Atualmente consultora do gabinete da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde e Assessora de Planejamento e Gestão Estratégica do Instituto Nacional de Cardiologia.

Andrwis Lara Barão

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ayume Oliveira Yamamoto

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Beatriz Hoppen Mazuí

Especialista em Enfermagem em Pediatria e em Dermatologia. Enfermeira Chefe de Unidade do Serviço de Enfermagem Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Bruna Silveira da Silva

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Camila Goulart Magrosi Nobre

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Camila Schneider

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Carina Bauer Luiz

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFRGS. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Unisinos. Enfermeira pela Universidade La Salle. Enfermeira Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na Unidade de Internação Obstétrica. Vice-coordenadora e preceptora do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Cenir Gonçalves Tier

Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Enfermeira pela Universidade Regional Integrada – UR. Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul - GEPENFORs -UNIPAMPA e do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/FURG-CNPq) e Núcleo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento Unipampa.

Claudete Moreschi

Doutorado e Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento pelo Centro Universitário UNIVATES. Enfermeira pelo Centro Universitário Franciscano. Docente do Curso de Enfermagem da URI Campus Santiago/R. Coordenadora do Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares da URI Santiago. Docente representante da URI- Campus Santiago no Conselho Municipal do Idoso (CMI) de Santiago, RS, sendo atualmente a Presidente do CMI. Membro do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (DCEG) da ABEn-Rs

Cristiana Gonçalves

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Cristiane Prates

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Daiane Biehl

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Daiane Porto Gautério Abreu

Doutorado e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande. Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Têm experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde Pública e Enfermagem Gerontogeriatrica. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrica, Enfermagem/Saúde e Educação.

Daniela Giotti da Silva

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Débora Rosilei Miquini de Freitas Cunha

Mestre em enfermagem em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde Pública pelo Instituto Brasileiro de Pós-graduação e Extensão. Enfermeira pela Universidade Luterana do Brasil. Chefe de unidade, enfermagem cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro da Subcomissão de Segurança e Qualidade Internação (sCOMSEQ). Professora convidada residencia multiprofissional da Universidade Luterana do Brasil.

Debora Schmitt Porto

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Enfermagem Materno-infantil pelo Instituto de Educação Moinhos de Vento. Enfermeira pela UFRGS. Técnica administrativa da UFRGS - Enfermeira do Laboratório de Práticas de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Instrutora Avançada em Simulação Clínica pela Laerdal Medical.

Débora Zmuda Padilha

Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho e Gestão nos Serviços de Enfermagem. Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Responsável Técnica de Enfermagem do Instituto de Oxigenoterapia Hiperbárica do Brasil e da Cicatrimed POA.

Deise Lisboa Riquinho

Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS. Chefe do Serviço de Enfermagem Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Dilmar Xavier da Paixão

Professor adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS.

Eleonir dos Santos Fidelis

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Eliane Fagundes

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Eliane Norma Wagner Mendes

Doutorado em Ciências Médicas: Pediatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Gabriel Fernandes Gonçalves

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Gabriele B. Machado

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Gabriely Westphal Ramos

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Giovana Maria Agliardi Cardoso

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Guilherme Medeiros

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Guilherme Miranda

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Helga Geremias Gouveia

Enfermeira e Obstetra pela Universidade Federal de São Carlos. Professora Associada na Escola de Enfermagem e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Líder do grupo de pesquisa Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê. Chefe do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Coordenadora do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Ingrid Amaral

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Isabel Kerber

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Isabella Moesh

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Isabelle Souza Chies

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Isadora Prates Bombardi.

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ivana de Souza Karl

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora assistente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro da Câmara de Extensão da UFRGS. Chefia do Departamento de Enfermagem Materno-infantil da UFRGS. Assessora do Serviço de enfermagem Pediátrica do HCPA.

Jaime Coffi de Souza

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Jamille Loiose Bortoni de Oliveira Lopes

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Jeniffer Mattos de Freitas

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

João Erasmo Campos Cavalari Junior

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

João Paulo Silva de Souza

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Jonas Willian da Silva Freitas

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Josiane de Lima

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Julia Florentino

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Julia Ribeiro

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Juliana da Silva Lima

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Juliana Piveta de Lima

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/FURG).

Juliani Goulart Caroly

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Julya Vera

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Karini Leal Rolim de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Karla Durante

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Larissa Gomes de Mattos

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS

Larissa Kafruni

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Larissa Klein Nunes

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Letice Dalla Lana

Enfermeira pela Universidade Federal de Santa Maria. Tutora de enfermagem no campo da Hemodinâmica pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência - RUE. Membro da Diretoria de Enfermagem Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem- Secção Rio Grande do Sul. Líder do GEPESH-FRON (Grupo de estudos e pesquisa sobre envelhecimento na Fronteira). Coordenadora substituta da Coordenação de Enfermagem.

Letícia Becker Vieira

Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery de Enfermagem – UFRJ. Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

Especialista em Gestão em Saúde. Especialista em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Especialista em Centro Cirúrgico Recuperação Pós-anestésica e Central de Material e Esterilização. Enfermeira pela Universidade Luterana do Brasil. Enfermeira do Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

Lívia Temp Falcão

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Luane Moreira de Aguiar

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Luane Luz Barth Rodrigues

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Luciana da Rosa Zinn Sostizzo

Especialista em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia. Enfermagem em Dermatologia e Enfermagem Estética. Enfermeira do Serviço de Enfermagem Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Luciana Makarevicz Santos

Pós-graduanda em UTI Geral e Gestão da Assistência Intensiva ao Paciente Crítico. Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Luciana Ramos Corrêa Pinto

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira do Serviço de Enfermagem Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Márcia Fabris

Especialista em Geriatria e Gerontologia. Especialista em Enfermagem do trabalho. Enfermeira do Serviço de Enfermagem Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Maria de Lourdes Custódio Duarte.

Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS. Pesquisadora na área de Saúde Mental e Serviços de Saúde

Maria Helena Gehlen

Enfermeira pela Universidade Federal de Santa Maria.

Mariene Jaeger Riffel

Doutorado em Educação e Mestrado em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira pela UFRGS. Professora adjunta na UFRGS.

Mariur Gomes Beghetto

Doutorado em Epidemiologia. Enfermeira. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFRGS. Coordenadora do Programa de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Matheus Raya

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Mayara Gomes

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Melissa L. Roman

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Miguel Lucas Silva da Paixão

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Nicole da Silva

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Pâmela Pereira

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Paula Eduarda Rodrigues Gomes

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Paula Vitória Pena Machado

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Pedro Bedin

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Rafaela da Silva Cruz

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Rafaela Garbini Casarin

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Rafaela Linck Davi

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Rebecca Vidal

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Rita de Cássia Figueró

Técnica de Enfermagem do Serviço de Enfermagem Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Rosaura Soares Paczek

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Sabrina dos Santos Pinheiro

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Enfermeira Titulada em terapia intensiva pediátrica pela ABENTI. Especialista em Nefrologia. Membro do Departamento de Enfermagem AMIB 20/21 e da ABENEURO.

Sílvia Cristina Garcia Carvalho

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Taline Bavaresco

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Tauane Letícia Johann Da Rosa

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Thailine Theis

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Thainá Lima

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Thayná de Almeida

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Victor Matheus Santos da Silva

Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Virginia Leismann Moretto

Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica-ABENFO-Secção-RS. Membro do Grupo Condutor da Rede Cegonha do Estado do RS. Membro da Câmara Técnica do COREN-RS; Grupo Técnico da Saúde da Mulher.

Viviane Zilz

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Waleska de Almeida Pereira

Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. MBA Executivo em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Auditora em Saúde pela Fundação Unimed, Belo Horizonte, MG. Enfermeira. Titulada em Terapia Intensiva Pediátrica pela ABENTI. Coordenadora de Enfermagem do Centro de Terapia Intensiva Pediátrica da Santa Casa de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Yanka Eslabão Garcia

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

APRESENTAÇÃO

O Laboratório de Ensino Virtual em Enfermagem (LEVi) iniciou suas atividades em 2002, sendo coordenado pelas professoras Lia Brandt Funcke, Denise Tolfo Silveira e Ana Luísa Petersen Cogo. Inicialmente, o objetivo do LEVi era desenvolver estratégias de ensino-aprendizagem em educação à distância, bem como utilizar-se de ferramentas computacionais no ensino de enfermagem. No ano de 2019, o LEVi passou por um processo de reestruturação, com a coordenação das professoras Cecília Drebes Pedron e Alessandra Vaccari. O objetivo do LEVi passou a ser incentivar acadêmicos a desenvolver atividades de valorização da enfermagem com a implementação de um espaço virtual de comunicação entre a comunidade acadêmica e mundo virtual. Neste momento, o site do LEVi (www.ufrgs.br/levi) passou a ser uma importante ferramenta para a integração de docentes, discentes e comunidade em geral como forma de partilha e troca de conhecimentos.

As trocas de conhecimento, inicialmente estimuladas pelas interações presenciais, começaram a formar redes de relacionamentos. Com a pandemia da COVID-19 esta rede de docentes, discentes e comunidade rapidamente tomou uma nova dimensão, sendo o LEVi o ambiente que acolheu a comunicação virtual de pessoas interessadas em temas relacionados a saúde e a pandemia. O LEVi promoveu e estimulou uma integração e espaço de comunicação, na qual professores e alunos realizaram conexões virtuais com a comunidade em geral explicando e comentando de forma científica e de fácil acesso a trajetória da COVID-19. Assim no ano de 2020, foi publicado o primeiro e-book do LEVi “Aproximações durante o distanciamento: reflexões sobre a pandemia da Covid-19”, uma coletânea das publicações oriundas da comunidade da Escola de Enfermagem da UFRGS no site do LEVi, no ano quando tudo mudou e o distanciamento social foi nossa realidade diária para enfrentarmos esse momento pandêmico que assolou o mundo.

Enfim, 2021 chegou e com a ele a esperança da aproximação; entretanto ainda no primeiro semestre do ano o número de casos aumentou e com eles aumentou a necessidade do distanciamento e do trabalho on-line. E junto o pior momento da pandemia para nós em Porto Alegre/RS chegaram as vacinas e assim semana após semana a nuvem cinzenta foi se dissipando e estamos encerrando o ano com o retorno as nossas atividades presenciais, ainda restritas, mas com a confiança que estamos vencendo. Desse modo, surge o segundo e-book do LEVi

“Desafios e reflexões da COVID-19 durante 2021”, no qual estão reunidos artigos produzidos ao longo do segundo ano da pandemia. Diferentes contribuições são registradas, envolvendo nosso viver e fazer como Comunidade da Escola de enfermagem da UFRGS durante mais esse ciclo de superação e aprendizagem; com a certeza que estamos mais fortes e unidos do que antes mesmo dentro do ambiente virtual, algo impensável antes de 2019.

O LEVi é um ambiente vivo e dinâmico, que irá continuar acompanhando as evoluções dos estudos acadêmicos focados nos interesses da comunidade. Sendo assim, esperamos que a leitura deste e-book seja proveitosa e deixamos o convite para contribuir com a nossa iniciativa seja produzindo novos artigos ou seja indicando temas que necessitem ser explorados.

Uma ótima leitura a todos!

Dra. Cecília Drebes Pedron

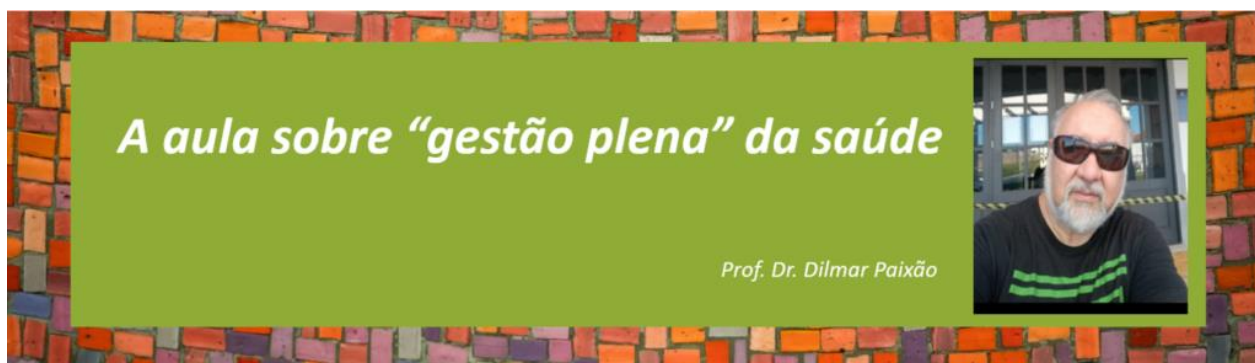
Dra. Alessandra Vaccari

Acad. Enfermagem Ester Caroline da Silva

Acad. Engenharia da Computação Vitória Colonetti Benedet

Acad. Publicidade e Propaganda Larissa Lima da Silva

Ma. Amanda de Abreu Gularte



Data de publicação: 13/01/2021

A aula sobre “gestão plena” da saúde

Prof. Dr. Dilmar Paixão

<https://www.ufrgs.br/levi/prof-dr-dilmar-paixao-gestao-plena/#page-content>

Por ‘n-motivos’ havia decidido não manifestar novo comentário algum. Seria mais cômodo, confortável e quase sem riscos. Bem mais tranquilo, posto que eu tenha sido do primeiro lote dos afastados: “grupo de risco”. Sublinho: – e ponto final. Ainda mais sobre política eleitoral.

Todavia, este, logo ali docente aposentado, tem sido pautado pelos termos do primeiro juramento, com a primeira toga há praticamente quarenta anos. O que se seguiu na vida acadêmica e profissional foram oportunidades, preparos e aprendizados partilhados com interlocutores nas salas de aula, reuniões de grupo e comunidade, encontros didáticos ou via aproximada – e ampliada – de microfones.

É por esses compromissos fundantes que volto a oferecer comentários rápidos, especialmente a quem ignora, participou pouco, faltou à aula ou observou superficialmente os acontecimentos eleitorais, com ênfase nos debates entre os candidatos e candidatas a prefeito e prefeita de tantos municípios brasileiros.

Por dever de ofício e consciência cidadã assisti aos debates eleitorais (alguns mais parecem conversa de compadres e comadres ou causos de galpão) em muitos municípios. A modernidade da internet oferta a comodidade de encontrar e rever esses eventos. São várias horas disponíveis. Imagens e som de qualidade. Conteúdos?

Bem a propósito desses conteúdos, retomei papel e caneta para os rascunhos agora transcritos ao computador. Claro, sem a infraestrutura institucional pleiteada. Este ensaio mínimo, improviso-provocação, destina-se a uma numerosa maioria de alunas e alunos discentes, que estudaram comigo nos cursos de graduação e pós, aqui leitores e leitoras eventuais. Quem sabe se a internet não nos reaproxima!

Muitas vezes, não raras, recebi retorno voluntário dos alunos sobre as aulas desse conteúdo, um bom tempo depois da formatura, imediatamente após alguma prova de concurso. Ouvei e li várias mensagens desse tipo: “Professor, lembrei-me de você no concurso”; “te agradeço, porque foi bem o que eu tinha aprendido”; “eu nem pude estudar, mas lembrei daquelas aulas”.

Não cito pelos elogios, porque faço questão de salientar nunca tê-los recebido como exclusividade. Se ninguém sabe nada e ninguém sabe tudo – dizia o velho mestre, a dedicação individual – repito – decide aquele índice 0,1 que gera a diferença classificatória. Assim, justificado, agradeço a quem leu até aqui e parto para o núcleo central da aula sobre gestão plena.

São 5.570 municípios, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2020b). Para as eleições de 15 de novembro, os debates da mídia jornalística foram permitidos até três dias anteriores. Houve criatividade. Equipes de profissionais cuidaram da ambiência dos debates e até da intencionalidade. Disse o apresentador: “queremos que esse debate seja na caracterização de um jornalismo de soluções” (SCOLA, 2020). Que nada! Não foram muito mais do que ataques inadequados, impróprios e pouco propositivos.

Santa Maria é outro exemplo curioso: a disputa do segundo turno separou em lados opostos o prefeito e o vice dessa mesma gestão. A virulência eleitoral acalorou ataques e momentos sem civilidade. Nesta, uma das cinco cidades gaúchas com segundo turno, restou a imagem real de que o público eleitor escolheu a atual administração. Ah, nos debates, seguiu aparecendo a concordância e a promessa de que “se eleito, vou transformar em gestão plena”. Santa Maria está na gestão plena da atenção básica há muito tempo. Pela posição geoestratégica deveria estar na gestão plena do sistema municipal.

A quem não tomou parte na formação das profissões da saúde concedo a isenção correspondente. Porém, a gestores públicos, de qualquer nível e principalmente na administração da saúde, nenhum indulto ou anistia. Cobro por ignorarem que a denominação “gestão plena na saúde” vem praticamente contemporânea à primeira lei orgânica da saúde, lá em setembro de 1990. A dívida é dos gestores e das assessorias.

Por isso, insisto que, a favor ou contra, é preciso participar; discutir nas comunidades; assumir representações. Tenho alertado para a necessidade de qualificação e educação permanente aos profissionais das equipes. Não raras vezes, em estágios na região metropolitana, vi prefeito e secretário da saúde convocando o primeiro profissional que estivesse próximo para acompanhá-los na discussão de pactos com a Secretaria de Estado e o Ministério da Saúde. De improviso. Embora a responsabilidade seja compartilhada, é preciso compreender que os interesses locais, das gestões estaduais e nacional não são idênticos na rubrica de recursos e prioridades de ideias e planos. É indispensável esse preparo.

Além disso, a participação da comunidade é a terceira diretriz do SUS. Agora no ensino remoto emergencial, algumas instituições destinaram como atividade prática a elaboração de conteúdos para orientações das comunidades, atualizações a agentes comunitários e profissionais.

Ocupo-me do tema da aula sobre gestão plena por essas preocupações. Sempre ensinei que para saber o nível de conhecimento de um(a) gestor(a) público da Secretaria de Saúde ou prefeito(a) ou chefia de serviço basta perguntar em qualquer contato inicial: – qual a modalidade de gestão do município? Parece inofensiva, a pergunta. Até ingênua. Quem não sabe, nem imagina a profundidade e o objetivo subliminar desse questionamento. Nada ingênuo. Intencional.

Relembro a quem estudou comigo e explico às demais pessoas, que é inaceitável assistirmos calados a esses ditos debates e ouvir prefeituráveis discutindo e prometendo que “o município agora será gestão plena na saúde”. Por isso e aquilo, “gestão plena”...

Ora, desde 1996, todos os municípios brasileiros estão em alguma modalidade de gestão. E em gestão plena na saúde. Modificações normativas em 2001 e 2002 e as demais que se seguiram não

alteraram profundamente isso. Era: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) ou Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) quanto à operacionalização (BRASIL, 2020a). Depois: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) como modalidade organizativa (BRASIL, 2020c). Vejam, sempre, Gestão Plena.

Independente da leitura e do interesse da abordagem, não há porque os candidatos brigarem em discussões fortes prometendo que vão tornar o município 'gestão plena'. Se todos os municípios estão na dita gestão plena, resta saber em qual delas. Basta a leitura da NOB 01/96 ainda vigente, das NOAS e regulamentações seguintes. Concursos gostam muito disso.

Sendo assim, concluo convencido de que, tal qual o passarinho aquele derramador da gota d'água no incêndio, estou fazendo a minha parte. Tenho ocupado os espaços textuais e jornalísticos dos meios de comunicação para esse anúncio reiterado da aula de gestão plena. Ao incluir essa pergunta em provas de concursos públicos, como nas entrevistas e programações semelhantes, faço para alertar essa necessidade de qualificação e treinamento, capacitações e educação permanente mesmo a profissionais. Eu tenho feito a minha parte. Consciência tranquila.

Necessária, também, é a conscientização responsável para que as pessoas participem mais das decisões na sociedade; nas discussões dos interesses coletivos em ambientes comunitários ou institucionais, nas associações de moradores, na comunidade escolar, nas agremiações acadêmicas e profissionais, no conselho local de saúde junto às unidades, nos grupos sociais e mesmo nas definições das suas representatividades. São espaços que precisam ser ocupados – e com responsabilidade. Participar é necessidade e compromisso, cidadania.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS/96. Portaria nº 2.203, de 06 de novembro de 1996. Brasília: Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 12 nov 2020a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. IBGE divulga estimativa da população dos municípios para 2020. Brasília: Agência IBGE, 2020. Disponível em: <[BRASIL. Portaria nº 95, de 26 jan 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS-SUS/01/2001. Disponível em: <\[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html#:~:text=1%C2%BA%20Apr%20ovar%2C%20na%20forma%20do,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%3%BAde%20e\]\(http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html#:~:text=1%C2%BA%20Apr%20ovar%2C%20na%20forma%20do,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%3%BAde%20e\)>. Acesso em: 12 nov 2020c.](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28668-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2020#:~:text=O%20IBGE%20divulga%20hoje%20as,1%C2%BA%20de%20julho%20de%202020.>>. Acesso em: 12 nov 2020b.</p></div><div data-bbox=)

SCOLA, Daniel. Debate dos candidatos à Prefeitura de Porto Alegre. Porto Alegre: Rádio Gaúcha FM, 12 nov 2020. Programação de Rádio.



Data de publicação: 18/01/2021

Temos vacina aprovada para uso emergencial. E agora?

Prof. Dra. Mariur Gomes Beghetto

<https://www.ufrgs.br/levi/dra-mariur-beghetto-vacina-covid-19/#page-content>

Dia 17 de janeiro de 2021 pode ser considerado como um marco na história da ciência e dos serviços públicos brasileiros. Em pleno período mais crítico pela pandemia de COVID-19 no país, de modo responsável, embasando-se nos dados apresentados e despojados de disputas político partidárias, a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) aprovou vacinas desenvolvidas em colaboração de pesquisadores brasileiros (AstraZeneca-Oxford/FIOCRUZ e Sinovac–Coronovac/Butantan), para uso emergencial. De fato, a vacinação maciça da população é a esperança de que se possa mitigar o atual quadro caótico nos serviços de saúde em todo o território nacional.

Um dia após, a vacina Coronovac, já em território brasileiro, passou a ser distribuídas para o Distrito Federal e estados da federação. Essa distribuição respeita proporcionalidade de distribuição da população, respeitando-se os perfis de pessoas que terão prioridade em receber a vacina.

O Brasil possui um Programa Nacional de Imunizações (PNI) estruturado de modo a capilarizar a distribuição, aplicação e gestão de imunobiológicos para todo o seu território. O PNI é consolidado e respeitado no mundo todo por dar acesso seguro e gratuito de um grande número de vacinas, nos diferentes espaços de um país com as dimensões e pluralidade geográfica e social como o nosso. Historicamente, campanhas de vacinação são planejadas, implementadas, executadas e monitoradas pelo PNI. Isso não será diferente com a vacinação para a COVID-19.

Uma característica das campanhas é que grupos prioritários, também chamados de população-alvo, são eleitos. Trata-se de pessoas que, se acometidas pela doença à qual a vacina se destina, apresentariam piores resultados de saúde, como hospitalizações, danos transitórios ou permanentes, ou mesmo morte em decorrência da doença. Adicionalmente, especialmente no que se refere a COVID-19, profissionais de saúde são enquadrados nessa categoria, visto a grande demanda e há falta de profissionais capacitados para atuarem na linha de frente combatendo a pandemia. Neste caso, prevenir o adoecimento de profissionais também previne a sua ausência ao trabalho e, consequentemente, a falta de atendimento adequado. Não há como vacinar simultaneamente toda a população. Não dispomos de doses de vacinas, de logística e nem de profissionais suficientes para

atender a totalidade da população. Sendo assim, a vacinação para COVID-19 ocorrerá em fases, nos moldes da vacinação para a gripe (influenza), iniciando por grupos prioritários.

Também no dia seguinte à aprovação das vacinas, o Ministério da Saúde publicou o Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19. Certamente, servidores públicos experientes no tema trabalharam intensamente nessas diretrizes. A campanha será deflagrada e avançará, conforme a disponibilidade de doses, sendo necessária a aplicação de duas doses para o esquema vacinal ser considerado completo. A meta é vacinar 90% da população, a cada fase, uma vez que se estima que uma parte possa apresentar contraindicações (histórico de alergia grave ou de anafilaxia a componente da vacina, por exemplo) em receber a vacina. A população-alvo da primeira fase engloba:



Trabalhadores da saúde: vacinadores, trabalhadores das Instituições de Longa Permanência de Idosos e de Residências Inclusivas (Serviço de Acolhimento Institucional em Residência Inclusiva para jovens e adultos com deficiência), trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 e demais trabalhadores de saúde.



Idosos residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas).



Maiores de 18 anos de idade E com deficiência E moradores em Residências Inclusivas (institucionalizadas).



População indígena vivendo em terras indígenas.

O Plano Estadual de Vacinação Contra COVID-19 do Estado do Rio Grande do Sul, embasado nas diretrizes do Ministério da Saúde, repete a lista grupos para priorizar o início da vacinação.

Tão logo seja coberto o primeiro grupo prioritário e haja disponibilidade de vacinas fases subsequentes devem ser implementadas, contemplando outros perfis de pessoas: população quilombola, idosos, portadores de doenças crônicas graves, trabalhadores da educação, portadores de deficiências, população privada de liberdade, trabalhadores do sistema de privação de liberdade, trabalhadores de forças de segurança e de salvamento, caminhoneiros, trabalhadores de transporte coletivo, até que chegue a totalidade das pessoas.

Sendo assim, o início das imunizações para COVID-19 nos encham de esperanças. Entretanto, podemos perceber que ainda teremos muitos meses pela frente até atingirmos a meta e a imunidade coletiva.

Portanto, o que podemos fazer agora? Como ajudar a controlar a transmissão da doença?

Medidas individuais já amplamente divulgadas assumem papel protagonista, maior que o início da campanha de vacinação:

1. Mantenha distância física de pessoas e não se exponha a aglomerações. O vírus é transmitido de pessoa a pessoa. Portanto, quanto menos pessoas houver em um ambiente e quanto mais distante elas estiverem entre si, menor a possibilidade de haver transmissão;

2. Use máscaras caseiras em quaisquer locais públicos, mesmo em locais abertos. O vírus é transmitido por gotículas e aerossóis emitidos por uma pessoa contaminada. Lembre-se: há pessoas contaminadas que não sabem que estão com o vírus, pois não tem sintomas. Mesmo assim, elas transmitem o vírus. Se você estiver de máscara e ela também, as chances de você pegar COVID-19 reduzem a pouco mais de 1%.

3. Higienize das mãos com frequência. O vírus pode chegar aos seus olhos, boca ou nariz pelas suas mãos contaminadas. Se você mantiver as mãos limpas, higienizadas com água e sabão ou álcool em gel, você remove os vírus. Isso protege a você mesmo e impede a transmissão do vírus para outras pessoas.

Passado quase um ano da detecção do primeiro caso no Brasil, medidas simples, baratas e individuais são as únicas capazes de minimizar a transmissão da doença. Portanto, você pode ajudar a controlar a pandemia adotando comportamentos responsáveis, como as descritas acima, enquanto aguarda a sua vez de ser vacinado.

Por fim, não reproduza informações falsas. Os profissionais de saúde estão muito ocupados em atender às demandas de saúde. Desmentir as fake news nos toma muito tempo!



Data de publicação: 20/01/2021

A importância da equipe de enfermagem em tempos de pandemia

Profa. Dra. Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Acad. Enf. Rafaela Linck Davi

Acad. Enf. Janaina dos Santos Prates

Acad. Enf. Paula Eduarda Rodrigues Gomes

<https://www.ufrgs.br/levi/equipe-de-enfermagem-na-pandemia/#page-content>

A enfermagem é a maior categoria profissional da área de saúde, a nível mundial conta com aproximadamente 27,9 milhões de profissionais e 19,3 milhões destes são enfermeiros (WHO, 2020). No Brasil, ao todo, são 2,2 milhões de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (COREN-MT, 2020). Os profissionais da enfermagem estão presentes em todos os níveis de atenção à saúde, como hospitais, ambulatórios, clínicas, unidades de pronto atendimento, serviço de atendimento móvel de urgência, entre outros, e não seria diferente em tempos de pandemia (SILVA; MACHADO, 2020).

A enfermagem tendo papel fundamental no combate à pandemia do novo Coronavírus, portanto, também é a classe mais suscetível à infecção (SOUZA; SOUZA, 2020). Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem é preocupante o número de profissionais infectados, até julho de 2020 foram mais de 20 mil afastamentos em decorrência da doença (COFEN; 2020).

Em maio de 2020 o Brasil era o país que ocupava o primeiro lugar no ranking de número de óbitos de profissionais de enfermagem e contaminados entre os países (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2020). De acordo com o COFEN, somente em janeiro de 2021 foram 47 profissionais de enfermagem vítimas da COVID-19. São 47 famílias que sofrem pela perda de seus entes queridos que infelizmente vieram a óbito por estarem na linha de frente.

Anteriormente ao cenário pandêmico os profissionais de enfermagem já atuavam de forma exaustiva, isso aliado aos baixos salários que não condizem com carga horária trabalhada, além da dificuldade dos profissionais de saúde em manter uma qualidade de vida adequada fora do ambiente hospitalar, tornam a situação ainda mais complexa (COSTA, 2020).

A pandemia está evidenciando a relevância dos cuidados de Enfermagem para a manutenção da vida, já que mesmo em 2020 quando não se tinha muitas respostas sobre a COVID-19 a enfermagem esteve presente, os profissionais colocaram sua vida em risco e continuam arriscando sua vida todos os dias (OLIVEIRA, 2020).

Os profissionais da enfermagem têm grande importância desde a detecção, avaliação de casos suspeitos (COFEN, 2020), coleta de material para exames, orientação sobre o isolamento até a prática de cuidados hospitalares decorrentes das complicações da COVID-19 (OLIVEIRA et al, 2021). No âmbito da atenção primária, os profissionais da enfermagem também desempenham importante papel de educadores acerca das medidas de proteção e higiene para evitar a contaminação e disseminação da doença nas comunidades (DAVID, 2021).

O papel da equipe de enfermagem no cuidado a pessoas doentes ou com suspeita de infecção por COVID-19 tem sido ressaltado em termos da necessária competência técnica e humana para o cuidado ágil e seguro. Para além da assistência é notório a atuação da enfermagem como mediadora entre famílias e pessoas internadas com COVID-19, possibilitando diminuir o sentimento de solidão e medo dos pacientes isolados e cuidados por profissionais de quem mal se enxergam os olhos (DAVID, 2021).

O trabalho das equipes de enfermagem alcançaram novos paradigmas, pois além de cuidadores passam a ser o canal de comunicação entre pacientes e familiares, também compartilham das mesmas angústias e vivenciam juntos a perda de seus pacientes e colegas de profissão. As equipes de enfermagem possuem papel fundamental, pois gerenciam e fornecem o cuidado, trabalhando para promover a recuperação dos pacientes e dentro do possível fornecendo conforto aos familiares.

O cenário atual apresenta-se de maneira crítica, com hospitais funcionando além da capacidade e inúmeros profissionais adoecidos fisicamente e/ou mentalmente. Surge a necessidade de fornecer suporte a essa categoria que permeia a história corroborando e atuando de forma implacável para o cuidado com aqueles que estão adoecidos (LUZ, 2020).

O reconhecimento para as equipes de enfermagem vai para além de aplausos, também se faz necessário uma jornada regulamentada de trabalho e condições básicas para desempenhar o seu papel de cuidador (DAVID, 2021).

Referências

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem tem papel fundamental no combate ao coronavírus. Fev. 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-tem-papel-fundamental-no-combate-ao-coronavirus_77187.html>. Acesso em: 22 mar. 2021.

OREN-MT. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso. Pesquisa e ciência: enfermagem é essencial no combate à Covid-19. Abr. 2020. Disponível em: <http://mt.corens.portalcofen.gov.br/pesquisa-e-ciencia-enfermagem-e-essencial-no-combate-a-covid-19_13221.html>. Acesso em: 17 mar. 2021.

OLIVEIRA, K. K. D. de. et al. Nursing Now e o papel da enfermagem no contexto da pandemia e do trabalho atual. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 42, e20200120, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v42nspe/pt_1983-1447-rgenf-42-spe-e20200120.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2021.

SILVA, M. C. N. da; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-13, jan. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2021.

SOUZA, L. P. S. e; SOUZA, A. G. de. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? J. nurs. health., v. 10, n. 4, esp. e20104005, abr. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095606/1-enfermagem-brasileira-na-linha-de-frente-contra-o-novo-coron_ygPkst.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

World Health Organization (WHO). State of the world's nursing 2020 [Internet]. Genebra, 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003293-eng.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

Associação Brasileira de Saúde Coletiva [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO ; c2020 [cited 2020 Jun 10]. Machado MH. Profissionais de saúde em tempos de Covid-19; [about 1 screen]. Available from: Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/sem-categoria/maria-helena-machado-publica-artigo-profissionais-de-saude-em-tempos-de-covid-19/46045/> [Links]

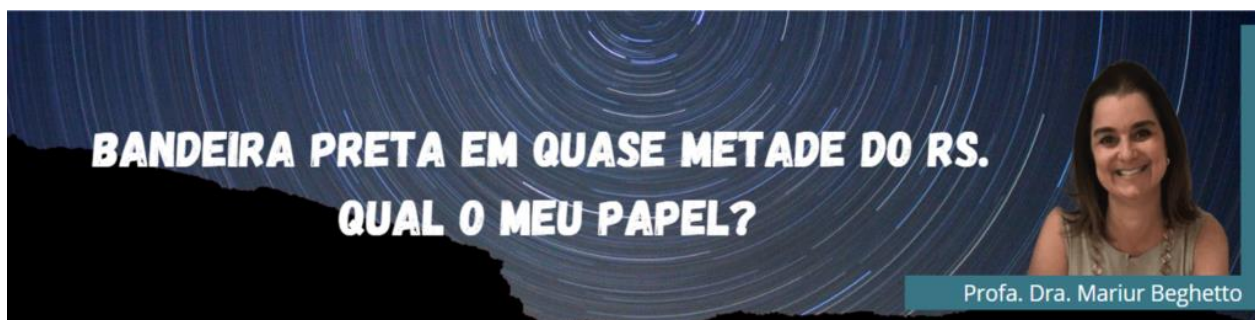
Conselho Federal de Enfermagem (BR) [Internet]. Brasília (DF); COFEN; 2020 [cited 2020 Jun 10]. Brasil ultrapassa EUA em mortes de profissionais de Enfermagem por Covid-19; [about 1 screen]. Available from: Available from: http://www.cofen.gov.br/brasil-ultrapassa-eua-em-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_79624.html [Links]

AZEVEDO, B. D. S.; NERY, A. A.; CARDOSO, J. P. Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life in nursing. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 26, n. 1, e3940015, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_1980-265X-tce-26-01-e3940015.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

DAVID, H. M. S. L. et al. Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19?. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 42, n. spe, e20200254, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200702&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2021.

LUZ, E. M. F. et al. Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 10, e3824, 2020. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3824/2426>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

COSTA, D. M. Os desafios do profissional de enfermagem mediante a COVID-19. *Secretaria Municipal de Goiânia, Goiânia*, v. 1, n. 1, p. 1-3, jun. 2020.



Data de publicação: 22/02/2021

Bandeira preta em quase metade do RS. Qual o meu papel?

Profa. Dra. Mariur Gomes Beghetto

<https://www.ufrgs.br/levi/dra-mariur-beghetto/#page-content>

Cerca de um ano do primeiro caso de COVID-19 e da publicação do Modelo de Distanciamento Controlado, nos encontramos no pior momento da epidemia no estado do Rio Grande do Sul. O rápido agravamento do cenário resultou na sinalização de “Bandeira Preta” em quase metade das regionais do RS.

Mas o que isso mesmo?

O Modelo de Distanciamento Controlado é composto por 11 indicadores que, juntos, medem a velocidade de propagação da doença e a capacidade do sistema de saúde de absorver os casos. Apesar dos dados serem gerados em cada cidade, elas foram agrupadas por regiões. As regiões recebem uma cor de bandeira que resume a situação na qual ela toda se encontra, pois as cidades que a compõe tem interdependências, como o compartilhamento de serviços de saúde. São quatro cores de bandeiras que sinalizam a velocidade do aparecimento de casos novos e se há como o sistema de saúde (público e privado) de atender às pessoas: amarela (risco baixo), laranja (médio risco), vermelho (alto risco) e preta (altíssimo risco).

Mais de que, mesmo?

De o sistema de saúde ser incapaz de atender às pessoas, ou seja, de entrar em colapso!

Quanto maior o risco, portanto, menos disponibilidade de serviços de saúde: consultas nos postos de saúde, nos ambulatórios, consultórios, internações hospitalares (em unidades e UTIs), SAMU, pronto atendimentos, emergências, laboratórios, serviços de diagnósticos, além de todos os demais serviços essenciais necessários para a manutenção do funcionamento dos serviços de saúde, como fornecimento de materiais, equipamentos e insumos, manutenção, limpeza, segurança, transporte, relacionados à água, luz, internet, e muitos outros.

Entrando na última semana de fevereiro metade do RS encontra-se em altíssimo risco de propagação da doença e de que, por isso, o sistema de saúde não consiga assistir a todos que necessitem. Já vimos esta situação em outros estados brasileiros, sendo a Amazonas o exemplo mais emblemático. E agora, o que fazer? Ora, se o Modelo é afetado pela velocidade de surgimento de casos novos e pela capacidade do sistema de saúde de absorver esses casos, aí reside nossas possibilidades. Cumprindo seu dever, o estado se encarrega e estabelece protocolos gerais e específicos para os diferentes seguimentos

da sociedade atuarem de acordo com cada cor de bandeira (<https://distanciamentocotrolado.rs.gov.br/>). Além disso, tenta ampliar a rede de atenção de modo a para garantir que todos que precisarem tenham acesso aos serviços de saúde. No entanto, a ampliação do sistema é limitada. Não há profissionais de saúde, área física, equipamentos, insumos e toda a demais estrutura de modo interminável. Portanto, não se pode ampliar a rede de atenção à saúde de modo indefinido. Nenhum sistema de saúde no mundo é capaz disso. Portanto, ações voltadas a impactar sobre a velocidade de surgimento de casos novos são mandatórias.

Vacinação rápida e estendida à toda população é uma medida capaz de reduzir a velocidade de propagação da doença. No entanto, isso não tem um efeito imediato. Levaremos tempo até que grande número de pessoas recebam as duas doses da vacina e que desenvolvam imunidade. Mesmo depois disso, apesar de os vacinados não desenvolverem formas graves da COVID-19, ainda poderão transmitir a doença, se infectados.

Cada um é capaz de controlar essa pandemia. Já sabemos que o SARS-Cov-2 (vírus da COVID) se propaga de uma pessoa doente (mesmo que assintomática!) para outra, pelo ar. Também sabemos que as pessoas carregam o vírus de um lugar para o outro, ao se deslocarem. O vírus não pega Uber; mas pega no motorista e passageiro(s) de Uber. As pessoas se encarregam de espalhar o vírus. Aglomerações no litoral (ou na serra), de pessoas de diferentes cidades, são uma combinação muito perigosa para transmissão do vírus. No meio da aglomeração, provavelmente, haverá alguém contaminado (mesmo que assintomático). Também, além do vírus contaminar outras pessoas no próprio litoral (ou na serra), retorna com os viajantes para suas cidades de origem, distribuindo-se por todas regiões.

Frente a tudo isso, restam-nos ações simples, baratas e de conhecimento amplo por toda a população:

- manter distanciamento físico, não fazer aglomerações (mesmo daquilo que consideramos como “poucas pessoas!”);
- deslocar-se somente o necessário (evitar viagens desnecessárias);
- higienizar as mãos, usar máscaras bem ajustadas e cobrindo completamente nariz e boca sempre que sair de casa;
- manter ambientes arejados (janelas abertas);
- ficar atento e procurar atendimento para investigação se apresentar qualquer sintoma de gripe (mal estar, dores no corpo, febre, nariz entupido, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, falta de ar, diarreia).

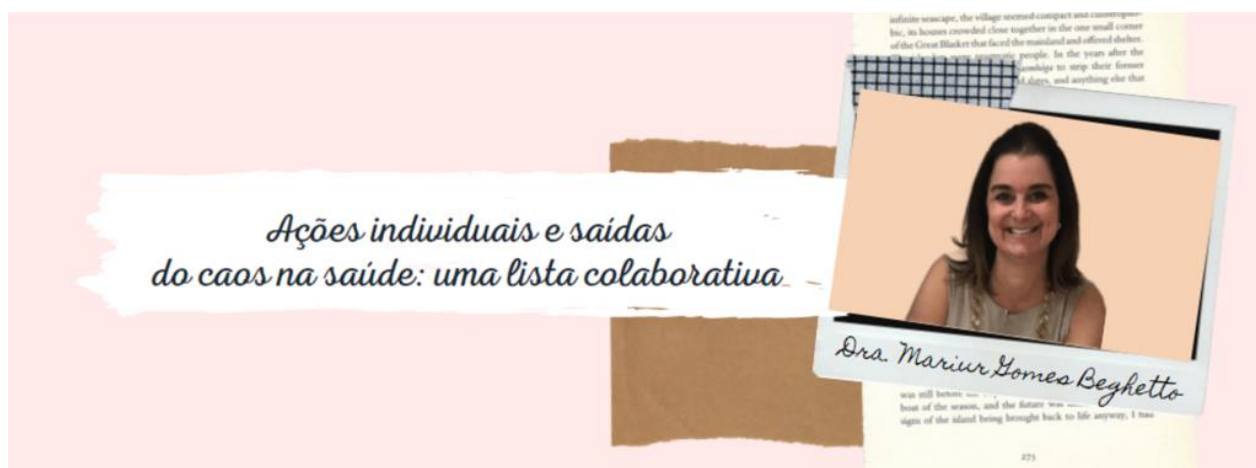
Estas ações são individuais. Não dependem de ninguém além da própria pessoa. São um compromisso ético com a sociedade, uma vez que as minhas atitudes podem contribuir para a sobrevivência (ou para a morte) de outras pessoas.

Agora é a hora de cada um fazer a sua parte, e dar sua contribuição e de seguir recomendações.

Não é alarmismo.

Engula seu egoísmo e salve vidas!

Ou é isso, ou bem-vindo ao caos!



Data de publicação: 01/03/2021

Ações individuais e saídas do caos na saúde: uma lista colaborativa

Profa. Dra. Mariur Gomes Beghetto

<https://www.ufrgs.br/levi/dra-mariur-beghetto-lista-colaborativa/#page-content>

Sempre fui simpática às cores quentes, apesar de não representarem a cor do meu time do coração. O sistema de Distanciamento Controlado do RS é representado por bandeiras de cores quentes, onde as mais claras representam menor risco, culminando na cor vermelha. Deixei a bandeira na cor preta de fora de propósito, pois é uma cor neutra. Neste caso, a ponta extrema da escala, representando o pior cenário, o risco altíssimo.

Muito já se discutiu sobre as responsabilidades individuais e coletivas que nos trouxeram até a bandeira preta no RS. As que são atribuíveis aos governantes, igualmente, são bem conhecidas. Ora, se fizemos parte colaborativa para a construção desse cenário, podemos construir outro, diverso, não? Tenho pensado muito nisso.

O que um cidadão comum pode fazer para sairmos mais rapidamente dessa crise sanitária, econômica e social?

Se você não tem COVID, não pegue!



Mantenha-se o máximo possível distanciado de outras pessoas que não moram na sua casa, use máscara bem ajustada no rosto e cobrindo bem todo o nariz e boca, em todos espaços públicos e higienize as mãos.



Quanto às máscaras, precisamos aumentar o cuidado: se der, use uma máscara cirúrgica diretamente no rosto e outra de tecido por cima. Se não for possível, use duas de tecido; ambas com 3 camadas.

Se você tem COVID e está se recuperando em casa: Não saia de casa!



Em casa, mantenha-se distante dos demais moradores.



Caso precisem usar ambientes em comum, use máscaras, diminuam o tempo juntos e aproximem-se somente o necessário.



Higienize as suas mãos com frequência, assim como os demais moradores da casa.



Separe talheres, pratos, copos, toalhas e demais utensílios que entram em contato com seu rosto e com as suas mãos.



Durma o mais distante possível dos demais moradores da casa.



Caso não seja possível deixar um banheiro exclusivo para você, mantenha aberto, ventilado e limpo.



Você mesmo deve limpar as suas coisas e os locais da casa que utiliza (banheiro, quarto, roupas, utensílios). Se não conseguir, a pessoa que fará isso deve redobrar os cuidados e você não deve estar no mesmo ambiente que ela nesse momento. Mantenham todas as janelas abertas o tempo todo, em todos os ambientes.



Tome bastante líquido (cerveja não vale!) e siga à risca todas as recomendações que tenha recebido pelos profissionais de saúde.

Se você tem um familiar hospitalizado: Visitas não estão permitidas.



Isso é muito tenso.



Confie nas equipes do hospital.



Um familiar receberá informações pelo menos uma vez por dia, mesmo que por telefone ou videochamada.



A família pode fazer uma lista de perguntas para ele esclarecer com a equipe do hospital. Depois, esse familiar pode compartilhar a informação recebida do profissional para todos. Escolham aquela pessoa que possa fazer essa comunicação entre todos.



Mantenham o cuidado com a própria saúde.



Pode ocorrer alteração no sono, apetite, humor, dentre outras.



A rede de saúde pode prestar atendimento, mesmo que remoto, em situações agudas.



Se você é portador de qualquer outra doença crônica, como hipertensão, diabetes, doença mental, ou qualquer outra: não se descuide do seu tratamento!



Mantenha-se muito aderente para que a doença fique compensada.



Doenças crônicas podem ser descompensadas e agravadas quando a pessoa não toma os medicamentos corretamente e quando não mantém hábitos saudáveis. Neste momento, os profissionais de saúde, incluindo a equipe que lhe ajuda no tratamento da sua doença crônica, está muito ocupada.



Não seja uma pessoa a mais na fila para atendimento.



Mantenha-se com sua doença sob controle.

Para todos: mantenha-se atento à sua saúde e das pessoas que ama.



Aproveite seu tempo recluso.



Exercite a compaixão, a solidariedade, a cidadania.



Não se exponha a riscos desnecessários.



Faça exercícios físicos ao ar livre, em horários alternativos, quando menos pessoas estiverem na rua.



Prefira utilizar escadas a elevadores.



Se a sua família manteve a renda, consuma, compre e ajude a movimentar a economia. Compre do pequeno produtor, do comerciante do bairro, da microempresa. Dê gorjetas quando puder.



Respeite a ciência.



Cientista é quem tem anos de formação em produzir, analisar, interpretar e discutir resultados de pesquisas sérias. Nem todos profissionais de saúde (médicos, enfermeiro, fisioterapeutas, psicólogos, ...) são cientistas. Opiniões embasadas em experiência não suplantam dados científicos. Práticas embasadas em opiniões profissionais, além de não serem éticas, não produzem benefício, gastam dinheiro público e atrasam o controle da pandemia. Portanto, informe-se em canais oficiais de comunicação. Se você não é pesquisador, não compartilhe dados de ciência. Deixe isso para quem sabe fazer isso.



Não reproduza notícias falsas, ou duvidosas.



Exija seu direito universal à saúde.



Fiscalize e pressione todas as instâncias governamentais para que tenhamos vacinas e que se cumpram os protocolos de distanciamento.



Denuncie, se for o caso. Você é parte fundamental nessa recuperação.

Como falei no início, essa é uma lista dinâmica que pode ser melhorada por contribuições de todos.

Não se trata de uma missão impossível.

Podemos isso e muito mais. Nos esforcemos por cores quentes.

Ah! O vermelho, representando a paixão, a energia, a excitação, enquanto a cor laranja, expressa alegria, vitalidade, prosperidade e sucesso. O amarelo, por sua vez, sinaliza luz, descontração, otimismo, alegria.

Mas nada nos despertará melhores sentimentos do que quando chegarmos a outra ponta da escala de cores neutras: a branca. Nela temos representados os sentimentos de paz.

Trabalhemos juntos, pois nosso objetivo é o mesmo.



A IMPORTÂNCIA DOS EXAMES DE ROTINA PARA A SAÚDE DA MULHER EM TEMPOS DE PANDEMIA

*Acad. Enf. Rafaela Linck Davi
Acad. Enf. Ayume Oliveira Yamamoto
Acad. Enf. Rafaela da Silva Cruz
Prof. Dra. Cecília Drebes Pedron*

Data de publicação: 31/03/2021

A importância dos exames de rotina para a saúde da mulher em tempos de pandemia

Profa. Dra. Cecília Drebes Pedron

Acad. Enf. Ayume Oliveira Yamamoto

Acad. Enf. Rafaela da Silva Cruz

<https://www.ufrgs.br/levi/exames-saude-da-mulher-pandemia/#page-content>

Sabemos hoje que a população brasileira é composta majoritariamente pelo sexo feminino, segundo dados da PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua) em 2019, com um resultado de 51,8% mulheres e 48,2% homens.

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) tem destacado historicamente que as mulheres sempre tiveram direitos desiguais, quando comparadas aos homens. Esse fator histórico reflete em um forte impacto nas condições de saúde das mulheres, já que a mulher tem seus próprios padrões de sofrimento, adoecimento e importantes avanços em todas as faixas etárias femininas, ressaltando as especificidades de cada faixa etária e dos diferentes grupos populacionais.

É relevante considerar as particularidades entre a própria população feminina, com suas vulnerabilidades, por exemplo: negras, indígenas, as que estão em situação de prisão e de rua, as lésbicas, aquelas que se encontram na adolescência, no climatério e na terceira idade, e correlacionar à situação ginecológica, em especial aos cânceres do colo do útero e da mama.

A partir dessa breve reflexão, esse texto vem com o intuito de demonstrar que mesmo com a pandemia da COVID-19 que foi estabelecida em março de 2020, é sim necessário e muito importante procurar estar em dia com seus exames de rotina. Segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer) no Brasil, excluindo os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões. No ano de 2020, foram estimados 66.280 novos casos, ou seja, essa estimativa representa uma taxa de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres.

O câncer de mama, do mesmo modo que outras neoplasias malignas, é resultado de uma proliferação incontrolável de células anormais, que se manifestam a partir de alterações genéticas, podendo ser alterações hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Estas

alterações genéticas podem provocar modificações no crescimento celular ou na morte programada da célula, levando ao surgimento do tumor (INCA, 2021).

Considerado um problema de saúde pública, o câncer de mama é composto por um grupo diverso de doenças, com comportamentos desiguais. A heterogeneidade do câncer de mama se manifesta pelas distintas apresentações clínicas e morfológicas, tendo como consequência uma variação nas respostas terapêuticas. O processo de evolução das alterações nas células até que se torne o “famoso” câncer de mama é em geral lento, podendo levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável (BARBOSA, 2020).

O câncer de mama não tem uma única causa, ele tem alguns fatores que proporcionam um aumento nas chances de seu desenvolvimento, tendo o fator principal a idade, já que cerca de 4 em 5 casos ocorrem após os 50 anos (INCA, 2020).

Existem outros fatores que também irão auxiliar no desenvolvimento do câncer mamário, sendo eles divididos em fatores modificáveis, genéticos ou hereditários e os relacionados à história reprodutiva e hormonal (INCA, 2020; SOUZA et al, 2017).

Fatores modificáveis

- ! obesidade e sobrepeso após a menopausa;
- ! sedentarismo e inatividade física;
- ! consumo de bebida alcoólica;
- ! exposição frequente a radiações ionizantes (Raios-X).

Fatores genéticos

- ! história familiar de câncer de ovário;
- ! casos de câncer de mama na família, principalmente antes dos 50 anos;
- ! alteração genética, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2.
- ! sendo que o câncer de mama de caráter genético/hereditário corresponde a apenas entre 5% a 10% do total de casos da doença.

Fatores relacionados à história reprodutiva e hormonal

- ! menarca antes dos 12 anos;
- ! nuliparidade;
- ! parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos;
- ! primeira gravidez após os 30 anos;
- ! uso de contraceptivos hormonais (estrogênio-progesterona);
- ! ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos.

Devemos lembrar também que não ter amamentado não é um fator de risco para o câncer de mama. Porém, amamentar o máximo de tempo possível é um fator de proteção para a mulher contra o câncer. Logo, não amamentar resulta na perda de um fator de proteção (SOUZA et al, 2017).

De acordo o “Documento de Consenso do Câncer de Mama” de 2004, são definidos como grupos populacionais com risco muito elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:



Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária.



Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino.



Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

Esse grupo representa cerca de 1% da população, devendo ser acompanhado com um olhar diferenciado, com indicação para rastreamento anual. E deve iniciar os exames de rotina aos 35 anos, com o exame clínico das mamas e a mamografia anual (BRASIL, 2013).

O exame de mamografia é uma estratégia de rastreamento que tem sido adotada em contextos onde a incidência e a mortalidade por câncer de mama são elevadas, auxiliando na saúde pública. Hoje no Brasil a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos (BRASIL, 2013).

Com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo realizando o exame de mamografia, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23% (USPSTF, 2009b).

Mulheres com idade entre 40 a 49 anos, a recomendação hoje no Brasil é o exame clínico das mamas anual (ECM), caso nesse ECM seja identificado alguma alteração essa mulher será encaminhada para a realização da mamografia diagnóstica (BRASIL, 2013).

Onde ir para realizar meus exames de rotina?

A mulher deve procurar a Unidade de Atenção Básica mais próxima da sua casa e solicitar uma consulta de Enfermagem. A enfermeira da unidade poderá realizar o ECM e se você estiver na idade para realizar o exame de mamografia será encaminhada para a realização. É muito importante que a mulher não pare por aqui e que ela pegue o resultado e converse com a Enfermeira para entender o que significa seu resultado.

Outro exame de rotina muito importante na vida das mulheres é a coleta de citopatológico, para a investigação do câncer de colo de útero.

O câncer de colo de útero tem uma incidência de aproximadamente 570 mil novos casos por ano no mundo inteiro, sendo o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Detém a responsabilidade de 311 mil óbitos por ano, sendo a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (INCA, 2021).

Assim como o câncer de mama o câncer de colo de útero é caracterizado por uma proliferação anormal e desordenada de células, no colo de útero essa proliferação ocorre no epitélio de revestimento do órgão. Existem duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, é o tipo mais comum e acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 90% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (cerca de 10% dos casos) (INCA, 2021).

Diferente do câncer de mama, o câncer de colo de útero não tem ligação genética, ele está diretamente ligado ao vírus HPV (papilomavírus humano) que é transmitido por meio do contato sexual sem proteção. A infecção pelo HPV em muitos casos acaba sendo assintomática, ou seja, a pessoa infectada pelo vírus não tem nenhum sintoma. Quando ocorrem sintomas eles podem incluir prurido, hiperemia variável e descamação local, sendo que o sintoma mais comum é o surgimento de lesões únicas ou múltiplas, granulares e verrugosas (ABREU et al, 2018).

No Brasil já se tem no SUS desde 2014 a vacina contra o HPV (HPV sorotipos 6, 11,16 e 18), sendo o HPV 16 e 18, os maiores responsáveis pelo câncer de colo de útero. A vacina está disponível para meninas a partir dos 9 anos até os seus 13 anos (BRASIL, 2014).

Existem alguns fatores que aumentam o risco de infecção, esses fatores são (ABREU et al, 2018):



comportamento sexual de risco;



início precoce da vida sexual;



número de parceiros sexuais;



higiene genital inadequada;



alterações da imunidade celular;



ausência da circuncisão masculina;



tabagismo;



presença de outras ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) .

A idade de rastreio para o câncer de colo de útero tem início aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual e se prolonga até os 64 anos. A periodicidade no rastreamento se dá a cada três anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano. No entanto, mulheres com risco (HIV positivo, imunodeprimidos, com lesões prévias de alto risco) devem realizar o exame anualmente e mulheres hysterectomizadas por outras razões que não o câncer ginecológico, não precisam realizar o exame de rastreamento (INCA, 2016).

Referências

ABREU, Mery Natali Silva et al. Conhecimento e percepção sobre o HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. *Ciência & saúde coletiva*. 23 (3) Mar. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00102016>.

BARBOSA, Michael Gabriel Agostinho et al. Alterações citológicas e marcadores tumorais específicos para o câncer de mama. *Braz. J. of Develop. Curitiba*, v.6, n.8,p.59977-59992 aug. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno da Atenção Básica: Controle dos cânceres de colo de útero e mama. Brasília – DF. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. INFORME TÉCNICO SOBRE A VACINA PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) NA ATENÇÃO BÁSICA. Brasília, fevereiro de 2014.

IBGE. Conheça o Brasil – População quantidade de homens e mulheres. Disponível em <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>>. Acesso em 05 de mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA/MS) PRÓ-ONCO. Câncer da mama, Disponível em <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 3 mar. 2021.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). Conceito e Magnitude do câncer de mama. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>>. Acesso em 05 mar. 2021.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). Conceito e Magnitude do câncer de colo de útero. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>>. Acesso em 06 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2ª Ed. Rio de Janeiro. 2016.

SOUZA, Nazareth Hermínia Araújo et al. CÂNCER DE MAMA EM MULHERES JOVENS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO NORDESTE BRASILEIRO. SANARE, Sobral – V.16, n.02, p.60-67, Jul./Dez. – 2017.



Data de publicação: 08/04/2021

Por 100% dos profissionais da saúde vacinados e com EPIS!

Dra. Alessandra Vaccari

Enf. Waleska de Almeida Pereira

Enf. Sabrina dos Santos Pinheiro

<https://www.ufrgs.br/levi/enfa-sabrina-pinheiro/#page-content>

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), em torno de 80% das pessoas com covid-19 (Corona Virus Disease) se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Entretanto, uma em cada seis pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 desenvolvem formas graves da doença. Pessoas idosas e/ou com morbidades, a exemplo de pessoas com problemas cardíacos e pulmonares, diabetes ou câncer, dentre outros, têm maior risco de evoluírem para formas graves da doença. É sabido que as medidas não farmacológicas para conter a transmissão do novo coronavírus, que apesar de terem sido fundamentais até o presente momento tem elevado custo social e econômico, tornando-se imprescindível dispor de uma vacina contra a doença¹.

A OMS também diz que, atualizado em 12 de janeiro de 2021, existem 173 vacinas COVID-19 candidatas em fase pré-clínica de pesquisa e 63 vacinas candidatas em fase de pesquisa clínica, das quais 20 encontram-se na fase III de ensaios clínicos. Mediante busca mundial de uma vacina COVID-19, o governo brasileiro viabilizou crédito orçamentário extraordinário em favor do Ministério da Saúde, para garantir ações necessárias à produção e disponibilização de vacinas COVID-19 à população brasileira. Por se tratar de uma busca mundial pela tecnologia, produção e aquisição do imunobiológico, a disponibilidade da vacina é inicialmente limitada¹.

Sabendo que as doses das vacinas são limitadas faz-se necessária a definição de grupos prioritários para a vacinação. Neste cenário os grupos de maior risco para agravamento e óbito deverão ser priorizados. Além disso, no contexto pandêmico que se vive, com a grande maioria da população ainda altamente suscetível à infecção pelo vírus, também é prioridade a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais¹.

Os profissionais de saúde são fundamentais no enfrentamento da crise gerada pela pandemia, são os responsáveis pelos cuidados e tratamentos a população em geral, sendo assim é imprescindível garantir e priorizar o acesso deles a vacinação, visando uma redução no risco de desenvolver os sintomas da doença e passar de cuidador à Ser cuidado. O adoecimento da força de trabalho, isto é, dos profissionais de saúde da linha de frente é algo a ser considerado. O conceito que se defende é o de salvar a vida de quem pode salvar mais vidas, pois, sem profissionais capacitados, todos os pacientes – e não apenas aqueles com COVID-19 – sofrerão maior risco de mortalidade e terão anos de vida perdidos².

O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 tem como objetivo principal a redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais. Com isso, entendemos que vacinar trabalhadores da saúde para manutenção dos serviços de saúde e capacidade de atendimento à população é fundamental para garantir a assistência aos pacientes¹.

As Autoras acreditam que, em relação a vacinação, a prioridade é vacinar a maior quantidade de profissionais da saúde, buscando atingir a meta de 100% de profissionais da linha de frente vacinados, evitando o adoecimento severo e a incapacidade para a prestação de serviços; pois infelizmente essa ainda não é a realidade de todo o país. É sabido que a vacina minimiza os sintomas, porém precisamos estar atentos ao risco de transmissão para outras pessoas, ou seja, o profissional vacinado, provavelmente, se tiver sintomas será na forma leve, mas ele continuará transmitindo o vírus caso seja portador do mesmo.

Sendo assim, mesmo vacinados os profissionais da saúde não podem relaxar nas medidas preventivas do contágio, segue sendo imprescindível o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). É necessário para a qualificação da assistência e para o bem da saúde física e mental do profissional a permanente disponibilização desses materiais pelas instituições de saúde.

Entretanto, com o aumento dos números de pacientes em atendimento e/ou hospitalizados com a COVID-19 a escassez dos recursos virou um tema frequente de discussões entre gestores.

Como manter o padrão da qualidade da assistência?

Como garantir a saúde do profissional?

Como conseguir recursos humanos e materiais?

Questões difíceis de serem respondidas, mas que precisam ser garantidas para a permanência do atendimento aos pacientes.

Além de reforçarmos aqui a necessidade da vacinação para os profissionais da saúde, também recomendamos a manutenção do uso de EPIs por estes profissionais, estando vacinados ou não. Esta é uma questão central uma vez que dificuldades no acesso e uso de EPIs adequados contribuem para aumentar a exposição ao coronavírus entre os/as trabalhadores/as que podem contaminar pacientes, outros/as trabalhadores/as, familiares e comunidades. A garantia de condições seguras para o exercício profissional, com as barreiras físicas adequadas proporcionadas pelos EPIs é o ponto inicial, a condição sine qua non para a atividade de trabalho. Essa garantia não pode ser flexibilizada ou improvisada em nenhuma circunstância³.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Informe técnico- Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/01/1611078163793_Informe_Tecnico_da_Campanha_Nacional_de_Vacinacao_contra_a_Covid_19-1.pdf Acessado em 20/03/2021.
2. SATOMI, Erika et al . Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 18, eAE5775, 2020 . Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082020000100903&script=sci_arttext&tlng=pt Acessado em 20/03/2021. Epub Apr 30, 2020. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ae5775.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. Disponível em: https://www.saude.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMS-Recomendacoesdeprotecaotrabalhadore-COVID-19.pdf Acessado em: 20/03/2021.

**ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM ESTOMIAS
EM TEMPO DE PANDEMIA**

*Acad. Enf. Ana Maria Pagliarini
Profa. Dra. Ana Karina Silva da Rocha Tanaka
Enfa. Rosaura Soares Paczek
Enfa. Lisiane Paula Sordi Matzenbacher
Acad. Enf. Rafaela Garbini Casarin*

Data de publicação: 13/04/2021

Atendimento aos pacientes com estomias em tempo de pandemia

Profa. Dra. Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Acad. Enf. Ana Maria Pagliarini

Enfa. Rosaura Soares Paczek

Enfa. Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

Acad. Enf. Rafaela Garbini Casarin

<https://www.ufrgs.br/levi/estomias-na-pandemia/#page-content>

Estomias são aberturas viscerais através da pele, realizadas cirurgicamente devido a necessidade de desvio do trânsito da alimentação, respiração ou eliminações, podendo ser de caráter definitivo ou temporário (ECCO et al., 2018), alterando a anatomia e função fisiológica, causando também alterações psicossociais (FLACH et al., 2019). As causas mais comuns da necessidade de estomias é a obstrução mecânica do trânsito por presença de tumores.

No caso das estomias de eliminação, tem como principal indicação descompressão ou drenagem de conteúdo causada por obstrução mecânica ou para tratamento da área afetada, sendo as intestinais as mais frequentes, geralmente associadas a neoplasia maligna (MOURA et al., 2018). A estimativa para o ano de 2020 era que o número de casos no estado do Rio Grande do Sul de câncer de cólon retal tenha sido de aproximadamente 29,66 casos em homens e 26,41 em mulheres para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2019).

O perfil dos pacientes que fazem uso desse recurso terapêutico pode variar, sendo de qualquer idade ou gênero. No entanto, estudos sugerem que a população mais afetada, devido ao aumento da expectativa de vida, é a população mais idosa (ECCO et al., 2018).

Para que seja prestado um atendimento de qualidade aos pacientes com estomias, faz-se necessário o acompanhamento e avaliação de suas condições, bem como orientações relativas ao melhor convívio e adaptação com a nova situação, além do auxílio na reinserção social. Para tanto, existem serviços de atenção especializada a pacientes com estomias, com profissionais qualificados que prestam atendimento e suporte, onde além da avaliação, os pacientes sem rede de apoio e sem condições de realizar o autocuidado realizam a troca do dispositivo coletor. O planejamento do cuidado deve levar em conta as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes (DAUMAS, 2020).

Em 2019 uma nova cepa viral da família do coronavírus, o SARS Cov-2, surgiu na China. A rapidez e a facilidade com que o vírus é transmitido auxiliaram para que se espalhasse por todo planeta,

fazendo com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarasse em março de 2020 estado de pandemia. Um ano depois, o Brasil já ultrapassa a marca de 300 mil óbitos causadas pela Covid-19 (CÂMARA, 2020).

A epidemia da COVID-19 encontra a população brasileira em situação de extrema vulnerabilidade, há um crescente e intenso estrangulamento dos investimentos em saúde e pesquisa no Brasil. É justamente nesses momentos de crise que a sociedade percebe a importância de um sistema de ciência e tecnologia forte, e de um sistema único de saúde que garanta o direito universal à saúde (WERNECK; CARVALHO, 2020).

A elevada transmissibilidade deste vírus e a tendência a gerar complicações graves, internações e mortes, aliadas à ausência de tratamentos reconhecidamente eficazes, evidenciam as fragilidades estruturais do sistema de saúde (OLIVEIRA et al., 2020).

Na fase inicial da pandemia, a doença apresenta alta letalidade entre os idosos e entre pacientes com comorbidades (CÂMARA, 2020). A velocidade de contágio e gravidade dos casos, acabou por sobrecarregar o serviço de saúde, levando a um quadro de colapso nos serviços de emergências e Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). Políticas foram adotadas por vários governos, com o intuito de tentar reduzir o avanço da pandemia e não sobrecarregar o sistema de saúde. Uma das estratégias utilizadas foi o lockdown, medida que visa restringir a circulação de pessoas e o contato interpessoal como tentativa de inibir a infecção de novos casos (SARTI, 2020).

Diante do exposto, os órgãos competentes emitiram notas de recomendação de adequação do serviço de saúde durante a pandemia. Os serviços de assistência à saúde precisaram de adequações à nova realidade sanitária, sendo que algumas alterações foram necessárias, tanto na área física, com a colocação de protetores de acrílico nas mesas de atendimento ao público, disponibilização de álcool gel, uso de protetor facial, uso de máscara, isolamento de cadeiras para evitar aglomeração dentro do serviço, mantendo janelas abertas, também alterou-se o agendamento de pacientes.

Levando-se em consideração que os pacientes que possuem algum tipo de estomias continuam com suas demandas, as alternativas encontradas e mais pertinentes se limitam, além das medidas sanitárias de distanciamento, diminuição da circulação de pacientes na unidade e sala de espera, uso de equipamentos de proteção individual, tanto pelos profissionais como pelos usuários, o que se pode fazer é filtrar aqueles usuários que realmente necessitam visitar o serviço com frequência, recrutando e treinando redes de apoio para evitar exposição de pacientes pertencentes a grupos de risco durante o deslocamento e assistência, realizando a maior parte dos cuidados em seu domicílios. Aqueles que essa opção não é viável, seja por necessidade de tratamento e avaliação do estoma, seja por necessidade do usuário sem rede de apoio, o atendimento deve ocorrer de forma mais espaçada e na maioria das situações, por agenda e não por demanda espontânea.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019

CÂMARA, F.P. et al. M. Braz. J. Hea. Rev. Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13353-13357 set./out. 2020. ISSN 2595-6825

DAUMAS, R.P. et al . O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 36, n. 6, e00104120, 2020 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000600503&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 Mar. 2021. Epub June 26, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00104120>.

ECCO, L.et al. Perfil de pacientes colostomizados na Associação dos Ostomizados do Rio Grande do Norte. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 16: e0518. doi: 10.30886/estima.v16.351_PT

FLACH, D.M.A.et al. DEMANDAS AVALIATIVAS DA ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS ESTOMIZADAS NO BRASIL. *REVISTA ENFERMAGEM ATUAL IN DERME* 2019; 87: 25

MOURA, R.R.A.; GUIMARÃES, E.A.A.; MORAES, J.T. Análise clínica e sociodemográfica de pessoas com estomias: estudo transversal. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 16: e3818. https://doi.org/10.30086/estima.v16.637_PT

SARTI, T.D. et al . Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 29, n. 2, e2020166, 2020 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 Mar. 2021. Epub Apr 27, 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. The COVID-19 pandemic in Brazil: chronicle of a health crisis foretold. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00068820, mai. 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00068820

OLIVEIRA, W. K. et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 2, e2020044, abr. 2020. DOI:10.5123/s1679-49742020000200023



Data de publicação: 15/04/2021

Eventos adversos pós-vacinação COVID-19 e influenza

Profa. Dra. Mariur Gomes Beghetto

<https://www.ufrgs.br/levi/eventos-adversos-pos-vacinacao/#page-content>

Estamos em vigência da campanha de vacinação contra a COVID-19 que, a partir de agora, se sobrepõe à campanha da Influenza (“vacina da gripe”). O monitoramento de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV) é uma prática corriqueira às vacinas. Procedimentos padronizados de investigação, notificação, acompanhamento e comunicação são estabelecidos e sistemas de informação próprios tem seu uso consolidado no país.

O que, então, há de novidade frente à vacinação contra a COVID-19?

Lembre-mos de que se trata de um grupo de vacinas novas, até o momento, aprovadas para uso emergencial no Brasil. Ao contrário de outras vacinas cuja aplicação datam de muitos anos e, portanto, a farmacovigilância já conseguiu estabelecer quais são os EAPV mais frequentes e os mais graves, ainda não se conhece completamente os possíveis efeitos, especialmente os eventos raros, relacionados às vacinas contra a COVID. Com o desenvolvimento acelerado, os estudos clínicos conseguiram documentar eventos comuns, tais como dor no local da aplicação, febrícula, dores no corpo, dor de cabeça. No entanto, eventos raros e tardios só serão detectados quando grande número de pessoas for vacinada e com o decorrer do tempo.

Sendo assim, no que se refere às vacinas contra a COVID-19, muito mais atenção é dada aos EAPV. Qualquer suspeita de EAPV, incluindo os erros de imunização (programáticos) – como problemas na cadeia de frio, erros de preparação da dose ou erros na via de administração etc. – os profissionais devem notificar às autoridades de saúde. Atenção especial e busca ativa devem ser empregadas pelos profissionais ao se depararem com casos suspeitos de eventos adversos graves, raros e inusitados, óbitos súbitos inesperados, e outros considerados como Eventos Adversos de Interesse Especial (EAIE). Os EAIE podem ser graves ou não, que causem preocupação do ponto de vista científico e clínico e que requer mais investigação para sua caracterização.

A lista dos diferentes EAIE e o tempo recomendado para acompanhamento dos casos relacionados à vacina contra a COVID-19 foi apresentada em um Quadro no PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO do Ministério da Saúde (Acesse [AQUI](#)). As definições de cada caso, assim como os procedimentos envolvidos também são apresentados no mesmo documento.

QUADRO 1 – LISTA DE EAIE RECOMENDADOS PARA VIGILÂNCIA ATIVA E VACINAS COVID-19 E RESPECTIVOS TEMPOS DE ACOMPANHAMENTO

Nº	Sistemas	EAIE	Tempo de acompanhamento recomendado
		Tipo de evento	
1	Neurológico	Convulsões generalizadas	4 semanas
2		Síndrome de Guillain-Barré	4-6 semanas
3		Encefalomielite disseminada aguda (Adem)	4-6 semanas
4		Anosmia e ageusia	4-6 semanas
5		Meningoencefalites	4 semanas
6	Imunológico	Doença exacerbada por vacinação	1 ano
7		Síndrome multissistêmica inflamatória pediátrica (SIM-P)	1 ano
8		Anafilaxia	2 dias
9		Artrite séptica aguda	
10	Respiratório	Síndrome respiratória aguda grave (SRAG)	1 ano
11	Cardíaco	Doença cardiovascular aguda (arritmias, doenças coronarianas, miocardiopatias etc.)	1 ano
12	Hematológico	Coagulopatias (hemorragias, tromboembolismo)	1 ano
13		Trombocitopenia	4-6 semanas
14	Renal	Doença renal aguda	1 ano
15	Dermatológico	Urticária, lesões pápulo-vesiculosas, prurido intenso)	4-6 semanas
16		Vasculite (somente de um órgão)	4-6 semanas
17		Eritema multiforme	4-6 semanas
18	Gastrointestinal	Doença hepática aguda	4-6 semanas

Portanto, considerando a introdução das vacinas COVID-19 e a necessidade de se estabelecer o perfil de segurança das mesmas, orienta-se que, TODOS os eventos, não graves ou graves, deverão ser notificados. Sendo assim, a população alvo da campanha precisa ser orientada sobre as reações vacinais:



Quando essas reações forem comuns e esperadas, tais como dor, pequeno endurecimento do local de vacinação, dor de cabeça, dor no corpo, febrícula, que se resolve por si só ou com uso de analgésico comum em até 48h: manter-se atento sem necessidade de medidas adicionais. Não usar compressas (nem quente e nem frias) nem esfregar no local da vacinação.



Reações não esperadas, como as listadas no quadro acima ou que perduram por mais de 48 horas, ou que gerarem dúvidas se podem estar ou não associadas à vacina: avisar a unidade de saúde da sua referência (no território onde reside), pode ser por telefone, portando os dados da caderneta de vacinação (data da vacinação, laboratório e lote da vacina). Em situações de risco à vida, ir à um Pronto Atendimento ou Emergência portando a caderneta de vacinação.

Recomendações um pouco diferentes são dadas quando nos referimos à vacina contra a INFLUENZA (“vacina da gripe”). As vacinas influenza sazonais têm um perfil de segurança excelente e são bem toleradas. Não contêm vírus vivos e não causam a doença. Ainda assim, EAPV podem ocorrer, sendo a grande maioria não graves e de rápida e fácil resolução. Muito raramente podem ser graves, necessitando de assistência de saúde.

Os EAPV da vacina Influenza podem causar manifestações locais ou sistêmicas.



Manifestações locais incluem dor, eritema (vermelhidão) e endurecimento no local da injeção; ocorrem em 15% a 20% dos pacientes e se resolvem por si só em 48 horas.



Manifestações sistêmicas, como febre, mal-estar e mialgia, podem começar de 6 a 12 horas após a vacinação e persistir por um a dois dias; acometem menos de 10% dos vacinados e são mais frequentes em pessoas que não tiveram contato anterior com os antígenos da vacina. A vacinação não agrava sintomas de pacientes asmáticos nem induz sintomas respiratórios.



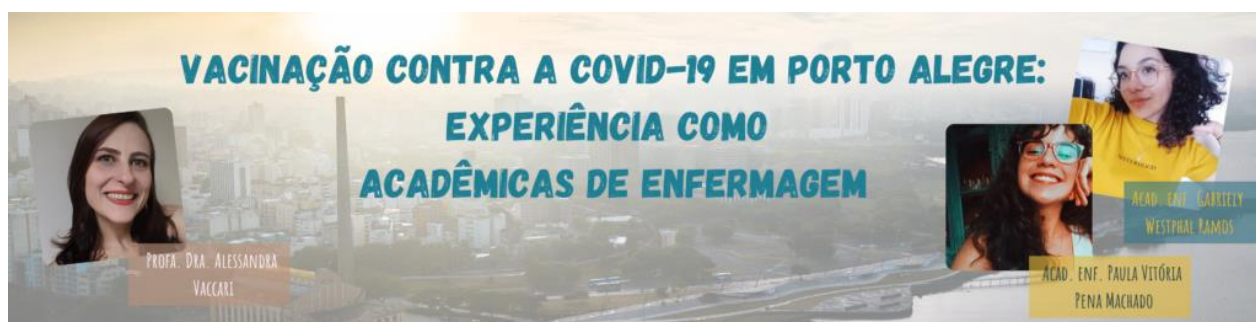
Reações de hipersensibilidade: reações anafiláticas (hipersensibilidade do tipo I) são extremamente raras e podem ser associadas a qualquer componente da vacina.



Manifestações neurológicas: raramente a aplicação de algumas vacinas pode anteceder o início da Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Geralmente, os sintomas aparecem entre 1 a 21 dias e no máximo até 6 semanas após administração da vacina. É importante citar que o próprio vírus influenza pode desencadear a SGB, e que a frequência de 1 caso por milhão de doses administradas, encontrada em alguns estudos, é muito menor que o risco de complicações da influenza que podem ser prevenidas pela imunização. Para fins de vigilância epidemiológica a ocorrência coincidente com outras doenças neurológicas de natureza inflamatória ou desmielinizante, tais como encefalite aguda disseminada (ADEM), neurite óptica e mielite transversa, no período entre 1 dia e 6 semanas após a aplicação da vacina, devem ser notificadas e investigadas.

As recomendações de cuidados pós vacinais contra Influenza assemelham-se às dadas na vacina contra COVID-19. Reações leves, locais ou sistêmicas como dor e endurecimento no local da aplicação, dores no corpo e febrícula que se resolve em até 48h por si só, ou com uso de analgésico/antitérmico comum, dispensam qualquer providência adicional. Em presença de reações adversas graves e agudas, buscar pronto atendimento ou emergência. Nestes casos, os profissionais deverão notificar o evento adverso pós vacinal.

Por fim, no pouco tempo de administração emergencial das vacinas Coronovac (Butantan) e FIOCRUZ (AstraZeneca/Oxford) muito se tem aprendido sobre sua segurança e efeito, o que já foi demonstrado nos estudos clínicos que possibilitaram seu uso emergencial. Entretanto, a população precisa ser estimulada a ficar atenta e a informar aos serviços de saúde se houver suspeita de reações vacinais. Isso será capaz de melhorar a segurança não somente para aquele próprio indivíduo, mas para todos nós.



Data de publicação: 22/04/2021

Vacinação contra a COVID-19 em Porto Alegre: experiência como acadêmicas de enfermagem

Profa. Dra. Alessandra Vaccari

Acad. Enf. Paula Vitória Pena Machado

Acad. Enf. Gabriely Westphal Ramos

<https://www.ufrgs.br/levi/vacinacao-em-poa-relato/#page-content>

Após um ano inteiro de medos, angústias e incertezas, um fio de esperança chegou ao Brasil: as vacinas contra o novo coronavírus. Em janeiro de 2021, foram disponibilizadas para o uso emergencial duas vacinas: a Coronavac, do laboratório Sinovac em parceria com o Instituto Butantan, e a Covishield, do laboratório Astra Zeneca em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz^{1,2}.

A vacina Coronavac é do tipo adsorvida (inativada), enquanto a Covishield é do tipo recombinante. Apesar dos diferentes métodos utilizados para sua produção, elas possuem algumas semelhanças entre si, como a resposta imunológica, que ocorre através do estímulo de produção de anticorpos neutralizantes, modo de aplicação intramuscular, dose aplicada e a necessidade de duas doses para atingir o potencial imunológico de resposta imune celular. O período entre a aplicação entre as doses das vacinas também difere, sendo de 21 a 28 dias para Coronavac e 4 a 12 semanas para Covishield^{1,2}.

Indivíduos acima de 18 anos podem receber a vacina, na fase atual de vacinação os grupos prioritários são por idade e iniciou com os mais idosos. As contraindicações são: alergias a um dos componentes da vacina, casos de febre, doença aguda e início agudo de doenças crônicas, estar com sintomas da COVID-19 no dia da vacinação, ter positivado para a doença em um período inferior a 28 dias anteriores ou realizado aplicação de qualquer outra vacina nos últimos 14 dias. Para pessoas imunossuprimidas ou em tratamento para câncer é obrigatório a apresentação de um atestado do seu médico liberando para a realização da vacina^{1,2}.

A Ação de Extensão “Imunização contra covid-19 e influenza 2021” da UFRGS com a coordenação das Profas da Escola de Enfermagem Deise Lisboa Riquinho, Idiane Rosset, Mariur Gomes Beghetto, Eliane Pinheiro de Moraes e da Faculdade de Medicina Cristina Rolin Neumann e Ricardo de Souza Kuchenbecker tem sido essencial na capacitação de estudantes de Enfermagem e Medicina para o trabalho voluntário durante a campanha de vacinação, auxiliando as equipes de saúde de diversas Unidades Básicas de Saúde do município de Porto Alegre e do Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital de Clínicas.

O voluntariado dos acadêmicos tem reforçado a força de trabalho das equipes para a realização de forma ágil e segura das doses de vacinas. Além do procedimento técnico de aplicação do imunobiológico os estudantes orientam a população quanto aos possíveis efeitos que a vacina pode gerar, sempre com uma escuta ativa e realizando um acolhimento carinhoso, já que nesse momento a população alvo desse atendimento são idosos que necessitam dessa atenção e uma boa orientação. Por outro lado, essa ação de extensão tem oportunizado uma prática assistencial ímpar em relação ao momento atual da pandemia; no qual, muitos estão com disciplinas no formato on-line pelo Ensino Remoto Emergencial (ERE) da Universidade, sem práticas assistenciais presenciais.



Acadêmicos de Enfermagem e Medicina durante a campanha de vacinação.

O sentimento de estar vivenciando este projeto é único. Todos os dias, centenas de idosos se dirigem às Unidades Básicas de Saúde (UBS) em busca da vacina, o principal meio de prevenção disponível até então. Para muitos, ir até a unidade de saúde é o maior e mais importante evento do ano, após mais de um ano em distanciamento social. Chegam em grande estilo, com roupas elegantes e brilho nos olhos, já que o sorriso ainda precisa ficar escondido debaixo das máscaras. Nesta vibração, tivemos também a

presença da Vovó Chimia durante a vacinação de sua criadora Joice Regina Dill de Brito e Cunha, que lindamente alegrou todos os presentes na fila e nos quiosques de vacinação da UBS Santa Cecília.



Vovó Chimia durante a Vacinação.



Personagem manipulada e interpretada pela professora e atriz Joice vacinada na UBS Santa Cecília, objetivo dela foi incentivar a campanha de vacinação para todos os idosos.



O objetivo foi cumprido, fez o maior sucesso.



Acadêmicos de Enfermagem e Medicina durante a campanha de vacinação.

Apesar de todos os desafios impostos pela pandemia, a confiança na ciência e nos profissionais de saúde possibilitou a realização da campanha de vacinação com eficiência e responsabilidade. Esperamos que, com a sua ampliação, sejamos capazes de imunizar o maior número de pessoas, combatendo o maior desafio enfrentado nas últimas décadas: a COVID-19.

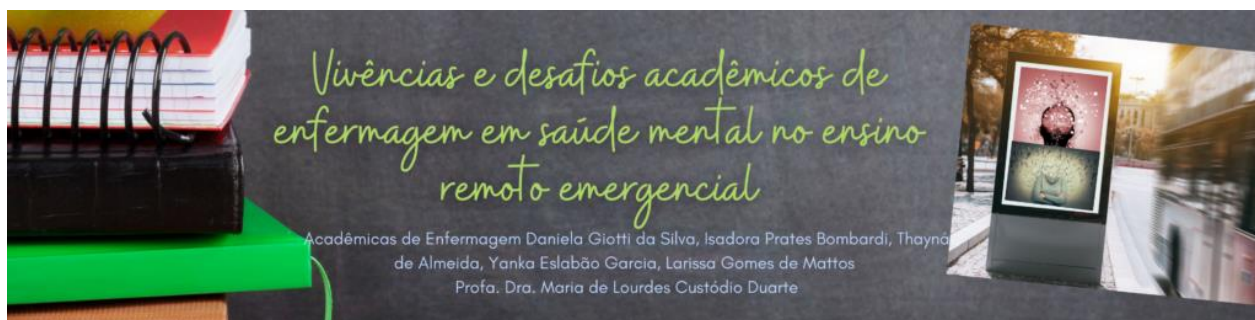
Referências

1. Vacina COVID-19 (recombinante). Bula da vacina. Disponível em:

https://moodle.ufrgs.br/pluginfile.php/3836932/mod_resource/content/1/Bula%20FIOCRUZ.pdf. Acesso em 26 mar 2021.

2. Vacina adsorvida COVID-19 (inativada). Bula da vacina. Disponível em:

https://moodle.ufrgs.br/pluginfile.php/3835084/mod_resource/content/2/Bula%20profissional%20-Butantan.pdf. Acesso em 26 mar 2021.



Data de publicação: 28/04/2021

Vivências e desafios acadêmicos de enfermagem em saúde mental no ensino remoto emergencial

Profa. Dra. Maria de Lourdes Custódio Duarte

Acad. Enf. Daniela Giotti da Silva

Acad. Enf. Isadora Prates Bombardi

Acad. Enf. Thayná de Almeida

Acad. Enf. Yanka Eslabão Garcia

Acad. Enf. Larissa Gomes de Mattos

<https://www.ufrgs.br/levi/vivencias-e-desafios-no-ere/#page-content>

Em Março de 2020 foi decretado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pandemia causada pelo novo coronavírus. Nesse contexto, foi necessária a implementação de medidas que visaram o distanciamento social e o uso de máscaras com o intuito de controlar o contágio pela infecção (DUARTE; SILVA; BAGATINI, 2021). Com o distanciamento social e a suspensão de atividades presenciais, uma série de transformações fez com que as Universidades tivessem que se adequar a uma nova modalidade denominada Ensino Remoto Emergencial (ERE) (BRASIL, 2020).

Este formato caracteriza-se como uma modalidade em que os docentes e discentes desenvolvem as atividades vinculadas ao currículo de forma não presencial, através de tecnologias da informação e comunicação (BRASIL, 2020), como uma alternativa temporária a fim de proporcionar a continuidade das atividades pedagógicas enquanto o ensino presencial não é possível (SOARES et al., 2021).

Dessa forma, o curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mais especificamente, a disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental II, precisou reorganizar suas necessidades de ensino.

Assim, objetivou-se relatar as vivências e desafios de acadêmicas durante a disciplina Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental II no formato ERE.

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem enquanto alunas da disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental II no formato ERE entre o período de Agosto a Dezembro de 2020. A disciplina integra a sétima etapa da grade curricular, possui carga horária de 150 horas e aborda conteúdos sobre políticas, modalidades de serviços e terapêuticas em SM, cuidado de enfermagem nos transtornos mentais bem como suas bases biológicas. Foi preconizada a abordagem do cuidado de enfermagem ao indivíduo e família na rede de serviços de saúde mental (SM) no contexto do SUS (UFRGS, 2020).

A disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental II essencialmente tem caráter prático inserindo o aluno na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) mas que teve que ser reorganizada de forma remota, utilizando Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA). As aulas foram desenvolvidas no formato síncrono (aulas em tempo real) através da plataforma Microsoft Teams, e assíncrono (carga horária destinada para o aluno desenvolver as atividades com autonomia) na plataforma Moodle, contando com filmes, vídeos, podcasts, leitura de textos, chats e fóruns de discussão (UFRGS, 2020).

Relato da Experiência

Foi utilizado o Diário de Bordo como estratégia de reflexão dos assuntos discutidos em aula, que consistiu em registros semanais e assíncrono elaborado e submetido pelo aluno a partir dos materiais e conteúdos disponibilizados de forma síncrona. A avaliação dos alunos deu-se através da apreciação do Diário de Bordo e duas provas individuais objetivas assíncronas, através dos recursos do Moodle. Diante das mudanças e adaptações da disciplina para esse primeiro semestre em novo formato de ensino, alguns desafios foram vivenciados e identificados pelas acadêmicas, tais como:



Ausência de atividades práticas assistenciais acarretando em falta de vínculo com o usuário em saúde mental;



Dificuldade de acesso à internet e perdas de conexão em atividades síncronas;



Anseios sobre a pandemia e o processo de aprendizagem no ERE.

O estabelecimento do vínculo entre enfermeiro e usuário é de extrema importância no sucesso da terapêutica em saúde mental, além disso o vínculo é uma tecnologia em saúde essencial para o acolhimento das demandas da pessoa em sofrimento.

Quando o acadêmico não vivencia essa experiência de prestar assistência no campo da saúde mental pode haver dificuldades no aprendizado, despertando sentimentos de medo do imprevisto e ansiedade pelo desconhecido, podendo influenciar na formação do futuro profissional enfermeiro. Logo, é necessário desmistificar a loucura e extinguir o estigma da doença por meio de maior busca pelo conhecimento (BAPTISTA et al., 2020).

No entanto, mesmo no contexto ERE a disciplina conseguiu através das estratégias didáticas amenizar a ausência do ambiente de prática, possibilitando discussões e reflexões acerca da práxis profissional nesta área. Além disso, sugere-se a utilização de ambientes de simulação realística virtual como estratégia para contribuir com a aproximação do aluno à realidade do cuidado em enfermagem na saúde mental.

Portanto, ainda que o ERE seja uma alternativa em tempos de enfrentamento da COVID-19, é uma modalidade que possui lacunas em seu processo de ensino principalmente pela falta de dinâmicas práticas que exigem atividades presenciais. Apesar dos desafios vivenciados pelas acadêmicas, a disciplina conseguiu adaptar-se ao novo contexto e contribuir para a formação na área de saúde mental.

Referências

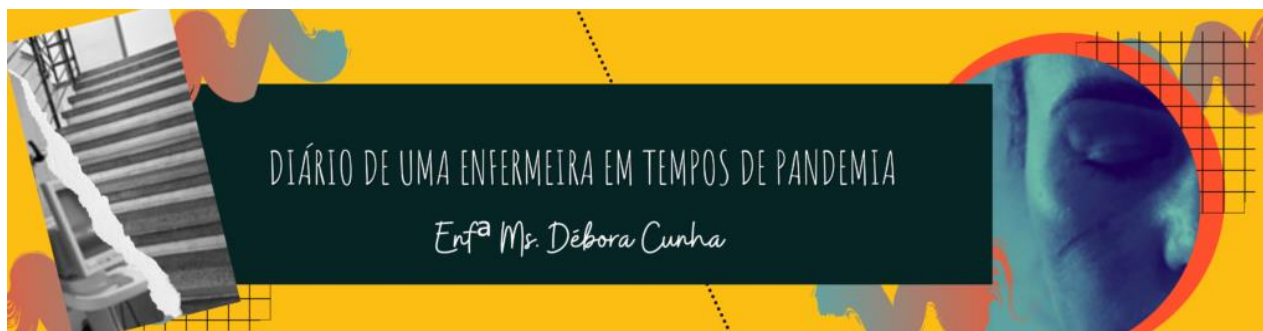
BAPTISTA, J. Á et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 73, n. 2, e20180508, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200303&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2021. Epub 09-Mar-2020

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CP nº 2. Estabelece normas educacionais excepcionais a serem adotadas durante o estado de calamidade reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6. Imprensa Nacional: 237(seção 1), 10 dez. 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cne/cp-n-2-de-10-de-dezembro-de-2020-293526006#:~:text=Institui%20Diretrizes%20Nacionais%20orientadoras%20para,confessionais%2C%20durante%20o%20estado%20de>>. Acesso em: 30 mar. 2021.

DUARTE, M.L.C.; SILVA, D.G.; BAGATINI, M.M.C. Nursing and mental health: a reflection in the midst of the coronavirus pandemic. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 42, n. spe, e20200140, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200701&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2021.

SOARES, F. A. et al . Cenário da educação superior à distância em saúde no Brasil: a situação da Enfermagem. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, e20200145, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000300221&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 Mar. 2021.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva. Departamento Assistência e Orientação Profissional. Plano de Ensino Adaptado ao Ensino Remoto Emergencial: Disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental II, 2020/1.



Data de publicação: 12/05/2021

Diário de uma Enfermeira em tempos de pandemia

Enfa. Ms. Débora Cunha

Chefe Unidade 7º Sul

Serviço de Enfermagem Cirúrgica do HCPA

<https://www.ufrgs.br/levi/diario-de-uma-enfermeira-em-tempos-de-pandemia/#page-content>

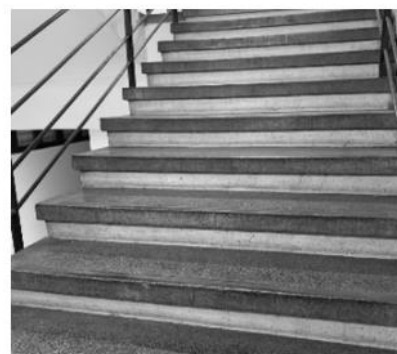
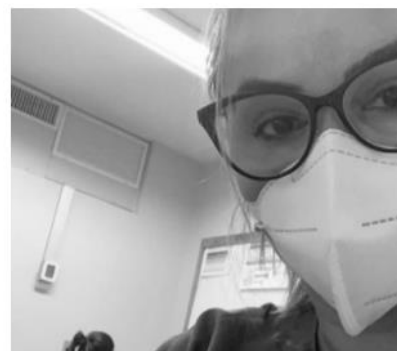
Estar na linha de frente ao atendimento a paciente COVID-19, é algo que gera medo, insegurança e ao mesmo tempo um fortalecimento ao ser enfermeiro.

Durante a prática de gestão e assistência, surge a necessidade de nos reinventarmos como pessoas e profissionais.

Logo vem o questionamento de amigos e familiares de como estou? Como está o meu dia?

Então surge a ideia de fazer alguns registros fotográficos para postar em uma rede social. O foco seria registros rápidos, de algo que “naquele” dia por algum instante eu fiz uma pausa para refletir, para tomar alguma decisão.

Os registros fotográficos foram postados em preto e branco, sendo uma das perguntas que muitos amigos questionam. Na verdade, não tenho a resposta, mas quanto fui perguntada pela primeira vez, logo pensei que empiricamente estava realizando um diário do tempo, um diário de uma enfermeira em tempos de pandemia como em um livro do tempo, registros de uma época pandêmica.



Homenagens aos profissionais da área da saúde foram surgindo ao longo do ano de 2020, mas foi em 2021 que pessoalmente tive a oportunidade de representar não só a equipe que trabalho, mas a enfermagem, forte, resiliente e humana, através de uma reportagem para revista época aonde em sua capa traz o rosto de uma enfermeira. Capa essa, retratando o trabalho de toda uma classe que luta pelo reconhecimento aos meios de comunicação não só lembrada em eventos adversos ocorridos, mas sim pelo conhecimento e importância que tem perante a uma sociedade, a uma nação.



Ser mulher, ser enfermeira é ser desafiadora. No ano de 2021 nosso estado do Rio Grande do Sul escolhe através do seu governador homenagear uma enfermeira pelo dia internacional da mulher; assim recebi sua ligação parabenizando todas as mulheres gaúchas.





*Março ainda contou
com a chegada da
vacina...*



E a importância de reconhecer todas as mulheres pela luta diária é indiscutível, porém as mulheres que deixam seus lares, suas famílias, filhos . . . todos os dias para dedicar o seu cuidado ao outro, ao paciente é sublime. Enquanto o medo da contaminação, de estar em um ambiente potencialmente contaminado faz com que a população “fuja” . . . essas heroínas vão ao encontro desses lugares denominados hospitais para cuidar de alguém da sua família . . .

Cada dia, cada fotografia tem uma pequena história, tem sentimentos, tem mensagem, tem um porquê



*Mas ainda, há muito o
que retratar nesse diário,
pois o registro pela escrita
está só começando . . .*





Data de publicação: 13/05/2021

NursesPed: Empreendedorismos como Enfermeiras durante a pandemia

Sabrina dos Santos Pinheiro

Waleska de Almeida Pereira

<https://www.ufrgs.br/levi/nursesped/#page-content>

Sabe quando você **acredita** que poderia fazer e ser muito mais? Quando você acredita que como profissionais da área da saúde especializados em pacientes pediátricos poderíamos ter **muito mais visibilidade** do nosso trabalho e mostrar ao mundo a força que temos, o **conhecimento** que temos e, principalmente, o amor pelo nosso paciente. Nossa **dedicação** é ímpar, escolhemos o todo, a pediatria não tem divisões, precisamos entender de neuro, renal, pulmonar, cardíaco..., com a pandemia tivemos chance vivenciar e testar uma frase que sempre é falada no meio PED: Quem trabalha com criança, trabalha com adulto! Mas quem trabalha com adulto não conseguirá cuidar de crianças! Fomos colocados a prova na pandemia, fomos deslocados para trabalhar em unidades de cuidados aos pacientes adultos, pois felizmente as crianças adoeceram menos de COVID-19, dias sombrios, de medo, de ansiedade, mas que foram vencidos com bravura. Fomos lá e mostramos o nosso valor!

E foi no meio da pandemia que **fundamos a Nursesped**, uma empresa voltada aos cuidados diretos aos pacientes pediátricos nas diferentes unidades assistenciais. Somos duas **Enfermeiras pediátricas**, que se conheceram ao acaso durante uma das provas de titulação da ABENTI, apaixonadas pelo cuidado à criança doente e que sonhavam em aprender, ensinar, divulgar, empoderar,... a enfermagem pediátrica.

Nossa primeira conversa sobre formar a parceria e criar a Nursesped foi um grande devaneio, no final achávamos que estávamos loucas, como assim formar uma empresa? Como assim fazer vídeos, lives, aparições nas timelines, somos envergonhadas e não temos experiência nenhuma. E site? Custa caro fazer sites! E como registrar a marca? Qual seria o nosso logotipo? Uma mora em MG e outra no RS!!

Muitas dúvidas... que não tiraram o nosso propósito de algo maior.

Parecia que era para dar tudo certo, fizemos a identidade visual com um profissional único, dedicado e atencioso, que aguentou a doideira de duas enfermeiras que queriam montar algo novo e incerto. Logo



após, começou a busca por *web designers* para fazer um site. Neste momento tivemos o primeiro choque de realidade, custa muito caro para fazer e manter um site atualizado. Mas como a dor ensina a gemer, a única maneira de fazer dar certo era estudar e fazermos nós mesmas o site, e não é que deu certo! Montamos um site gratuito, onde nós mesmas gerenciamos as atualizações, registramos o domínio da Nursesped e, no final, ainda não contentes, buscamos uma plataforma gratuita de área de membros e montamos o Nursesped Club.

Lógico que tem toda a parte burocrática, é quase que impossível você abrir um negócio e conseguir um CNPJ sem ter o suporte de um contador. Após conversarmos com alguns escritórios contábeis, nos deparamos com pessoas que assim como nós estavam iniciando e sonhavam em crescer. Tivemos várias reuniões pelo *meet* e com muita paciência dos nossos parceiros contadores, pois não entendíamos nada de negócio, chegamos a um valor mensal acessível para quem está iniciando e surgiu daí uma parceria de trabalho. Contratos, alvarás, certificado digital, notas fiscais, imposto de renda..., não tem como manter uma empresa sem ter o seu negócio na mão de um contador.



Mas e a pergunta que sempre nos fazem: Custa muito caro montar uma empresa?

Nossa resposta é: Depende de quanto você quer investir no negócio e não estamos falando apenas de dinheiro, mas sim de dedicação, de perseverança, de coragem e do tamanho do sonho que você tem!

Apesar da distância entre RS e MG, nos falamos todos os dias, viva o *facetime*! Discutimos nossas decisões em reuniões virtuais, sempre em consenso, não tem uma reunião que não caímos na gargalhada, lembrando que montamos e desenvolvemos um projeto, a Nursesped, sem termos reservas financeiras para empreender.

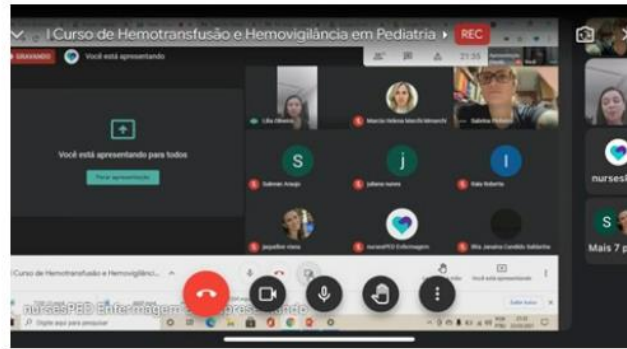
Se você não tem dinheiro, mas sonha em fazer algo grande, dedique-se, aprenda, busque aulas na internet, tente, erre, acerte, aproxime-se de pessoas que te motive, forme parcerias com quem te quer bem, mas nunca desista. Não ter dinheiro não é uma desculpa, somos a prova viva disso.

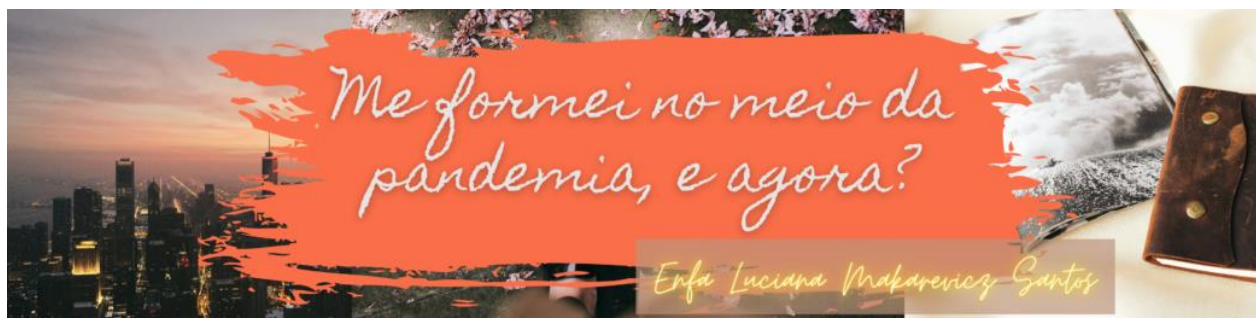
Se você quer e quer muito, se joga, acredite e ninguém vai conseguir te parar. E depois quando você tiver com o seu negócio bombando, com pessoas participando, com os elogios chegando, sonhe mais alto ainda!

Em breve teremos novidades na Nursesped, vem aí o curso de pós graduação em enfermagem pediátrica em parceria com uma faculdade em MG, ou seja, queríamos apenas ***“movimentar a enfermagem pediátrica”***, depois queríamos somente fazer *lives* e dar aulas, então apareceu a área de membros e, agora um passo grandioso planejar e realizar um curso nacional com o ensino focado na experiência dos enfermeiros pediátricos assistenciais e o conhecimento teórico.

Se sabemos quando vamos parar de sonhar?

Não sabemos... *“mas nem o céu é o limite para pessoas obstinadas”* e que acreditam que podem oferecer muito mais.





Data de publicação: 14/05/2021

Me formei no meio da pandemia, e agora?

Enfa. Luciana Makarevicz Santos

<https://www.ufrgs.br/levi/me-formei/#page-content>

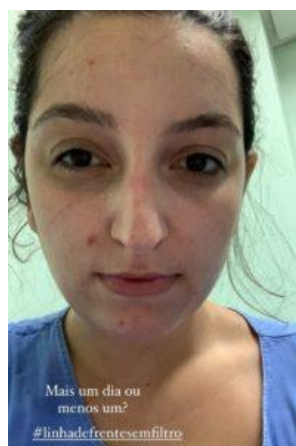
Foram tantas dúvidas e questionamentos que cercaram esse momento. Me expor a trabalhar em uma unidade COVID? Será que vou me contaminar? E o medo de contaminar a família? Será que eu tenho capacidade profissional para isso? E o conhecimento científico? Indecisões e um turbilhão de sentimentos até perceber que a linha de frente era o meu lugar.

Fui contratada com um mês de formada para atuar em uma unidade de internação em um hospital em Porto Alegre. Porém, após os dias de integração fui informada que trabalharia em uma nova UTI COVID (sempre soube que haveria essa possibilidade). Particpei desde a montagem dos leitos até receber nosso primeiro paciente.

Uma UTI adaptada, uma equipe onde 90% dos técnicos de enfermagem não tinham experiência, médicos e fisioterapeutas de diversas especialidades e pouquíssimos enfermeiros com experiência em UTI. Porém, todos com sede de aprendizado e com uma imensurável força de vontade.

Desafios para todos os lados, insegurança, sentimento de impotência frente a uma doença nova tão devastadora e que pouco a ciência, que é tão soberana, sabe sobre a ela marcaram a nossa rotina.

Não foi nem um pouco fácil saber lidar com tudo que eu vivi nessa experiência. Ter que ensinar diariamente conteúdos e práticas que eu particularmente não dominava, começar do zero uma equipe, ter



paciência, e saber lidar com o medo da contaminação, ser forte e acolher, por mais devastada que eu estivesse internamente cobrar e ser cobrada, e encontrar formas para aceitar o luto de todos os pacientes que perdemos, pois infelizmente foram números extremamente superiores ao de pacientes que salvamos. Foram inúmeras situações desesperadoras, desafiadoras e também gratificantes que me transformaram não apenas no profissional, mas também pessoalmente.

Em novembro de 2020, fui uma das 150 pessoas no RS, presenteada com uma medalha do projeto mundial "Hand Medal Project" que tem como principal finalidade o reconhecimento aos profissionais de saúde que atuam na linha frente. O projeto conta com mais de 3.000 joalheiros e artesãos de diversas partes do mundo, que criaram e confeccionaram as medalhas com as próprias mãos, para nos homenagear "O trabalho de nossas mãos, honra o trabalho das suas" (Para conhecer melhor o projeto: [clique aqui](#)).

Me senti honrada, mais forte e também de estar no caminho certo após ter recebido esse reconhecimento com apenas 4 meses de atuação.



Me arrisco a dizer que esse é o maior desafio da minha carreira profissional, apesar de ter sido o primeiro. Sou grata a todas as experiências que vivi e vivo diariamente dentro da UTI COVID e principalmente a todas as pessoas que fizeram parte e que trilham esse desafio ao meu lado. Se não fosse o apoio e a união da nossa equipe, eu teria desistido. Com eles, eu aprendi a ser enfermeira e por eles e pelos nossos pacientes eu sigo sempre buscando a evolução.

Por enfermeira Luciana Makarevicz Santos



Data de publicação: 17/05/2021

Maternidade e Docência em Enfermagem em tempos de pandemia

Leticia Becker Vieira

Maria de Lourdes Custódio Duarte

Adriana Loese Lamos

<https://www.ufrgs.br/levi/maes-docentes/#page-content>

A Enfermagem é uma profissão majoritariamente feminina (Nursing Now, 2019), o que reflete também na área da docência em Enfermagem. Dessa maneira, são as docentes mulheres que têm, em sua maioria, assumido o papel de formar a força de trabalho feminina da Enfermagem e que neste momento é atravessada pela pandemia de Covid-19. Nesse sentido, há muitos desafios que emergem no cotidiano de docentes-enfermeiras que vivenciaram a maternidade nesse período, sendo necessária uma série de adaptações para o desenvolvimento das atividades laborais.

Assim compartilhamos a experiência enquanto docentes-enfermeiras na maternidade, gestação, parto, puerpério e/ou retorno da licença maternidade no período da pandemia.

No contexto da pandemia Covid-19 a UFRGS adotou como estratégia o Ensino Remoto Emergencial (ERE) que proporcionou à comunidade acadêmica a possibilidade de manutenção, dentro das circunstâncias possíveis, das atividades de ensino. Aliado a isso, ao longo do ano de 2020, medidas de restrição à circulação de pessoas e de restrição ao exercício de atividades econômicas constituíram uma das principais frentes de combate à pandemia.

Tais situações impactaram sobremaneira no cotidiano de trabalho da docência em Enfermagem visto que exigia vivências formativas para o ERE, planejamento e execução de atividades que respondessem à mudança curricular temporária e alternativa devido a circunstâncias de crise. Paralelamente a isso, as redes de apoio para os cuidados aos filhos tornam-se mais restritas com o fechamento das escolas, diminuição ou afastamento de profissionais de apoio (como babás e secretárias do lar) e familiares por risco de contaminação, aumentando as demandas domésticas e de cuidado com os filhos resultando na alteração da rotina familiar. O espaço domiciliar passou a ser compartilhado entre as rotinas familiares e o trabalho remoto.

Frente aos temores e incertezas com relação às repercussões da pandemia na vida e saúde dos filhos e implicações na gestação, participamos enquanto universidade, unidade, departamento e áreas para discussões infundáveis para planejamento e organização dos semestres ERE. Foram muitas as propostas,

possibilidades e discussões. Aos poucos a facilidade e a agilidade que o mundo digital proporciona criaram novas demandas como o excesso de reuniões e agendamentos de algumas no terceiro turno, assim vimos nossa vida privada ser tomada cada vez mais pela vida profissional. Equilibrar a dupla jornada (casa e trabalho) que passou a se concentrar em um único lugar e manter a saúde mental enquanto gestante e mãe foi desafiador!

Também precisávamos dar conta dos projetos de extensão, pesquisa, pós-graduação, orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e estágios; nos envolvemos em novos projetos, escritas de textos e artigos sobre a COVID-19, além de lives que demandaram maior atenção às informações e leituras de materiais para estarmos atualizadas considerando a dinamicidade e velocidade de produção de conhecimento sobre a mais grave e importante crise sanitária e humanitária do século.

Dedicamos muito do nosso tempo, inclusive de descanso ou de estar com a família, para a constante qualificação das aulas, atividades avaliativas e inúmeras demandas dos acadêmicos (não havendo noite, final de semana e feriado) que também apresentavam as dificuldades mais diversas, inclusive cuidado de casa, filhos e demais familiares. Foi extremamente denso e muito trabalhoso, sabemos que foi para todos os docentes da universidade, porém a maternidade e a inseparabilidade inevitável do espaço pessoal e do profissional criaram desafios extras às mães-docentes-enfermeiras, especialmente de filhos pequenos como é o nosso caso.

Hoje estamos prestes a concluir o segundo semestre na modalidade ERE e vislumbramos as diversas oportunidades de aprendizado neste um ano de pandemia, em que nos reinventamos enquanto docentes-enfermeiras. Também nos dispara reflexões acerca do contexto e desafios vivenciados pelas nossas mães estudantes de Enfermagem neste período.

Conforme literatura a sobrecarga potencializada pela necessidade de conciliar trabalho e cuidado, bem como a incerteza de quanto tempo a atual situação irá permanecer podem configurar-se como fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento de problemas em saúde mental dos profissionais da enfermagem (CARLOS *et al.*, 2021). A busca pela qualidade de vida e pela manutenção da saúde mental vêm de diferentes estratégias individuais e coletivas que buscamos, mas percebemos que os momentos em família, desligados dos equipamentos eletrônicos que insistem em notificar mensagens a quaisquer horas do dia e da noite, têm nos auxiliado a vivenciar este momento desafiador.

Somos mulheres que priorizamos nossas carreiras acadêmicas assim como a nossa família e buscamos o equilíbrio difícil desta balança, mas acreditamos que é possível ser mãe e docente de Ensino Superior, mesmo em tempos de pandemia. A situação sanitária mundial nos mostrou a fragilidade feminina do ser mãe e profissional, exacerbando as desigualdades de gênero, mas também nos aproximou da discussão de parentalidade e universidade junto ao *Parent in Science* e a mobilização de mais mães-docentes-enfermeiras, acadêmicas e pais para discutir esta questão na Escola de Enfermagem.

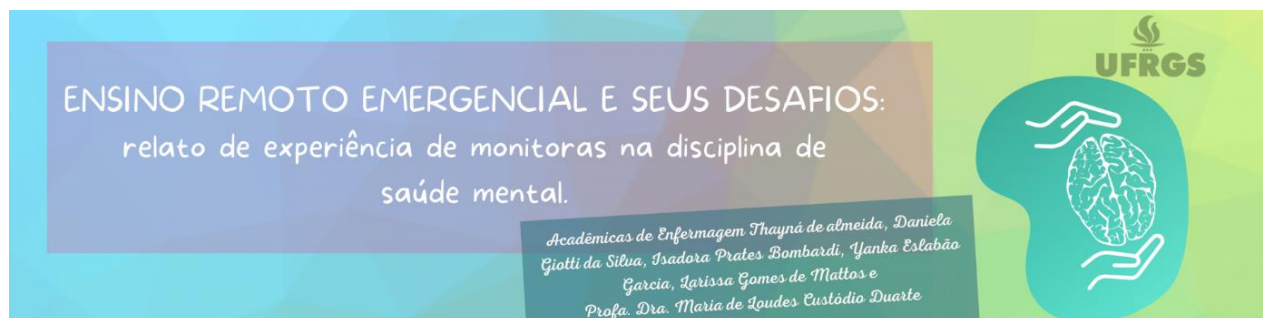
Nesta semana tão importante para nós, em que comemoramos o Dia Internacional da Enfermagem, buscamos desvelar os desafios já impostos às mulheres profissionais mesmo antes da pandemia, mas sua potencialização neste período, e também lutar pela concretização dos direitos das mulheres, mães e enfermeiras (acadêmicas, docentes, assistenciais, gestoras, pesquisadoras, extensionistas, servidoras administrativas – todas nós).



REFERÊNCIAS

Carlos DM, Wernet M, Okido ACC, Oliveira WA, Silveira AO, Costa LCR. The dialogical experience of being a mother of a child and a nurse in the COVID-19 pandemic. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020; 29:e20200329. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0329>.

IntraHealth International, Nursing Now e Johnson & Johnson. *Relatório Investindo no Poder da Liderança da Enfermeira: O que será necessário* (2019).



Data de publicação: 17/05/2021

Ensino Remoto Emergencial e seus desafios: relato de experiência de monitoras na disciplina de saúde mental.

Profa. Dra. Maria de Lourdes Custódio Duarte

Acad. Enf. Thayná de Almeida

Acad. Enf. Daniela Giotti da Siva

Acad. Enf. Isadora Prates Bombardi

Acad. Enf. Yanka Eslobão Garcia

Acad. Enf. Larissa Gomes de Mattos

<https://www.ufrgs.br/levi/ensino-remoto-emergencia/#page-content>

Com o advento da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) em Março de 2020, foram necessárias implementações com intuito de controlar o contágio pela infecção. Com o distanciamento social e a suspensão de atividades presenciais, uma série de transformações fez com que as Universidades tivessem que se adequar a uma nova modalidade de ensino: o Ensino Remoto Emergencial (ERE) (BRASIL, 2020). O ERE objetiva atender uma necessidade imposta pelo contexto atual, utilizando Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) como meio de desenvolver as atividades acadêmicas (BEZERRA et al. 2020), proporcionando a maior autonomia e protagonismo do aluno.

Nesse sentido, a monitoria acadêmica tem papel fundamental para o auxílio e o acompanhamento do aprendizado do aluno. O Programa de Monitoria Acadêmica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) visa proporcionar um ambiente de ensino que agrega a formação dos estudantes com a criação de condições para o aprofundamento teórico e o desenvolvimento de habilidades. Essa atividade atua na melhoria da qualidade do ensino e é uma forma de estudo que favorece articulação entre ensino, pesquisa e extensão (UFRGS, 2018).

No curso de Enfermagem, a disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental I utiliza monitores para facilitar o aprendizado dos alunos matriculados no contexto ERE. Essa disciplina preconiza a abordagem de estudos referentes às políticas de saúde mental no Brasil e no mundo, com ênfase à Reforma Psiquiátrica, no trabalho em equipe, tecnologias de cuidado e uso do Modelo Calgary para realizar avaliação de família, no contexto do SUS (UFRGS, 2021).

Desta forma, objetivou-se relatar as experiências de acadêmicas de Enfermagem da UFRGS como monitoras na disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental I.

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem enquanto monitoras na disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental I no período de Agosto a Dezembro do semestre 2020/1. Essa disciplina integra a terceira etapa da grade curricular, possui carga horária de 90 horas e é essencialmente uma disciplina teórica que proporciona vivências na rede de saúde mental. No entanto, na modalidade ERE essas vivências foram adaptadas à realidade da pandemia. A disciplina foi organizada em aulas síncronas, desenvolvidas em tempo real pela plataforma *Microsoft Teams*, e assíncronas, com a utilização de produções textuais a partir de leituras prévias, vídeos autorais, leituras dirigidas, debates promovidos em fórum de discussão e chat e elaboração de avaliações. Utilizou-se a ferramenta *Wiki* para elaboração do seminário e da avaliação de família como alternativas de apresentação desse conteúdo desenvolvido pelos alunos (UFRGS, 2021). As atividades de monitoria tem carga horária de 20 horas semanais, possuindo bolsa remunerada. Nesse cenário, o monitor participa auxiliando os professores durante as aulas, realizando o acompanhamento de atividades assíncronas e instruindo durante as orientações das atividades avaliativas, oportunizando a interlocução entre o aluno e o professor conforme suas necessidades.

Relato de Experiência

Durante a monitoria foram realizadas diversas atividades para que a comunicação entre professores e alunos seja facilitada e que resulte no melhor desempenho dos discentes na disciplina de saúde mental. O acompanhamento dos alunos matriculados na disciplina foi realizado através da utilização de tecnologias a distância via sistema Moodle Acadêmico, onde são feitas as atividades de aula e avaliativas e atendimento de dúvidas sobre os conteúdos e os trabalhos propostos pela disciplina. Além disso, a atuação dos alunos como monitores oportunizou a participação mensal no Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), gerando novas possibilidades de aprendizado e também de inserção na área de conhecimento.

Diante das mudanças e adaptações ocorridas em virtude do ERE, desafios foram vivenciados no desenvolvimento das atividades de monitoria:

- Dificuldade de estabelecimento de vínculo entre a tríade professor-aluno-monitor;
- Instabilidade na conexão com a internet;
- Fragilidades na comunicação entre monitor e aluno;
- Impasses culturais com alunos indígenas;

Além disso, o impacto da pandemia também gerou dificuldades na participação dos alunos na disciplina, como:

- Necessidade de trabalho dos discentes para complementação da renda familiar;
- Urgência na reorganização da rotina familiar, tendo em vista o fechamento de escolas de ensino infantil;
- Acúmulo de funções no ambiente doméstico;

Cabe salientar que o monitor acaba se envolvendo com as dificuldades dos discentes no acompanhamento da disciplina, sendo uma das suas funções identificá-las e comunicar os professores.

Portanto, considera-se importante a experiência das acadêmicas de Enfermagem na atividade de monitoria, pois promove maior aproximação e aprendizagem na área de saúde mental, desenvolvendo habilidades de autonomia e compartilhamentos de saberes. Além disso, os desafios desse momento servem para repensar novas práticas de aprendizagem e mostrar a relevância do monitor no enfrentamento das dificuldades vivenciadas.

Descritores: Monitoria; Saúde mental; Educação em Enfermagem.

Referências

BEZERRA, K. P. et al. Ensino remoto em universidades públicas estaduais: o futuro que se faz presente. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e359997226-e359997226, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7226>>. Acesso em: 31 mar 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CP nº 2. **Estabelece normas educacionais excepcionais a serem adotadas durante o estado de calamidade reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6**. Imprensa Nacional: 237(seção 1), 10 dez. 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cne/cp-n-2-de-10-dedezembrode2020293526006#:~:text=Institui%20Diretrizes%20Nacionais%20orientadoras%20para,confessionais%C%20durante%20o%20estado%20de>>. Acesso em: 30 mar 2021.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva. Departamento Assistência e Orientação Profissional. **Plano de Ensino Adaptado ao Ensino Remoto Emergencial**: Disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental I, 2020/2.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pró-Reitoria de Graduação e Secretaria de Educação a Distância. Programa de Monitorias Acadêmicas (PROGRAD/SEAD). **Ofício Circular n.º 008/2018**, 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/prograd/wp-content/uploads/2020/08/Of%C3%ADcio-Circular-N%C2%BA-008.2018-%E2%80%93-Programa-de-Monitorias-Acad%C3%AAmicas-%E2%80%93-PROGRAD-SEAD.pdf>>. Acesso em: 30 mar 2021.



Data de publicação: 18/05/2021

Enfermeira no cuidado de feridas com Oxigenoterapia Hiperbárica e Curativos complexos

Débora Zmuda Padilha

Enfermeira Graduada pela UFRGS, Pós-Graduação em Enfermagem do Trabalho, Gestão nos Serviços de Enfermagem e Enfermagem Dermatológica. Atua como responsável técnica de enfermagem no Instituto de Oxigenoterapia Hiperbárica do Brasil desde 2009 e na Cicatrimed POA desde 2018.

<https://www.ufrgs.br/levi/debora-padilha/#page-content>

O Instituto de Oxigenoterapia Hiperbárica do Brasil atua na cidade de Porto Alegre desde 2003. A Oxigenoterapia Hiperbárica é uma modalidade médica terapêutica que consiste na inalação de oxigênio a 100% sob alta pressão, promovendo um aumento da concentração de oxigênio dissolvido no plasma sanguíneo e consecutivamente na área acometida, restaurando as funções orgânicas locais. É um tratamento adjuvante, utilizado como apoio as terapias convencionais, que atua como um acelerador do processo de cicatrização, melhorando os resultados, diminuindo o índice de sequelas, cirurgias, amputações, medicamentos e, conseqüentemente, o custo global do tratamento. O tratamento é realizado dentro da câmara hiperbárica que pode ser monoplaca ou multiplaca. A câmara é pressurizada a 2,4 ATAs, equivalente a 14 metros de profundidade.

O tratamento é realizado todos os dias, pelo menos 5 sessões por semana durante 90 minutos.

Eu, trabalho na hiperbárica desde 2009, me formei enfermeira pela UFRGS e fui contratada pelo IOHB, sendo meu primeiro emprego que neste permaneço até hoje. Aos passar dos anos fui me apaixonando pelo tratamento e pelas feridas. Realizei o curso de Enfermagem em Oxigenoterapia Hiperbárica em 2012, realizado na cidade de São Paulo pela Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica, que tem duração de 3 dias. Juntamente com a hiperbárica, fui me aperfeiçoando nos curativos complexos. Atualmente em conjunto com o IOHB, temos uma unidade da Cicatrimed que é uma franquia de tratamento de feridas que possui todas as coberturas especiais. Sabemos que a hiperbárica sozinha não faz milagre, para uma cicatrização de uma lesão, precisamos de todo o acompanhamento da ferida.

Os pacientes que tratam no nosso serviço são de maioria idosos com **lesões do tipo pé diabético e úlceras venosas**, mas também atendemos pacientes com **lesões actínicas de mucosas, osteorradionecrose**, que não necessitam de curativos. Todo o serviço de medicina hiperbárica precisa ter um médico responsável, uma enfermeira e técnicos de enfermagem. No meu serviço coordeno uma equipe de 3 técnicos de enfermagem que prestam atendimento de enfermagem geral desde buscar o paciente, ajudar na troca de roupas, realização de sinais vitais e curativos, limpeza dos materiais da hiperbárica e

atuam como guia interno e externo da câmara hiperbárica. Como os pacientes fazem acompanhamento diário e troca dos curativos conforme a cobertura utilizada a necessidade de ter o acompanhamento frequente é o ideal.

Quando veio a pandemia da COVID-19, a clínica teve que fechar o serviço por 14 dias já que não éramos serviço de urgência, ficando os pacientes desassistidos durante esse período. Foi muito difícil interromper as sessões, pois tínhamos pacientes com lesões actícinas que já haviam parado de sangram e tiveram piora após a parada da oxigenoterapia. Para as orientações dos curativos, fomos orientando via telefone qual produto utilizar naquele momento da lesão. Sabemos que para cada tipo de leito da ferida e quantidade de secreção utilizamos uma cobertura diferente, por isso a importância do acompanhamento por um profissional experiente e que entenda do assunto.

Quando retornamos ao trabalho, tivemos que nos adaptar com o novo protocolo de tratamento que era no máximo 6 pacientes por vez dentro da câmara, respeitando o distanciamento de 1 metro. Em tempos normais, a câmara hiperbárica trata 09 pacientes ao mesmo tempo. Tivemos dificuldade de convencer os pacientes a retornar ao tratamento, consecutivamente tivemos um prejuízo grande com essa redução no número de pacientes tratados a cada 90 minutos. O número de consultas médicas em busca do serviço também reduziu bastante. Com o passar dos meses, os pacientes começaram a retornar e procurar novamente o tratamento para suas feridas. Tratamos muitos casos de PO de cirurgia plástica, devido ao sofrimento isquêmico que pode acontecer, como houve redução desses procedimentos nos hospitais, acabou refletindo na quantidade de pacientes tratados na hiperbárica. Atualmente a câmara hiperbárica possui divisórias de acrílico, possibilitando colocar até 8 pacientes em cada sessão. Os acompanhantes não ficam mais na sala de espera e as consultas tem intervalo a cada 1 hora para não haver aglomeração de pessoas no serviço. Todos os funcionários da clínica já foram vacinados, utilizando máscara o dia todo. Ofertamos álcool gel em todos os ambientes da clínica. Tivemos um treinamento sobre a COVID-19 com a equipe no início da pandemia e tentamos nos manter sempre atualizados, mesmo não sendo linha de frente, damos muita orientação para todos os pacientes por sermos profissionais da saúde.

As lesões por pressão tiveram um aumento de tratamento no nosso serviço, todas devido internação prolongada na UTI. O diferencial dessas lesões, são que vieram mais profundas e maiores do que normalmente tratamos. Levando em torno de 2 meses para a cicatrização completa.

Hoje, continuamos na luta contra a COVID-19, trabalhando com muito receio, mas com todos os cuidados para mantermos nosso serviço aberto e principalmente para conseguir manter o tratamento das feridas e das demais doenças que a oxigenoterapia trata.





Data de publicação: 18/05/2021

Paciente pediátrico com COVID-19: relato de uma feliz experiência

Sabrina dos Santos Pinheiro

<https://www.ufrgs.br/levi/paciente-pediatico-com-covid-19/#page-content>

Tudo começou, quando nos foi solicitada a primeira vaga para paciente pediátrico com suspeita de COVID-19 em nossa unidade de terapia intensiva pediátrica. Naquele momento, muitas dúvidas e questionamentos pairavam sobre o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP):

Como assim? Essa doença “pega” em criança?

Trabalho em um Hospital referência no Sul do Brasil para atendimento pediátrico e não seria diferente para o atendimento da COVID-19, sendo um serviço de excelência e que tem além de espaço físico, um grupo de profissionais altamente qualificados. Nosso primeiro paciente com suspeita da doença foi um menino de 9 anos, admitido em um box de isolamento, onde tínhamos os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) mas não tínhamos treinado a paramentação e a desparamentação, não sabíamos ao certo como coletar os *swabs*, sem contar o medo do contágio da doença. E ficamos aliviados quando o resultado do exame deste paciente foi negativo.

Com o entendimento que a pandemia também poderia ser uma realidade na população pediátrica e que no mínimo teríamos que estar preparados para esta realidade, as chefias médica e de enfermagem da UTIP, apoiados pela equipe assistencial da UTIP, realizaram a definição da área física para separar pacientes com suspeita ou confirmados dos demais, formularam protocolos assistenciais específicos baseados nas poucas evidências científicas e nas experiências dos países que estavam passando pela pandemia. Então, definidas **as áreas para pacientes COVID-19**, foram realizadas capacitações para paramentação e desparamentação dos EPIs, com apoio de muitos grupos como Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), psicologia e serviço médico, para entendermos o porquê de não usar tal máscara, porque de não usar tal avental, e os pacientes começaram a chegar.

E, é incrível que ainda hoje, depois de 1 ano do primeiro caso suspeito ainda descobrimos coisas que precisamos ajustar, pesquisar e entender.

Mas senta que lá vem história... E essa, é com Final Feliz...

O paciente que quero trazer neste relato trata-se de um **menino de 9 anos**, que aqui vamos chamar de Carlos e sua mãe de Maria.

Carlos é autista, tem diagnósticos prévios de epilepsia e transtorno opositivo-desafiador, com histórico de várias internações anteriores à chegada na UTIP, inclusive tinha tido alta há poucos dias da unidade de internação do nosso Hospital. Em casa começou a apresentar febre e redução de força nos membros inferiores, chegando a ter quedas ao solo após tentativas frustradas de caminhar.

Maria levou o filho a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que acabou transferindo a criança para o Hospital da sua cidade, devido a piora clínica e por ter vínculo com o nosso Hospital foi transferido direto para a UTIP, pois **tinha um esforço importante para respirar e apresentava saturação de oxigênio baixa com sinais de hipoxemia**.

Na chegada a UTIP Carlos ficou na área destinada aos pacientes suspeitos da COVID-19, também ficamos sabendo que havia sido coletado o exame para o coronavírus no Hospital de origem e encaminhado para o LACEN-RS. Como o resultado demorava alguns dias, foi optado por coletarmos um novo material e processarmos no nosso próprio laboratório. No final daquele mesmo dia recebemos o **resultado negativo** e deslocamos Carlos para a área destinada a pacientes **não COVID-19**.

O quadro clínico de Carlos piorava a cada dia, a ventilação mecânica por si só já causa danos, mas aquela infecção pulmonar parecia **não responder aos tratamentos usuais**. Em torno de 4 dias após a criança sair da área COVID-19 da UTIP, a **Mãe chega com o resultado positivo para o coronavírus** feito pelo LACEN-RS. **E agora?** Foram dias atendendo sem a paramentação específica, sem restrição até mesmo para realizar aspiração do tubo endotraqueal em sistema aberto, enfim, **exposição dos profissionais de saúde e da própria Maria que retornava para sua casa e convivia com seus familiares**.

Após este momento vários funcionários foram testados, mesmo assintomáticos e todos resultados deram negativos.

De volta a **área COVID-19** a criança não apresentava melhora, era pronado constantemente, a febre nunca cedia, chegou a utilizar cloroquina por alguns dias, mas nada parecia fazer efeito.

A Páscoa estava chegando, fazia dias que Maria não saía da beira do leito do filho, **em casa tinham duas filhas e uma neta** “abandonadas”. A resistência de sair do lado do filho foi grande mas após muita conversa com a equipe e com muita insistência da **enfermagem** Maria decidiu ir passar o final de semana em casa.

Depois de uma longa conversa ao pé do ouvido do filho, Maria beijou-lhe o rosto, desparamentou-se, lavou as mãos, colocou nova máscara e saiu da UTIP com a dúvida de que o filho estaria ali quando retornasse.

Precisamos **fazer uma pausa na história**, para discutirmos um ponto muito importante no cuidado à criança, a permanência do familiar.

E agora? Deixar ou não o familiar de uma criança com suspeita e, pior com COVID-19 confirmado permanecer ao seu lado?

Quem trabalha diretamente com crianças doentes sabe que é impossível deixar uma criança sozinha, principalmente se ele não tiver nenhuma restrição.

Quem será responsável se a criança cair do berço?

Temos número de pessoal suficiente para garantir a segurança das crianças nas nossas unidades?

Como separar uma mãe do seu filho num momento de angústia e medo para as duas partes?

Você deixaria seu filho sozinho com pessoas desconhecidas?

Aceitaria informações por telefone e chamadas de vídeo?

Todas essas dúvidas nos atormentaram por dias, nosso grupo de enfermeiras foi contra a retirada do familiar e a **enfermagem assumiu o compromisso de orientar, alocar e acompanhar estes familiares**. Com isso, foram feitas novas rotinas, como por exemplo, local para o familiar realizar suas refeições separado dos demais acompanhantes e o uso de avental e máscara durante todo o tempo que permanecesse ao lado da criança. **Ensinamos** paramentação e desparamentação, a higienização das mãos e, principalmente, a restrição de ficar circulando pelo Hospital desnecessariamente.

E foi no domingo de Páscoa que Carlos **começou a melhorar**, a febre reduziu e desapareceu, os parâmetros ventilatórios foram reduzidos com sucesso, a saturação de oxigênio era satisfatória, as imagens do raio-x de tórax estavam “menos brancas” e **dez dias após** estávamos prontos para extubá-lo. Com muito medo, pois não tínhamos tido esta experiência ainda, mas prontos e felizes.

Foi um sucesso, e graças ao intenso trabalho em equipe após a extubação Carlos só apresentou melhoras. **Ver o sorriso no rosto de Maria não teve preço**, ver que você não perdeu para esse vírus mortal não teve preço e **ver Carlos dando alta do Hospital abraçado a sua Mãe** é uma imagem que ficará em nossas memórias.

Mas agora isso tudo é história e com um final feliz...

Acredito que você ficou com algumas curiosidades, tipo: Como ocorreu um resultado do exame diferente entre o LACEN e o Hospital referência de COVID-19? ou O que será que a Mãe falou no ouvido de Carlos antes de ir para casa do feriado de Páscoa? ou A mãe foi coletada para saber se tinha COVID-19 em algum momento da internação do filho?

Começaremos pelo resultado diferente dos exames, o que aconteceu? Ocorreu o que chamamos de evento adverso, **do tipo incidente com dano**; pois foram trocados os resultados entre o do paciente e de um funcionário do hospital. O evento foi encontrado pela Gerência de Risco do Hospital que trabalha com a Segurança dos Pacientes. **A Gerência de Risco**, após as notificações necessárias, realizou um trabalho com todos os setores envolvidos e modificou o processo interno de recebimento e de retorno dos resultados dos exames, os novos protocolos foram criados e listas de verificação (dupla checagem) foram estipuladas dentro do laboratório de exames.

Mas o que a Mãe falou para Carlos ao pé do ouvido? Ela nos contou...

“Fui à beira da cama dele e falei: Meu filho se for a tua vontade partir, vai tranquilo. Vamos sentir, mas você não ficará sofrendo. Mas se for a tua vontade ficar entre nós, luta! Não dormi aquela noite com medo de que me ligassem com uma notícia ruim.”

ACREDITAMOS QUE ELE A OUVIU E DECIDIU LUTAR!

Durante os **35 dias de internação**, Maria foi informada de que só coletaria o exame para o coronavírus se apresentasse sintomas da doença e que não poderia acompanhar o filho nestas condições. Então, quem dera que todas as Mães fossem tão cuidadosas e disciplinadas quanto Maria, seguindo todas as nossas orientações, auxiliou outros familiares que estavam na mesma área, auxiliou em todos os cuidados com o filho e nunca apresentou nenhum sintoma respiratório, inclusive nunca se queixou de nada, acima de tudo por estar ali. Deixamos registrado aqui que após alguns dias da alta hospitalar Maria coletou o COVID-19 pelo seu município e o resultado veio negativo.

O que se aprende com toda essa história?

Acreditávamos que estávamos preparados para ver pessoas morrerem em nossos leitos, porque isso acontece constantemente dentro de uma UTI, mas **na verdade não estamos e nunca estaremos** prontos para ver pessoas morrerem de uma maneira precoce, sem explicação e sozinhas. Isso tudo traz a nossa sensação de finitude, sendo impossível não ser empático e pensar que pode ser com você ou algum familiar amado.

Nos mostra também, que mesmo com muito conhecimento técnico-científico e com todas as tecnologias disponíveis não podemos garantir a sobrevivência de outra pessoa, existe uma força maior que nos tira este poder.

Nos ensina a lição de **sermos humanos**, de **mantermos as relações afetivas** e de **nunca separar uma mãe de um filho**, porque temos a certeza de que uma mãe prefere o risco do contágio a abandonar o seu filho.

E o melhor, com esta experiência mostramos que é viável e possível manter o familiar junto na internação sem ele se contaminar.

Obrigada Maria e Carlos por terem confiado no nosso trabalho e nos tornarem pessoas melhores!



Carlos, Maria e Enfa Sabrina no dia da alta...

Sabrina dos Santos Pinheiro. Enfermeira Assistencial UTIP/ SEPED/HCPA. Enfermeira Titulada Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica/ABENTI. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente-FAMED/UFRGS. Membro do Departamento de Enfermagem AMIB 20/21 e da ABENEURO 21/22. Sócia proprietária Nursesped: Consultoria e Educação em Enfermagem Ltda.



Data de publicação: 19/05/2021

Enfermeira no Ministério da Saúde durante a pandemia

Andrezza Serpa Franco

Doutora em biociência e Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UNIRIO

Professora do Departamento Médico Cirúrgico da UERJ

Cedido atualmente para o Ministério da Saúde

Diretora do Departamento de Gestão de Ações Estratégicas da Secretária de Atenção Especializada a Saúde

<https://www.ufrgs.br/levi/ministerio-da-saude-pandemia/#page-content>

Recebi o convite da UFRGS para dissertar um pouco sobre a minha vivência nesses 312 dias de Ministério da Saúde até a data de hoje (19/05). Literalmente sai da beira do leito cuidando de pacientes COVID-19 no Instituto Nacional de Cardiologia no Rio de Janeiro para atuar na gestão da Secretaria de Atenção Especializada a Saúde, que formula e monitora políticas públicas para média e Alta complexidade.



Fotografias retiradas saindo do Instituto Nacional no Rio de Janeiro (INC) e chegando no Ministério da Saúde (MS) em Brasília/DF.

Gosto de demonstrar essa fotografia, pois recebi a ligação no final de Maio e em Junho de 2020 estava no Ministério da Saúde. Foram “gigantes” os desafios, desde mais simples compreensão a mais complexa sobre o funcionamento do SUS.

Sempre achei que conhecia o SUS por trabalhar para ele desde que me formei ... Mas estamos longe de conhecer a magnitude que significa você atuar em macro políticas, conhecer diferentes culturas , viajar o país inteiro e ainda assim ter a sensação que você não conhece na total plenitude como se faz saúde em muitos lugares deste vasto país chamado Brasil...

Assim que cheguei no Ministério da Saúde, fui chamada para coordenar o monitoramento de medicamentos de intubação orotraqueal (IOT) para evitar o risco de desabastecimento desses medicamentos, uma vez que o consumo não estava sendo suprido pela indústria Nacional. E esse foi meu primeiro e grande desafio...

Minha realidade anterior ao Ministério da Saúde (MS) era fazer gestão destes medicamentos dentro da Unidade de Terapia Intensiva que atuava, mas no MS você não cuida da sua Unidade de Terapia Intensiva, você simplesmente monitora o estoque de todas as Unidades de Terapia Intensiva do país e ainda precisa ser capaz de dar publicidade e transparência a todas as ações relacionadas.



Reunião da Comissão Externa de Enfrentamento a COVID-19 e participação na coletiva sobre medicamentos de Intubação orotraqueal (IOT). Brasília, DF.

Esse desafio me trouxe muita maturidade no processo de como realmente funciona o sistema tripartite, onde você precisa articular com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde para conseguir fazer o levantamento desses estoques na “ponta da linha” e ainda articular com a ANVISA para conseguir fazer as indústrias enviarem semanalmente a produção e venda dos medicamentos..

Depois da articulação, exerço meu papel principal que é de monitorar os estoques nacionais e monitorar a produção das indústrias, realizando uma série de ações e notas técnicas para subsidiar o Ministério da Saúde a comprar medicamentos no exterior, realizar ata de registro de preço, novos pregões ...

Esse trabalho foi desafiador, mas conseguimos levar o gerenciamento de enfermagem para as macropolíticas e em especial de medicamentos de intubação orotraqueal.

Mas os desafios não param... e quando achamos que o número de casos havia reduzido, ocorre o incidente com Manaus pela falta de Oxigênio. Recebi a ligação em um domingo e na segunda estava na pista da aeronave transportando doentes por meio da Evacuação Aeromédica (EVAM), que até então eu só conhecia em situações extremas televisionadas.

INTERMINISTERIAL
MS E MD

CHECK DE "PORTA"



ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO



REVISAO DA AERONAVE

Fotografias de ações realizadas na EVAM em Manaus/AM. Fonte: Acervo da autora, 2021.

Além de efetivamente coordenar e transportar pacientes, segui na busca , por no meio do "CAOS", organizar os processos elaborando *check-list* da aeronave , elaboração de nota técnica com organização de fluxos e processos de gerenciamento de risco.



Fotografias de ações realizadas na EVAM em Manaus/AM. Fonte: Acervo da autora, 2021.

Mas com a sensação que sabia fazer o que sempre aprendi na beira do leito das Unidades de Terapia Intensiva que passei na minha vida: Cuidar do indivíduo, que além de um grave acometimento estava deixando sua residência , sua família para tentar uma oportunidade de conseguir oxigênio em outro estado com total apoio do Ministério da Saúde e do Ministério da Defesa .

Com a maturidade de aprender a gerenciar crise como esta vivida em Manaus, que além da pandemia de covid-19, aprendemos a realizar EVAM em outros estados, como Rondônia e ainda conhecer e aprender o transporte que a FAB já faz com tanta maestria de pacientes gravemente enfermos.



Fotografia da primeira EVAM em Rondônia. Fonte: Acervo da autora, 2021.



Fotografias das visitas a aeronave de UTI para nova missão de transporte de pacientes gravemente enfermos. Manaus/AM. Fonte: Acervo da autora, 2021.

E com todo apoio que oferecemos, na volta depois de muito cansados e da árdua luta, hora de relembrar o que aprendemos na faculdade: Aprimoramento dos registros. Graças a todos os registros, relatórios e ações, aprendi no Ministério da Saúde a realizar o “enfrentamento” dos órgãos regulatórios, apresentando registros e fatos.

Foram inúmeras audiências em Ministério Público Federal, Procuradoria Geral da União, Tribunal de Contas da União e Supremo Tribunal Federal.

E sim Um enfermeiro consegue com muita tranquilidade e principalmente segurança demonstrar a evolução do seu trabalho, a sua entrega e a sua constante dedicação aos órgãos regulatórios .

Essas foram algumas de muitas experiências vivenciadas no Ministério da Saúde até aqui e posso garantir para vocês que somos capazes de ir muito além do que nós mesmos conhecemos, basta que sejamos desafiadas por algo que ainda não conhecemos: O vírus da COVID-19.

Andrezza Serpa Franco



Data de publicação: 20/05/2021

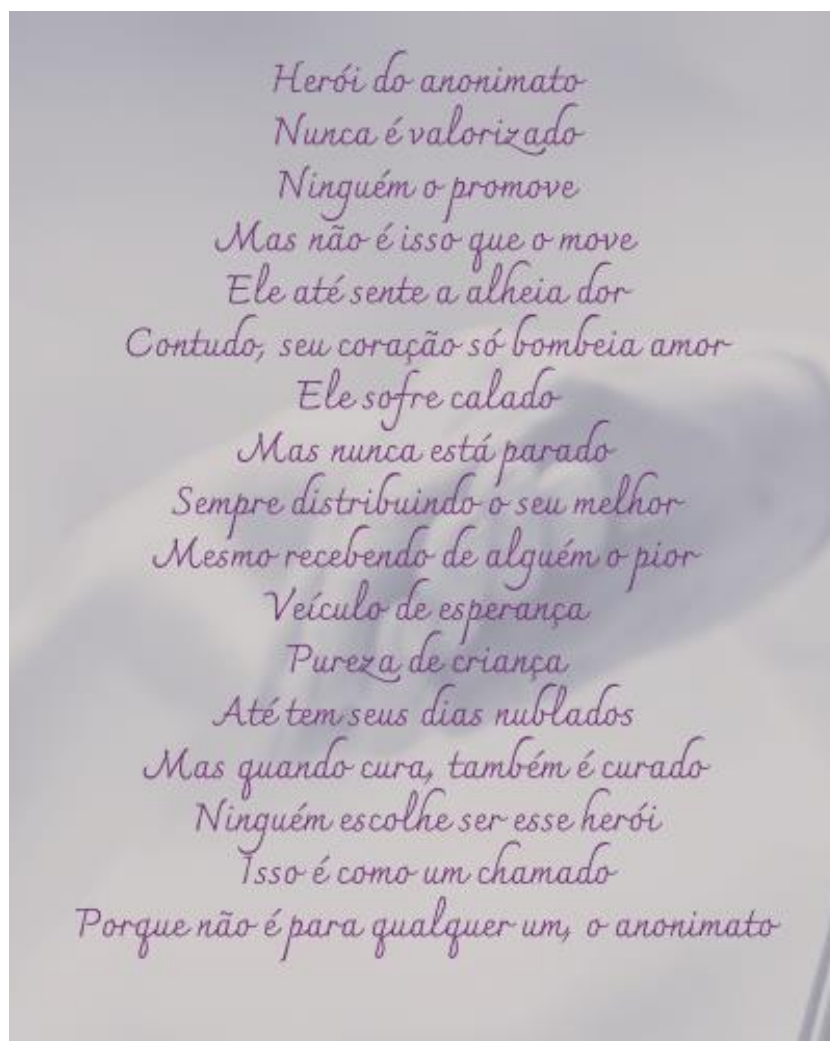
Homenagem aos Técnicos de Enfermagem

Alessandra Vaccari

Profa Dra Cecília Drebes Pedron

<https://www.ufrgs.br/levi/homenagem-20-maio/#page-content>

Hoje queremos iniciar nossa página com uma reflexão em formato de poema, escrito por Victória Brandão¹.



Victória, escreveu esse poema no início da Pandemia da COVID-19 sobre toda a Equipe da Enfermagem; entretanto, nos meses posteriores a figura do Enfermeiro foi bastante lembrada pela população; mas e o Técnico e Auxiliar de Enfermagem? A maioria das vezes continuou no anonimato...

Estes profissionais são o alicerce do trabalho do Enfermeiro.

No Brasil, o Cuidado de Enfermagem associa os esforços destas três categorias profissionais, que trabalham em simbiose para a realização de uma assistência de qualidade e com segurança a todos os envolvidos. E como equipe precisam lidar diariamente com desafios, como: a falta de EPIs, a falta de apoio da sociedade, as longas jornadas de trabalho, a má remuneração e a baixa no número de profissionais nos ambientes de trabalho.

Portanto, neste dia, o LEVi quer homenagear **exclusivamente os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem de todo o país**, e dizer que vocês são importantíssimos em todos o processo do cuidado, a dedicação e a parceria profissional de vocês são imprescindíveis e fundamentais para a atuação do Enfermeiro.

Enquanto acadêmia deixamos todo nosso reconhecimento à vocês e destacamos a importância de sermos uma grande Equipe!

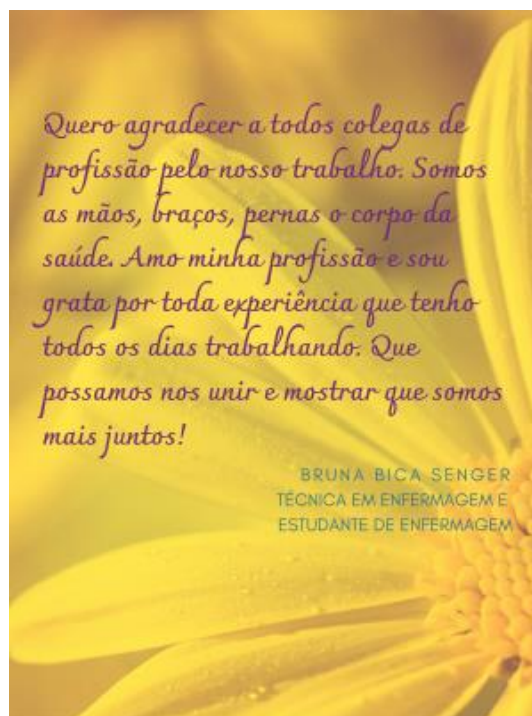
Para isso, durante a Semana de Enfermagem do LEVi 2021, solicitamos a comunidade que nos enviassem algumas frases....

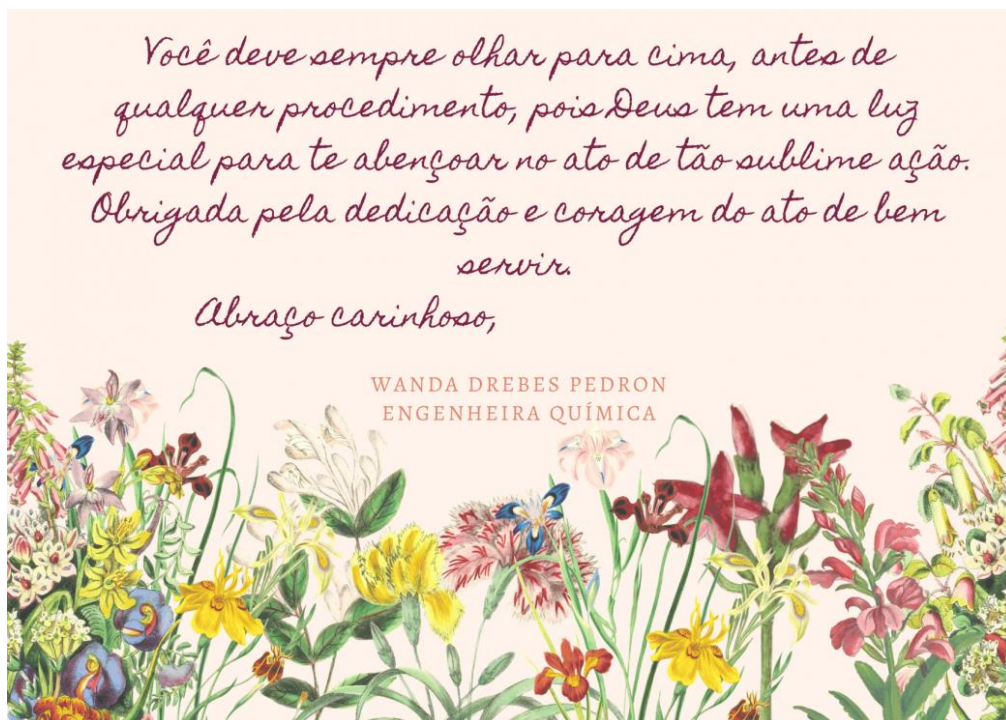
E recebemos mensagens lindas e emocionantes para essa homenagem...

Parabéns a todos vocês pelo dia de hoje e #gratidão por tanto sempre!



Queridos parceiros de trabalho, diante de um ano tão difícil e com tantos desafios, meu desejo para os técnicos de enfermagem, em especial a equipe de enfermagem da Hemodinâmica/Hospital Conceição, é de momentos melhores, mais habilidades e sabedoria por esta profissão tão valerosa.
Enfermeira Joice Evaldt





DIA NACIONAL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Aos colegas técnicos de enfermagem da Neo-HCPA que aceitam o desafio de ter em suas mãos a responsabilidade da saúde dos bebês e compartilhar emoções a cada evolução dos pequenos, nossos parabéns!

Agradecemos por toda a dedicação!

Profª Virginia Profª Márcia

Complementaridade, colaboração, conhecimento, confiança e ciência: a parceria entre técnicos de enfermagem e enfermeiros garante o melhor cuidado humanizado!

Parabéns e muito obrigada a todos TE que fazem a Enfermagem cada vez mais forte.

Profa. Anne Marie Weissheimer

20 de maio

Dia do Técnico e do Auxiliar em Enfermagem

Hoje, nossos parabéns vão para a Carmen Salerno, nossa auxiliar em enfermagem e técnica em simulação.

Você é a base de todo trabalho realizado no laboratório.

O que seriam dos nossos manequins e materiais sem tua experiência e habilidades?

#gratidão #parabens #lapenfufrgs

20 de Maio
Dia do Técnico de Enfermagem

Parabéns!

No dicionário do coração de todo Enfermeiro, o significado da palavra amor é Técnico de Enfermagem.

TIANE
marcel
INSPIRAÇÃO & ATITUDE

Queremos agradecer a todos que participaram enviando as suas frases para essa homenagem. E para quem não conseguiu participar, não tem problema, ainda dá tempo, deixe aqui registrado a sua homenagem nos comentários!

Referência

1 COREN/SP. Comunicação. Estudante de enfermagem escreve poema em homenagem à atuação da categoria. [on-line] 06 abr 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/estudante-de-enfermagem-escreve-poema-em-homenagem-a-atuacao-da-categoria/>. Acesso em: 19 mai 2021.



Data de publicação: 24/05/2021

Conheça alguns motivos para amamentar seu filho!

Prof. Dra. Cecília Pedron

Acad. Enf. Ayume Oliveira Yamamoto

Acad. Enf. Rafaela da Silva Cruz

Acad. Enf. Isabelle Souza Chies

Acad. Enf. Rafaela Linck Davi

Quando se fala em **saúde da criança**, a amamentação é essencial, principalmente em seus primeiros meses de vida em virtude de seus inúmeros benefícios como (ALMEIDA;LUZ;UED,2015):

Fator nutricional;

Emocional;

Imunológico;

Eeconômico-social;

Também para a saúde da mãe.

O Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam amamentar exclusivamente até os 6 meses, além de ser utilizado principalmente como fonte de alimento provê **proteção contra infecções gastrointestinais e ao sistema imune**. O aleitamento materno precoce, realizado dentro de 1 hora após o parto, **protege o recém-nascido de adquirir infecções e reduz a mortalidade neonatal**, assim diminuindo o risco de mortalidade causado por diarreia e outras infecções que pode aumentar em bebês que são parcialmente amamentados ou que não amamentaram (BRASIL,2021).

Além de **proteção**, o leite materno proporciona **energia e nutrientes** para crianças de 6 a 23 meses, ainda pode oferecer metade ou mais das necessidades de energia de uma criança entre as idades de 6 e 12 meses, e um terço das necessidades de energia entre 12 e 24 meses (OPAS/OMS,2020). Crianças que foram amamentadas apresentam **menos risco de desenvolver asma, diabetes e obesidade** mesmo depois que elas param de receber leite materno. Juntamente com os **benefícios nutricionais e imunológicos**, a amamentação auxilia no **desenvolvimento facial da criança**, indispensável para fortalecimento da musculatura da face, para que desenvolva a fala e tenha uma boa respiração (SAÚDE, 2021).

••••• **Para amamentação atingir seus objetivos precisamos saber** •••••

Incentivar o aleitamento materno é investir na saúde e no desenvolvimento da criança, que no futuro será um adulto saudável e que irá contribuir para o crescimento do país. É importante que a **família e a rede de pessoas** que cercam essa mãe que amamenta criem um ambiente propício e favorável, para que ela possa realizar o aleitamento materno, que contenha proteção, promoção e incentivo à amamentação (SAÚDE, 2020).

Foi criado o “**Agosto Dourado**” como mês do aleitamento materno, instituído pela Lei 13.435/2017 (BRASIL, 2017), para reforçar a amamentação e seus benefícios oferecidos tanto para mãe quanto para o bebê, e que o reflexo do aleitamento materno é visto durante o crescimento dessa criança até a vida adulta (SAÚDE, 2020).

Infelizmente nem todas as parturientes conseguem realizar o aleitamento materno, então foi criado os bancos de leites, o primeiro **Banco de Leite Humano** (BLH) foi em 1943 no país, já em 1981 foi se implantando o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) como principal objetivo de apoiar as mulheres com dificuldade para amamentar seus bebês, associando ações de incentivo e proteção à amamentação, e promover a doação de leite por mulheres com produção de leite excessiva de maneira voluntária (FREITAS et al, 2015). Uma das principais prioridades do BLH é dar assistência às mães de recém-nascidos pré-termo e de baixo peso internados em unidades hospitalares (GIULIANI, 2002).

Para realizar a doação, além de produção em excesso, a doadora tem que estar saudável, não utilizar medicações que sejam impeditivos de doar e se tem que estar disposta a ordenhar. A doação de leite materno é regulada pela RDC Nº 171, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Antes que esse leite seja distribuído, ele passa por uma análise, é pasteurizado e submetido a um rigoroso controle de qualidade. Após todo esse processo, é feito o compartilhamento de acordo com as necessidades de cada recém-nascido internado (BRASIL, 2021).

• • • • • | **Dificuldades existem sim e podem ser superadas!** | • • • • •

Muitas mulheres **idealizam ou até “romantizam”** a amamentação e **acabam se frustrando** quando se deparam com a realidade. O aleitamento materno é lindo e extremamente importante, não apenas para a nutrição da criança, mas também pelo **vínculo afetivo mãe-bebê**. Os profissionais da saúde possuem o papel de orientar estas mães da melhor forma possível, pois os fatores que levam ao desmame precoce são multifatoriais (CAMPOS, 2018).

São **inúmeras dificuldades** que as puérperas enfrentam, incluindo fatores psicoemocionais, na qual possuem **a crença do leite ser insuficiente; levando ao desmame precoce** (LIMA, 2020). A **sucção ineficaz ou pega inadequada** são problemas importantes na amamentação, podendo ser pelo **mau posicionamento** do bebê, ou **pela utilização de chupetas e mamadeiras** (o que leva à confusão de bicos), ou por outros motivos também. No **ingurgitamento mamário**, há três componentes básicos em que ocorrem causando a compressão dos ductos lactíferos e dificultando a saída do leite:

O aumento da vascularização da mama;

A retenção de leite nos alvéolos;

Edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático.

O leite acumulado na mama seria o chamado “leite empedrado” por ser mais viscoso. É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico (normal) do patológico (mais frequente em primíparas) (BRASIL, 2015).

Dor nos mamilos é comum nos primeiros dias após o parto; a persistência após a primeira semana, e em casos de mamilos machucados já deve-se haver uma intervenção e manejo para a melhora. Pois o trauma mamilar, podendo ser expresso de diversas formas, é uma importante causa de desmame. São sinais:

Eritema;

Edema;

Fissuras;

Bolhas;

“Marcas” brancas, amarelas ou escuras;

Hematomas ou equimoses.

A **Candidose** (candidíase, monilíase) é uma infecção da mama por *Candida sp*, sendo bem comum no puerpério. Esta pode atingir só a pele do mamilo e da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. O fenômeno de Raynaud, seria uma isquemia intermitente causada por vasoespasmos, que normalmente acomete os dedos das mãos e pés, e também pode acometer os mamilos. Ocorre devido à exposição ao frio, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante; podendo ser confundida com candidose pela dor em “fisgadas” e queimação (BRASIL, 2015).

Outro problema recorrente é o bloqueio de ductos lactíferos que ocorre quando o leite não é drenado adequadamente. Sendo as causas: quando a amamentação é infrequente, quando a criança não está conseguindo obter uma mamada eficiente, ou pode ser causado também por uma pressão existente no local. A mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, podendo ou não progredir para uma infecção bacteriana. Obtendo a estase do leite, uma resposta inflamatória e dano tecidual, acaba favorecendo a instalação de infecção: comumente pelo *Staphylococcus (aureus e albus)* e ocasionalmente pela *Escherichia coli* e *Streptococcus (α -, β - e não hemolítico)*, na maioria das vezes a porta de entrada da bactéria é a lesão mamilar. Este problema então pode ser uma mastite infecciosa ou não-infecciosa. O abscesso mamário normalmente, é causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. A Galactocele é uma formação cística nos ductos mamários que contém líquido leitoso, inicialmente é fluido e com o tempo fica com aspecto mais viscoso. Pode ser exteriorizado por meio do mamilo e deve ser extraído cirurgicamente porque o cisto enche novamente após a realização de aspirações (BRASIL, 2015).

Com a existência de todos estes problemas relacionados à amamentação é de extrema importância que a mãe tenha um **apoio da equipe de enfermagem e multiprofissional** à esta assistência ao aleitamento, pensando em todos os quesitos. A puérpera deve obter o máximo de apoio em razão de sua vida cotidiana também, sendo o retorno ao trabalho uma causa importante de desmame (CAMPOS, 2018).

• • • • • • • • • • • • • • • • **E na pandemia? Como fazer?** • • • • • • • • • • • • • • • •

Com a pandemia de Covid-19, **muitas dúvidas surgiram** em relação à amamentação caso as mães estivessem positivadas para o vírus. O Ministério da Saúde (2020), elaborou um documento

intitulado “[Perguntas Frequentes – Amamentação e COVID-19](#)” ([acesse](#)), que aborda dúvidas que podem auxiliar a mulher e sua rede de apoio para fazer uma manutenção do aleitamento materno. Conforme as evidências científicas, até o momento da publicação do documento, não haviam casos de transmissão do novo coronavírus através da amamentação e, assim, não há qualquer motivo para evitar a amamentação (BRASIL, 2020).

Entretanto, caso a **mãe esteja positivada para o coronavírus, deve-se tomar algumas medidas de precaução**, para evitar a transmissibilidade. Nesse caso, as indicações são:

higienizar as mãos com água e sabão ou álcool em gel 70% antes de tocar no bebê ou antes de retirar leite materno de forma manual ou por bomba extratora;

usar máscara de forma correta – cobrindo nariz e boca – durante as mamadas, evitando falar ou tossir durante a amamentação.

Vale lembrar que a substituição das máscaras deve ocorrer imediatamente em caso de espirros ou tosse ou a cada mamada (BRASIL, 2020).

Se uma mãe positivada ou suspeita de Covid-19 não puder ou não quiser amamentar, as melhores alternativas são a retirada do leite materno manualmente ou por bomba, realizando a higienização das mãos, mamas e da bomba de forma correta. O leite materno retirado será ofertado à criança referencialmente utilizando um copo e/ou colher limpos pela própria mãe, caso seja do seu desejo e tenha condições clínicas para isso (BRASIL,2020).

Amamentar é dedicar-se, é fortalecer o vínculo mãe-bebê, é prover imunidade, nutrição, amor e acima de tudo auxiliar o bebê a desenvolver-se de forma adequada e saudável!

Fácil? Não....

Importante? MUITO!!!

Referências:

- ALMEIDA, Jordana Moreira de; LUZ, Sylvana de Araújo Barros; UED, Fábio da Veiga. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. Revista Paulista de Pediatria, vol. 33, nº 3, pág. 355–362, conjunto. 2015. DOI 10.1016 / j.rpped.2014.10.002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>.
- BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Global de Bancos de Leite Humano. Doação de leite humano. 2021. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/doacao-de-leite-humano-0>. Acesso em: 28 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Mês do Aleitamento Materno no Brasil e Semana Mundial da Amamentação. 31 jul. 2020. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/ultimas-noticias/3258-mes-do-aleitamento-materno-no-brasil-e-semana-mundial-da-amamentacao>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília – DF. 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Perguntas Frequentes – Amamentação e COVID-19. 29 Mai. 2020.
- BRASIL. Opas. Oms/Brasil. Benefícios da amamentação superam riscos de infecção por COVID-19, afirmam OPAS e OMS. 2021. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6267:beneficios-da-amamentacao-superam-riscos-de-infeccao-por-covid-19-afirmam-opas-e-oms&Itemid=820. Acesso em: 28 mar. 2021.

BRASIL. Secretaria-Geral. LEI Nº 13.435. Institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno. 12 abril. 2017.

CAMPOS, A.R. DOR MAMÁRIA NA AMAMENTAÇÃO: OS DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA/PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/FACULDADE DE MEDICINA. 2018. Disponível em:

<<http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24387/5/DorMamariaAmamentacao.pdf>>.

FREITAS, Maria Imaculada de Fátima et al . Doação de leite humano na perspectiva de profissionais da atenção primária à saúde. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 301-306, Sept. 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000300301&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2021. Epub Sep 30, 2019. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900030408>.

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil: tecnologia para exportar. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 78, n. 3, p. 183-184, 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000300001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572002000300001>.

LIMA, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa et al . Consultoria em amamentação durante a pandemia COVID-19: relato de experiência. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 24, n. spe, e20200350, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000500602&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Mar. 2021. Epub Dec 16, 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0350>.

LIMA, E.C.A. Aleitamento materno: Desafios enfrentados pela parturiente no processo de amamentação. Brazilian Journal of Development. 08 out. 2020. Curitiba, v.6, n.11, p. 87188-87218. DOI:10.34117/bjdv6n11-225.

SAÚDE. Biblioteca Virtual em. Mês do Aleitamento Materno no Brasil e Semana Mundial da Amamentação. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3258-mes-do-aleitamento-materno-no-brasil-e-semana-mundial-da-amamentacao>. Acesso em: 26 mar. 2021.



Data de publicação: 28/05/2021

Alterações fisiopatológicas das pessoas idosas: suscetibilidade a Infecção pelo coronavírus e complicações para COVID-19

Profa. Letice Dalla Lana

Profa Cenir Gonçalves Tier

Profa Daiane Porto Gautério Abreu

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Acad. Aline Neutzling Brum

Acad. Juliana Piveta de Lima

Acad. Camila Goulart Magrosi Nobre

<https://www.ufrgs.br/levi/alteracoes-fisiopatologicas/#page-content>

O processo de envelhecimento compreende uma série de alterações fisiopatológicas que tornam as pessoas idosas mais suscetíveis à infecção pelo Coronavírus e complicações da COVID- 19. Dentre as alterações destacam-se:



Alterações no sistema gastrointestinal: Nas pessoas idosas, a deglutição pode estar alterada em decorrência do próprio processo de envelhecimento. Como resultado, o idoso pode apresentar disfagia, que é um distúrbio em que se percebe presença de tosse e engasgos, dentre outros fatores (SANTOS et al, 2018). Consequentemente, ao vivenciar essa situação, a pessoa idosa costuma utilizar as mãos, levando-as até a boca, aumentando, assim, o risco de contágio do Coronavírus.



Alterações nos órgãos do sentido: As pessoas idosas costumam apresentar também queixas de olhos secos, irritação conjuntival e lacrimejamento, que ocorre reflexamente. Essas alterações são decorrentes da ceratoconjuntivite sicca ou síndrome do olho seco, uma doença ocular multifatorial caracterizada pela diminuição na produção das lágrimas ou pelo aumento na sua evaporação (PEREIRA, 2017). Dessa maneira, as pessoas idosas costumam levar as mãos nos olhos e utilizar lenços, que, se não forem higienizados corretamente, aumentam o risco de contaminação pelo Coronavírus.



Alterações no sistema imunológico: O sistema imunológico das pessoas idosas tem menos células de defesa. Com o envelhecimento, há uma diminuição de células T ou linfócitos T, que são responsáveis por reconhecer patógenos e estimular a resposta imunológica (ALVES, BUENO, 2019). Assim, a resposta imune ao novo coronavírus pode ser diminuída.



Alterações no sistema músculo-esquelético e respiratório: Ocorre uma progressiva redução dos espaços intervertebrais com o aumento da cifose torácica. Essa alteração na curvatura do tórax reduz os espaços intercostais, o que interfere na expansibilidade pulmonar e na capacidade volumétrica torácica (PEREIRA et al, 2017), contribuindo para o agravamento do quadro da COVID-19 nas pessoas idosas quando infectadas

São verificadas, também, diminuição da força da musculatura respiratória, provocando perda da capacidade inspiratória e expiratória, além da diminuição da capacidade intrínseca de tosse e expectoração (PEREIRA et al, 2017), podendo levar a quadros mais graves da COVID-19 na pessoa idosa.

Além das alterações fisiológicas, as pessoas idosas geralmente apresentam doenças crônicas que podem contribuir para o agravamento e complicações de quadros de COVID-19. Cerca de 70% das pessoas idosas possuem, pelo menos, uma doença crônica não transmissível, sendo as mais prevalentes o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial (SBC, 2020, SBD, 2020).

Pessoas idosas com Diabetes Mellitus estão mais sujeitas a desenvolverem os sintomas mais graves de COVID-19, pois o excesso de glicose causa uma diminuição da ação dos leucócitos (células de defesa). Além disso, o processo inflamatório nesses pacientes é mais exacerbado, causando sobrecarga do sistema imunológico. Com isso, os sintomas de infecção demoram a aparecer e o sistema imunológico não responde adequadamente (SBD, 2020).

Já nas pessoas idosas com Hipertensão Arterial Sistêmica, o COVID-19 provoca anulação da ação de medicamentos para controle da pressão arterial. Ainda, o vírus pode afetar o músculo cardíaco, que já está sobrecarregado pela condição crônica, causando miocardite (inflamação do miocárdio) e tornando o quadro mais grave. Os idosos que possuem HA ou DM devem estar, além do mais, com a pressão arterial e a glicemia controladas (SBC, 2020).

Portanto, além de seguir as orientações básicas para evitar a disseminação do vírus, como lavar as mãos, utilizar álcool gel, evitar aglomerações e ficar em casa, dentre outras, devemos incentivar as pessoas idosas a adotarem práticas que fortaleçam seu sistema imunológico, como estimular a ingestão hídrica e a alimentação rica em vitaminas, minerais e compostos bioativos, desencorajar idas desnecessárias aos serviços de saúde e manter o calendário vacinal atualizado.

Ainda, os pacientes que possuem Hipertensão Arterial Sistêmica ou Diabetes Mellitus devem estar com a pressão arterial e a glicemia controladas.

Referências

- ALVES, A.S.; BUENO, V. Imunosenescência: participação de linfócitos T e células mieloides supressoras nas alterações da resposta imune relacionadas ao envelhecimento. *Einstein* (São Paulo), v.17, n.2, 2019.
- PEREIRA, S.R.M. Fisiologia do envelhecimento. In: *Tratado de geriatria e gerontologia/Elizabeth Viana de Freitas, Ligia Py.* – 4. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- SANTOS, B.P. et al. Disfagia no idoso em instituições de longa permanência: revisão sistemática da literatura. *Rev. CEFAC*, v.20, n.1, p;123-30, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Nota de esclarecimento Infecção pelo Coronavírus 2019 (COVID-19), 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Notas de esclarecimentos da Sociedade Brasileira de Diabetes sobre coronavírus (COVID-19), 2020



Data de publicação: 01/06/2021

As práticas integrativas e complementares durante a pandemia provocada pela COVID-19

Profa. Letice Dalla Lana

Profa. Claudete Moreschi

Profa. Maria Helena Gehlen

Profa. Ana Karina Tanaka

Acad. Enf. Livia Temp Falcão

Acad. Enf. Jaime Coffi de Souza

Acad. Enf. Jamille Loiuise Bortoni de Oliveira Lopes

<https://www.ufrgs.br/levi/as-praticas-integrativas-e-complementares/#page-content>

A pandemia provocada pelo Sars-CoV-2 e o conseqüente avanço da doença COVID-19 no contexto brasileiro, provocou a reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) fomentando a adoção das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) à saúde da população e dos profissionais de saúde.

As PICS são consideradas como recursos terapêuticos que estimulam o bem estar e valorizam a essência da pessoa em seu contexto biopsicossocial a partir dos conhecimentos tradicionais, visando a integralidade do cuidado humanizado na promoção, proteção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2015).

Inseridas nos objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) (BRASIL, 2015), às PICS devem ser efetivadas prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS) (BARBOSA, et. al, 2020), em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) com expansão progressiva para RAS.

Durante a pandemia, o acesso à informação por meio da tecnologia e comunicação, permitiu que as pessoas utilizassem pelo menos uma das PICS em sua nova rotina de vida. A musicoterapia alivia tensões e produz sensações boas (OLIVEIRA; LIMA; FARIAS, 2020), enquanto que a aromaterapia, fortalece o sistema imunológico, oportuniza equilíbrio emocional e melhora o sistema respiratório pelo relaxamento da musculatura corporal (NASCIMENTO; PRADE, 2020). Práticas como Reiki, amplamente realizadas à distância, minimizam a ansiedade ao proporcionar o bem estar físico e mental ao indivíduo (NASCIMENTO; et al.,2020).

Neste sentido, as práticas oportunizam uma integração do autocuidado com o ambiente/natureza estimulando autoestima e autocontrole de saúde de modo humanizado e integral, minimizando conseqüências provocadas pelo isolamento social. As PICS se destacam uma vez que contribuem com a

racionalização das ações de saúde, sendo consideradas práticas inovadoras e sustentáveis de atenção à saúde.

Atualmente, o SUS integra gratuitamente 29 PICS na Rede de Atenção à Saúde (FIGURA 1). Algumas PICS incluem produtos amplamente comercializados e disponibilizados na sociedade que permite ampliação do uso das práticas integrativas pela população. Contudo, a desinformação do manuseio e consumo dos produtos pode conduzir a não-conformidades em seus resultados. Além disso, a ausência de monitoramento e avaliação dos produtos e serviços pode comprometer a segurança e qualidade da assistência à saúde. Para enfrentar esses desafios é importante seguir as orientações de fontes confiáveis de informações, como aquelas veiculadas pela OMS e o Ministério da Saúde, bem como as informações do Comitê de Enfrentamento do Coronavírus divulgados no site da nossa universidade – UFRGS.



Práticas Integrativas e Complementares disponibilizadas na Rede de Atenção à Saúde.

Deste modo, é necessário, portanto, possibilitar conhecimento e habilidade aos enfermeiros, para que implementem em suas rotinas de trabalho com maior segurança e confiabilidade. Este conhecimento pode ser ofertado no processo de ensino, qualificação profissional (ANDRES, et al., 2020) ou na reorganização curricular das instituições de ensino. A oferta na formação acadêmica do enfermeiro, pode despertar o interesse em adquirir o conhecimento científico acerca das terapias e, ao mesmo tempo, oferecer maior segurança para atuar junto ao SUS e garantir o direito de escolha para os diferentes tratamentos (CORREA; SOARES, MUCCILLO-BAISCH, 2018).

As PICS são consideradas como uma das especialidades do Enfermeiro conforme resolução Nº 0581/2018 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que atualmente, tem representado uma

possibilidade inovadora de atuação diante das necessidades de cuidado provenientes do contexto pandêmico.

Uma vez inseridas na assistência do enfermeiro, as PICS possibilitarão contribuir na visualização da totalidade e singularidade de necessidades de atenção à saúde do usuário, representando uma possibilidade de intervenção de enfermagem (JUNIOR, 2016). Deste modo, a atuação do enfermeiro ao incluí-las potencializará o empoderamento profissional, principalmente ao dispor de um cuidado ampliado à saúde da população, dos profissionais da saúde e instituições de serviço (ALMEIDA et al., 2019).

Referências

- ALMEIDA, Juliane Rosalia de et al. O enfermeiro frente às práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia de saúde da família. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 18, p.e77, Dez. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/77/38>. Acesso em: 17 Abr. 2021
- ANDRES, Fabiane da Costa, et al. Conhecimento de enfermeiros acerca das práticas integrativas e complementares em saúde. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, e969975171, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5171>. Acesso em: 22 Abr. 2021
- BARBOSA, Fernanda Elizabeth Sena, et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00208818, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000105006 & lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 Abr. 2021
- BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica e Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de ampliação de acesso. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 22 Abr. 2021
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Nº 0581/2018, 11 de julho de 2018. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós – Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html. Acesso em: 22 Abr. 2021
- CORREA, Natalia; SOARES, Maria Cristina Flores; MUCCILLO-BAISCH, Ana Luiza. Conhecimento do tema plantas medicinais e fitoterápicos como instrumento tecnológico na formação dos acadêmicos de enfermagem. *VITTALLE- Revista de Ciências da Saúde*, v. 30, n. 2, p. 38-46, set. 2018. Disponível em: <https://www.seer.furg.br/vittalle/article/view/7496/5400>. Acesso em: 22 Abr. 2021

JUNIOR, Emílio Telesi. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, v. 30, n. 86, p. 99-112, apr. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099. Acesso em: 22 Abr. 2021

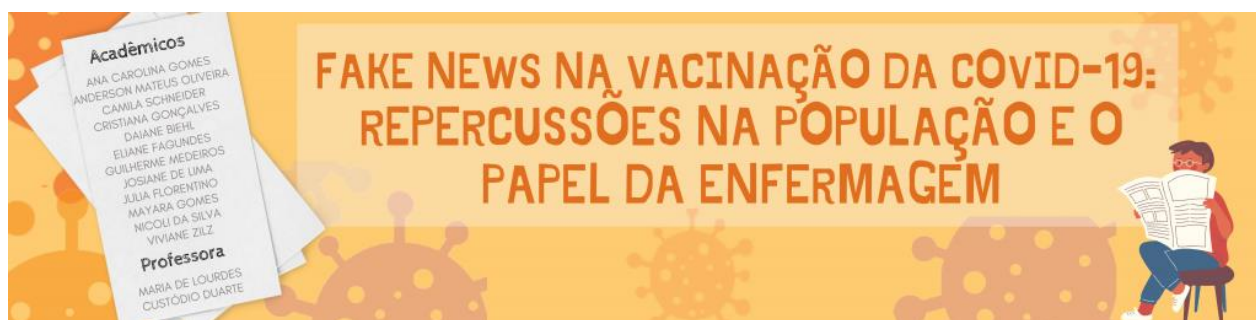
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Práticas Integrativas e Complementares (PICS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics>. Acesso em: 17 Abr. 2021.

NASCIMENTO, Alexandre Aldenes Teixeira de, et al. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde Relato de Experiências. In: JUNIOR, Silvio de Almeida. *Práticas Integrativas E Complementares: Visão Holística e Multidisciplinar*. 1 ed. Guarujá – São Paulo: Editora Científica Digital LTDA, 2020. p. 203-2019. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/books/978-65-87196-61-9.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2021

NASCIMENTO, Alexsandra; PRADE, Ana Carla Koetz. Aromaterapia: o poder das plantas e dos óleos essenciais. *Observa PICS – Especial Cuidado Integral na Covid-19*. n. 2, 2020. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/Cuidado-integral-na-Covid-Aromaterapia-ObservaPICS.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2021

OLIVEIRA, Fernanda Pimentel de; LIMA, Maria Raquel da Silva; FARIAS, Francisca Lucélia Ribeiro de. Terapias integrativas e complementares em situações emocionais na pandemia do COVID-19. *Rev Interdisciplinar*, v. 13, 2020. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1778>. Acesso em: 22 Abr. 2021

RUELA, Ludmila de Oliveira et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4239–4250, Nov. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104239#B3. Acesso em: 17 Abr. 2021



Data de publicação: 14/06/2021

Fake news na vacinação da COVID-19: repercussões na população e o papel da enfermagem

Profa. Dra. Maria de Lourdes Custódio Duarte

Acad. Ana Carolina Gomes

Acad. Anderson Mateus Oliveira

Acad. Camila Schneider

Acad. Cristiana Golçalves

Acad. Daiane Biehl

Acad. Eliane Fagundes

Acad. Guilherme Medeiros

Acad. Josiane de Lima

Acad. Julia Florentino

Acad. Mayara Gomes

Acad. Nicoli da Silva

Acad. Viviane Zilz

<https://www.ufrgs.br/levi/fake-news-na-vacinacao-da-covid-19/#page-content>

A pandemia que estamos vivenciando gerou e continua gerando repercussões em nossa sociedade, sobretudo na área da saúde, com o surgimento de notícias falsas sobre medicações, vacinas e procedimentos. As fake news disseminadas pelas plataformas digitais relacionadas ao SARS-CoV-2 influenciaram o comportamento da população e colocaram em risco a adesão do cidadão aos cuidados cientificamente comprovados (GALHARDI et al, 2021). Perante esta temática, torna-se indispensável trabalharmos para elucidar a sua ocorrência na pandemia, considerando a forma como notícias falsas se espalham rapidamente na era digital em que vivemos.

Como está sendo as repercussões das fake news no processo da vacinação da COVID-19 na população?

Vamos refletir sobre o papel da enfermagem?

Este estudo versa sobre um estudo qualitativo do tipo exploratório, no qual foi utilizado o Método do Arco, que consiste nas seguintes etapas: observação da realidade e, a partir dessa observação, levantar uma situação-problema; definir os pontos-chave que serão estudados; teorização, etapa em que se busca os referenciais teóricos para a construção do estudo; realização de propostas de intervenção na situação-problema; aplicação na realidade (BORILLE et al, 2012). A escolha do tema deu-se a partir de discussões

acerca da COVID-19, durante reuniões com a professora orientadora na disciplina Integradora III vinculada na 7ª etapa do Curso de Enfermagem. As reuniões ocorreram via plataforma Microsoft Teams, seguindo o cronograma da disciplina. Foi realizada uma entrevista com uma enfermeira especialista na área de saúde coletiva no dia 18 de março de 2021, com duração de 26 minutos, via plataforma virtual Google meet, com participação dos discentes abordando as fake news durante a campanha de vacinação contra COVID-19. Além da entrevista, foram utilizadas para pesquisa, as bases do Ministério da Saúde, publicações nos conselhos de enfermagem e também em revistas científicas e mídias sociais.

FAKE NEWS NA PANDEMIA DA COVID - 19

Movimentos contrários ao ato de vacinar não são recentes no Brasil e ocorreram desde 1904 com a “Revolta da Vacina” ao estabelecer a obrigatoriedade da vacinação da população contra a varíola. Este movimento não é tão forte quanto na Europa e nos Estados Unidos, contudo, se fortalece principalmente pelo grande aumento de informações falsas que atualmente circulam pela internet e redes sociais, sustentado em ideias que não possuem base científica e confundem a população trazendo prejuízos tanto individuais quanto coletivos.

De acordo com Galhardi et al (2020) ao analisarmos o fenômeno das fake news em saúde, podemos afirmar que a grande disseminação de notícias falsas, infelizmente, contribui de uma forma surpreendente para o descrédito da ciência e das instituições globais de saúde pública, bem como enfraquece a adesão da população aos cuidados necessários de prevenção, ocasionando incerteza sobre quais fontes podem ser confiáveis, fazendo com que notícias verdadeiras adquiram menor impacto na sociedade, promovam ceticismo, desconfiança e insegurança. Do ponto de vista político, abalam relações entre nações, instituições e pessoas. Na esfera econômica, geram especulações financeiras, dificuldades em acordos comerciais e concorrências injustas (MATOS, 2020; FERREIRA; LIMA; SOUZA, 2021).

Assim sendo, fica evidente que as fake news apresentam um grande papel de prejuízo à sociedade de maneira geral, e combatê-las é uma das principais ações para se manter o estado de bem-estar na população. Além disso, ao evitar a proliferação desse tipo de notícias, minimiza-se o impacto que a informação errônea pode causar, assegurando que não se instaure o caos e a população consiga consumir informações verdadeiras com segurança. Ainda não foi possível mensurar oficialmente quais os impactos que a pandemia do novo coronavírus vem causando no contexto social brasileiro, especialmente no que diz respeito à alfabetização digital, isto é, com relação à conscientização da população na identificação de quais são notícias verdadeiras e de quais são as falsas dentro do ambiente virtual (SOUSA JÚNIOR et al, 2020).

O PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE ÀS FAKE NEWS

A entrevista com a enfermeira especialista nos trouxe que as dúvidas da população envolvem, majoritariamente, a origem das vacinas, ocorrendo certo preconceito com a vacina da Sinovac, por boatos

de que os chineses estariam introduzindo um chip para controle da população. Com os relatos de que a vacina AstraZeneca poderia estar causando coágulos e que alguns países haviam retirado de circulação, a população passou a dizer: “-Só faço se for a coronavac!”. A cada nova fake news, muda o pensamento coletivo, cabendo ao enfermeiro esclarecer essas dúvidas conforme possam ir surgindo: orientar sobre a importância da imunização, principalmente nos grupos de risco; tirar dúvidas da população sobre os canais oficiais disponíveis para denúncia e checagem de informações e notícias. Outro papel do enfermeiro durante o presente trabalho foi o de cuidado prestado após a vacina principalmente esclarecendo as possíveis adversas.

Este trabalho nos ajudou a tomar conhecimento da profundidade das repercussões das fake news na sociedade e que nós, enquanto acadêmicos de enfermagem e futuros enfermeiros, desde já precisamos nos empoderar e munir de conhecimento para agir frente essa realidade. Somos necessários. Somos aqueles que estão presentes no cotidiano das pessoas e nos momentos de maior fragilidade. Somos, juntamente com tantos outros profissionais da área da saúde e educação, responsáveis por impedir que a mentira e a desinformação continuem se espalhando e afetando a população, tão rapidamente quanto o vírus que estamos enfrentando.

Referências

BORILLE, D. C. et al. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 209-216, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Apr. 2021

DE MATOS, R. C. Fake news frente a pandemia de COVID-19. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology) – Visa em Debate*, v. 8, n. 3, p. 78-85, 2020.


DE SOUSA JÚNIOR, João Henriques et al. Da Desinformação ao Caos: uma análise das Fake News frente à pandemia do Coronavírus (COVID-19) no Brasil. *Cadernos de Prospecção*, v. 13, n. 2 COVID-19, p. 331, 2020.

FERREIRA, J. R. S.; LIMA, P. R. S.; SOUZA, E. D. Desinformação, infodemia e caos social: impactos negativos das fake news no cenário da covid-19. *Em Questão*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 30-58, mar. 2021.


GALHARDI, C. P. et al. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4201-4210, 2020.



MONITORIA INDÍGENA NA UNIVERSIDADE PÚBLICA: um relato de experiência no ensino remoto



Acadêmicos de Enfermagem Victor Matheus Santos da Silva; Juliana da Silva Lima;
Janaina dos Santos Prates; Eleonir dos Santos Fidelis;
Profa. Dra. Maria de Lourdes Custódio Duarte.



Data de publicação: 06/08/2021

Monitoria indígena na universidade pública: um relato de experiência no ensino remoto

Profa. Dra. Maria de Lourdes Custódio Duarte

Acad. Enf. Victor Matheus Santos da Silva

Acad. Enf. Juliana da Silva Lima

Acad. Enf. Janaina dos Santos Prates

Acad. Enf. Eleonir dos Santos Fidelis

<https://www.ufrgs.br/levi/monitoria-indigena/#page-content>

A população indígena apresenta marcas de sofrimento histórico devido à apropriação de terras e a exploração do povo, porém mesmo com esses desafios o indígena buscou e ainda busca preservar a sua identidade. Para isso a inclusão do indígena no ambiente universitário é importante através de projetos que visem a sua inserção e boa evolução na academia (PEREIRA; SOUZA, 2018).

Nesse sentido, no âmbito da Universidade, propostas como a monitoria indígena proporcionam a entrada da população indígena na vida acadêmica, permitindo a inclusão social deste grupo na sociedade e o interculturalismo no ambiente universitário. Ações como esta desmistificam preconceitos e promovem o respeito dos acadêmicos frente a diversas culturas (FONTOURA et al., 2017).

A monitoria indígena é um instrumento que favorece uma maior troca de conhecimentos e no auxílio ao aprendizado do monitorado, corroborando com os ideais pedagógicos das graduações. Nesta perspectiva, o presente material pretende contribuir para dar visibilidade ao trabalho do monitor indígena, bem como trazer à tona as questões de ensino e aprendizagem do acadêmico indígena na universidade (ANDRADE et al., 2018).

Como fizemos?

O presente estudo é um Relato de Experiência (RE) formulado através da realização e análise das vivências de quatro monitores da graduação de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no acompanhamento de alunos indígenas na modalidade remota. O ensino remoto trata-se de um movimento de virtualização dos sistemas educativos que foi potencializado em decorrência da necessidade de distanciamento que a pandemia da COVID-19 gerou (MOREIRA; HENRIQUES; BARROS, 2020).

O programa da monitoria indígena tem como principal objetivo contribuir para o sucesso da Política de Ações Afirmativas da Universidade, assegurando melhores condições de permanência e desenvolvimento acadêmico aos estudantes indígenas beneficiados. Além disso, as atribuições do monitor indígena envolvem, dispor de 20 horas semanais; auxiliar o(s) aluno(s) no uso de tecnologias digitais de comunicação; reconhecer e respeitar a identidade étnica do indígena; informar ao professor orientador casos de infrequência e entrega do relatório de atividades aos professores orientadores (CHAVES, 2020).

É importante salientar que além das trocas de vivência que enriquecem a monitoria indígena e do auxílio nas disciplinas que o indígena recebe, há uma bolsa que o monitor recebe. O auxílio na renda é essencial para a grande maioria dos acadêmicos, assim como as horas certificadas recebidas pela monitoria (CHAVES, 2020).

RELATO DE EXPERIÊNCIA: monitores indígenas no período remoto

A monitoria indígena surgiu a partir de uma demanda das lideranças indígenas para além do ingresso, mas também como suporte para permanência desses acadêmicos na universidade. Este apoio fornece mais do que assistência financeira, englobando também um auxílio pedagógico, com o intuito de auxiliar o indígena na compreensão das exigências do curso e na adaptação do novo ambiente.

O programa trata-se de uma tríade composta pelo monitor, monitorado indígena e professor responsável. Nesta tríade, o docente orienta a relação entre monitor e acadêmico indígena, e acompanha a evolução de ambos no decorrer do semestre.

O monitor indígena necessita estar preparado para conseguir compreender e ajudar o aluno indígena, para poder ampará-lo nos obstáculos e desafios que irá presenciar durante a trajetória acadêmica (FONTOURA et al, 2017).

DESAFIOS VIVENCIADO PELOS INDÍGENAS:



Pouco conhecimento ou falta de acesso, que o aluno indígena tem acerca da informática. Esta dificuldade não surgiu com o Ensino Remoto Emergencial (ERE), porém ficou mais evidente;



Alunas indígenas com filhos em idade escolar apresentam dificuldades de acompanhar as atividades propostas pela universidade, pois neste momento de pandemia as creches encontram-se fechadas;



As adversidades do aluno no entendimento das disciplinas matriculadas que podem estar relacionadas ao ensino fundamental e ensino médio cursados na aldeia;



A grande quantidade de disciplinas matriculadas na Universidade;

Na perspectiva individual como monitor, o acompanhamento ao indígena deve ser embasado principalmente em combinações prévias para encontrar formas de estudos pertinentes e na estipulação de um calendário que seja satisfatório a ambos. Ademais, é importante que os professores das disciplinas em andamento, tenham o conhecimento que há acadêmicos indígenas em suas turmas e que tenham uma atenção diferenciada para com eles, principalmente em relação às explicações de atividades e datas para entregas.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS MONITORES:



Formulação de resumos sobre as matérias e disponibilização de vídeo aulas;



Reuniões remotas para combinações, retirada de dúvidas e atualização dos cronogramas;



Construção de uma boa relação entre monitor e acadêmico indígena. Conversar sobre a cultura indígena e aprender sobre, são fatores que enriquecem a dinâmica.

Sendo assim...

Participar da monitoria, para além do auxílio ao acadêmico indígena, proporcionou a troca de experiências e conhecimentos entre as culturas, já que através do projeto ocorrem trocas de saberes entre monitor e monitorado. Além disso, a monitoria corrobora para a permanência do indígena na universidade e maior representatividade do grupo no meio acadêmico.

Portanto, enfatizamos a importância da manutenção de projetos como este na Universidade, demonstrando nosso compromisso social para com esse povo e também para com sua cultura. Além disso, a formação e o avanço dos alunos indígenas no Curso de Enfermagem fomentam a educação e a saúde nas aldeias, visando um futuro melhor para os indígenas.

Referências

ANDRADE, Erlon Gabriel Rego de et al. Contribuição da monitoria acadêmica para o processo ensino-aprendizagem na graduação em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 1596-1603, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/rj/reben/a/dhLG3DTR8zjLvk8YQ5tzwpX/?lang=pt>>acesso em 18 Mai. 2021.

CHAVES, Enaura Helena Brandão. Edital nº 02/2020 – ERE programa de monitoria de acompanhamento discente: indígena. Universidade federal do rio grande do sul. Comissão de graduação de enfermagem. 21 Dez. 2020. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1UAqIPAttrL3u6NYzrNsD6q7cZ6HJImi5/view>>acesso em 18 Mai. 2021.

FONTOURA, Mariana Pinto et al. Monitoria indígena: uma interlocução entre a aldeia e a academia. Anais do 9º salão internacional de ensino, pesquisa e extensão. Santana do livramento. Nov 2017. Disponível em: <https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/14214/seer_14214.pdf>acesso em 18 Mai. 2021.

MOREIRA, J. António; HENRIQUES, Susana; BARROS, Daniela Melaré Vieira. Transitando de um ensino remoto emergencial para uma educação digital em rede, em tempos de pandemia. Dialogia, p. 351-364, 2020. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/9756>>acesso em 18 Mai. 2021.

PEREIRA, Kamilla Silva; SOUZA, Raquel Castilho. Monitoria indígena no ensino superior no curso de licenciatura em filosofia da uft: um relato de experiência. Revista humanidades e inovação., v.5., n. 9. Tocantins. 2018. Disponível em: <<file:///C:/Users/Felipe/Documents/834-Texto%20do%20artigo-3748-1-10-20181207.pdf>>acesso em 18 Mai. 2021.



Data de publicação: 28/09/2021

Centro cirúrgico ambulatorial em tempos de pandemia

Profa. Dra. Ana Karina Tanaka

Enfa. Lisiane Paula Matzenbacher

Enfa. Rosaura Paczek

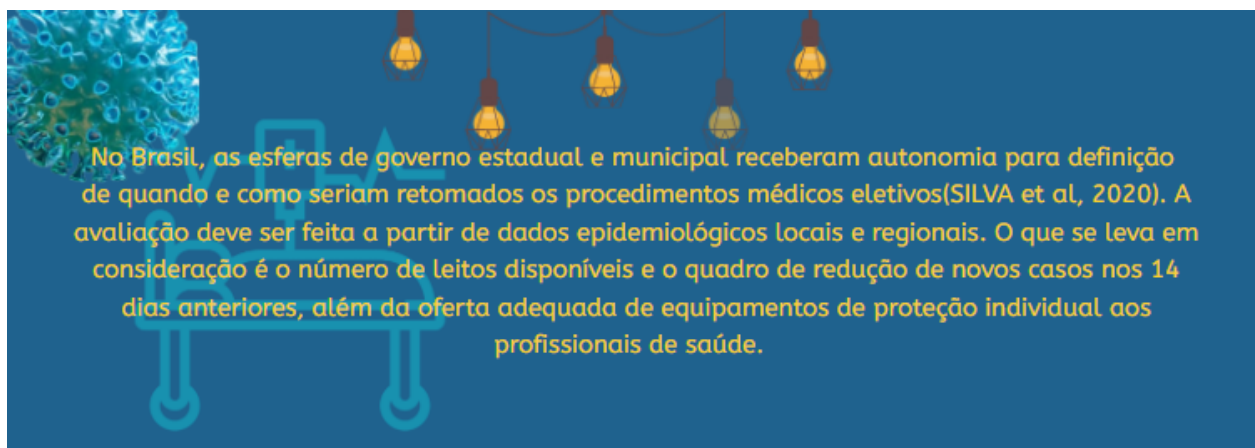
Acad. Enf Ana Maria Pagliarini

<https://www.ufrgs.br/levi/centro-cirurgico-ambulatorial/#page-content>

Em janeiro de 2020 foi formalizada pela Organização Mundial de Saúde a situação de emergência de saúde pública internacional pelo advento da ameaça pelo vírus SARS-COV-2, sendo declarado estado de pandemia pela mesma organização em março do mesmo ano devido a velocidade exponencial que a infecção se alastrou a nível mundial (MARTINS, 2021).

O estado pandêmico vem trazendo prejuízos significativos à população, com necessidade de medidas para conter o avanço do Coronavírus e tratar aqueles acometidos pela infecção, levou a adoção de medidas com o intuito de conter a sobrecarga dos hospitais. Com isso, as unidades cirúrgicas sofreram forte impacto. Houve, em diversos locais, a conversão de salas cirúrgicas em salas cirúrgicas para tratamentos de doentes COVID+, além da transformação das mesmas em leitos de cuidados intensivos. Tal medida, não só ocupou os espaços destinados a cirurgias, mas também profissionais ligados a atividades cirúrgicas, que foram realocados para o atendimento ao paciente não-cirúrgico (MACHADO; TEIXEIRA; MENDES; ALMEIDA, 2020).

Em hospitais onde há divisão entre centro cirúrgicos ambulatoriais e de alta complexidade, este primeiro necessitou reorganizar-se para receber cirurgias que outrora eram realizados apenas no bloco central, mudando o perfil de cirurgias, que anteriormente eram, na maioria das vezes, de caráter eletivo e de menor complexidade, para o recebimento de procedimentos ligados ao atendimento de emergência. Houve necessidade de readaptação das equipes e revisão de processos, além dos protocolos que surgiram conforme estudos foram sendo realizados (MACHADO; TEIXEIRA; MENDES; ALMEIDA, 2020). No entanto, a ocorrência de outras alterações no estado de saúde da população, não ligadas ao coronavírus, não deixaram de existir. Situações em que há necessidade de cuidados hospitalares, incluindo cuidados cirúrgicos não caracterizados por urgências ou emergências, permanecem (SILVA et al, 2020).

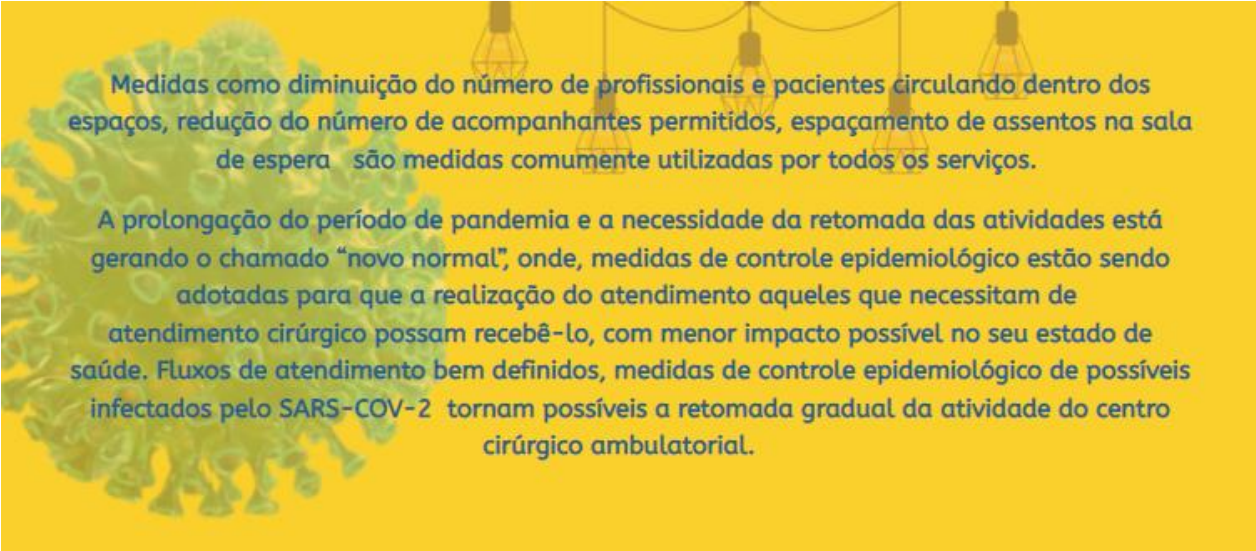


A exposição da equipe de assistência e a possibilidade de contágio são situações que devem ser levadas em consideração nas definições do que fazer para que o paciente que está infectado, assintomático ou pré-sintomático não venha a trazer contaminação à equipe e até a outros usuários. O planejamento para retomada dos procedimentos cirúrgicos, fez-se necessário. Para tanto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desenvolve uma Nota Técnica 06/2020, revisada em 30/03/2021 que orienta ações para a prevenção e o controle do Coronavírus durante os atendimentos, o que inclui os procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2020).

Baseado nas evidências, algumas medidas foram adotadas. Um exemplo dessas ações é o round administrativo. Tal medida visa, através de reuniões rápidas da equipe cirúrgica avaliar o contexto situacional, visando o melhor aproveitamento do espaço e recursos disponíveis, bem como o risco de exposição da equipe e do paciente. Outra medida, é o questionamento no dia anterior a cirurgia ser realizado uma avaliação quanto ao estado de saúde do paciente, direcionando principalmente a sintomas gripais. Esta avaliação é realizada novamente na anamnese e aferição dos sinais vitais na sala de preparo e no momento da consulta pré-anestésica. Em caso da observação de alterações sintomáticas ou relato do próprio paciente, a suspensão do procedimento é a ação mais recomendada quando este for de caráter eletivo ou não urgente (MARTINS et al, 2021).

Outra medida adotada é a testagem dos pacientes no período pré-operatório. Para tanto, ainda não há um consenso de qual período anterior ao procedimento esse teste deve ser realizado e qual teste de melhor escolha. Esta medida não é considerada a mais segura, já que existe um período entre o contágio e o resultado positivo na testagem para SARS-COV-2 (SILVA, 2020).

No que diz respeito ao atendimento ao paciente cirúrgico, mesmo aqueles pacientes que tenham apresentado teste negativo e que estejam assintomáticos, as precauções devem ser tomadas para diminuir a possível contaminação da equipe cirúrgica e de demais pacientes. O cuidado individual, com uso de equipamentos de proteção usados de forma adequada é a principal medida no que diz respeito à contaminação da equipe. Além disso, outra medida adotada é encaminhar o paciente à sala de recuperação em uso de suporte de O₂ com óculos nasais com baixo fluxo por baixo de uma máscara cirúrgica. Essa medida aumenta a barreira física na expectoração além de diminuir a presença de aerossóis (MARTINS, 2021).



Medidas como diminuição do número de profissionais e pacientes circulando dentro dos espaços, redução do número de acompanhantes permitidos, espaçamento de assentos na sala de espera são medidas comumente utilizadas por todos os serviços.

A prolongação do período de pandemia e a necessidade da retomada das atividades está gerando o chamado “novo normal”, onde, medidas de controle epidemiológico estão sendo adotadas para que a realização do atendimento aqueles que necessitam de atendimento cirúrgico possam recebê-lo, com menor impacto possível no seu estado de saúde. Fluxos de atendimento bem definidos, medidas de controle epidemiológico de possíveis infectados pelo SARS-COV-2 tornam possíveis a retomada gradual da atividade do centro cirúrgico ambulatorial.

Referências

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica gvims/ggtes/anvisa nº 04/2020.

Orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (sars-cov-2) em procedimentos cirúrgicos. Brasília (DF), Abr. 2020.

MACHADO, R. et al. Análise da gestão e atividade clínica do serviço de angiologia e cirurgia vascular do Chup durante a pandemia Covid-9, no período de 1 de março a 31 de maio de 2020, e lições aprendidas. Acvjournal, Porto/ Portugal, v. 16, n. 03, p. 115-119, set. 2020. Disponível em: <https://rechhc.com.br/index.php/rechhc/article/view/15>. Acesso em: 7 jul. 2021

MARTINS, J.S. et al. Gestão de enfermagem no centro cirúrgico em hospital filantrópico, frente à pandemia COVID-19. Revista Ciência & Humanização do Hospital de Clínicas de Passo Fundo, Passo Fundo, RS/Brasil, v. 1, n. 1, p. 52–61, 2020. Disponível em: <https://www.rechhc.com.br/index.php/rechhc/article/view/15>. Acesso em: 7 jun. 2021.

SILVA, L.E. et al. Elective surgeries in the “new normal” post-COVID-19 pandemic: to test or do not test? Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]. 2020, v. 47, e20202649. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202649>. Acesso em: 4 Jun. 2021.



Data de publicação: 22/10/2021

Terapia a laser de baixa potência como terapia adjuvante no tratamento de lesão por pressão Pós- Covid- 19 em ambulatório de enfermagem em reabilitação

Enf. Márcia Fabris

Enf. Luciana da Rosa Zinn Sostizzo

Enf. Luciana Ramos Corrêa Pinto

Enf. Beatriz Hoppen Mazuí

Téc. Enf. Aline G. de Oliveira

Prof. Dra. Deise Lisboa Riquinho

Prof. Dra. Taline Bavaresco

<https://www.ufrgs.br/levi/terapia-a-laser-de-baixa-potencia/#page-content>

A Terapia de Laser de Baixa Potência (TLBP) vem sendo utilizada para acelerar o processo cicatricial em diferentes feridas devido a sua ação bioestimuladora e anti-inflamatória, com resultados significativos na reparação tecidual.

É um recurso adjuvante, que melhora a microcirculação e diminui gastos com terapias convencionais podendo ser utilizado após avaliação criteriosa pelo enfermeiro.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem, cabe ao enfermeiro avaliar, prescrever e executar curativos em todos os tipos de feridas em pacientes sob os seus cuidados, além de coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado de pessoas com feridas; inclusive utilizar novas técnicas e tecnologias tais como laser, mediante capacitação.

Um dos cenários em que a enfermagem atua é na reabilitação ambulatorial, a qual tem como objetivo contribuir no tratamento da pessoa portadora de limitações físicas, tanto na fase aguda quanto na fase crônica da doença, com o intuito de torná-la independente ao máximo, de acordo com suas condições.

No momento atual, de pandemia por COVID-19, os pacientes graves apresentam instabilidade hemodinâmica e/ou respiratórias e por isso são submetidos a maior tempo de ventilação mecânica, sob efeito se-doanalgésico e bloqueio neuromuscular prolongado, o que culmina em um período maior de imobilidade física e comprometimento vascular.

As alterações fisiopatológicas induzidas pela infecção por SARS-CoV-2 culminam em disfunção endotelial, resultado de um estado pró-inflamatório e pró-trombótico formando microtrombos ocasionando oclusão microvascular culminando com as manifestações cutâneas inevitáveis. Esses pacientes são propensos a apresentarem comorbidades temporárias e permanentes e representam uma demanda crescente dos serviços de saúde, impactando na demanda dos serviços de monitoramento e reabilitação, pela elevada prevalência de Lesão por pressão (LP).

A lesão por pressão (LP) é definida como um dano localizado na pele e/ou nos tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a algum outro artefato, podendo se apresentar em pele íntegra ou ainda como uma úlcera aberta, pode ocorrer como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento.

Atualmente, a totalidade dos pacientes que são atendidos em um ambulatório de enfermagem em reabilitação, são pacientes com LP. As LPs são em sua maioria, extensas e graves, correspondendo ao estágio 4 (Figura 1) da classificação da NPUAP, onde há rompimento da pele, expondo músculos, ossos ou estruturas de suporte.



Figura 1: Lesão por pressão estágio 4.

a) NPUAP, 2016.

b) c) e d) Paciente pós COVID-19

Fonte: Autoras, com assinatura do TCLE, 2021.

Neste cenário clínico, o uso da Terapia a Laser de Baixa Potência (TLBP) está sendo utilizado para promover um processo de cicatrização melhorado, com qualidade cicatricial e, em menor tempo, em comparação ao uso isolado do tratamento convencional. Além disso, a TLBP também se mostra eficaz na redução da dor do paciente, que é um aspecto relevante no tratamento a ser oferecido aos pacientes em reabilitação, assim como no controle do processo de infecção da lesão, repercutindo no maior bem-estar do paciente e possível impacto positivo na sua qualidade de vida.

No tratamento das LPs, o enfermeiro avalia as características da lesão e o tratamento que foi prescrito desde a internação hospitalar, momento em que o COVID-19 foi tratado, e, na maioria dos casos, em que as LPs foram desenvolvidas, bem como, os fatores de risco que podem interferir no

processo de cicatrização atual. Se a TLBP já foi iniciada, ela poderá ser seguida na reabilitação ou poderá ser implementada pelo enfermeiro, por meio de consultas de enfermagem rotineiras (Figura 2).



Figura 2: Aplicação da TLBP.

Fonte: Autoras, 2021.

Além da TLBP adjuvante, o tratamento tópico da lesão é realizado, bem como, orientações a serem seguidas no domicílio, pelo paciente ou cuidador, ou ainda, pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde. Dentre as orientações, estão contempladas as etapas da realização do curativo, cuidados com a pele, descompressão das proeminências ósseas, mudança de decúbito, utilização de coxins para alívio de pressão e higiene das mãos antes e após a realização do curativo. A hidratação e a dieta equilibrada são fundamentais no sucesso do tratamento, por isso devem ser reforçadas e pontuadas em toda consulta de enfermagem.

Nesse cenário clínico, o enfermeiro tem autonomia e conhecimento para utilizar a TLBP no tratamento de feridas, dentre elas a LP com o propósito de promover a reparação tecidual, maior conforto aos pacientes e custo reduzido no tratamento de feridas crônicas ao longo do tempo.

No Serviço de Enfermagem Ambulatorial (SEAMB) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) esse tratamento é oferecido desde 2019, após resultados de uma pesquisa clínica com pacientes portadores de úlcera venosa, identificar que quase 60% das úlceras cicatrizaram em até 16 semanas com a utilização da TLBP em comparação com o tratamento convencional isolado (Bavaresco, 2018). Na sequência enfermeiros do SEAMB foram habilitadas para utilizarem essa tecnologia nas suas consultas de enfermagem. Inicialmente, o SEAMB conseguiu dois aparelhos de laser, compartilhados em 13 áreas de trabalho ambulatorial da enfermagem.

Contudo, a demanda de atendimentos para o tratamento de feridas, no Serviço de Fisiatria e Reabilitação, teve aumento expressivo nos meses de março e abril de 2021, pela criação do programa de reabilitação dos pacientes pós-COVID-19. Diante disso, as enfermeiras necessitaram se reorganizar, adequar as agendas de consulta e buscar materiais e recursos, incluindo a solicitação para aquisição de novos aparelhos de laser exclusivo para o serviço, a fim de garantir a continuidade do tratamento.

Com os resultados observados na prática clínica diária pela enfermagem, hoje, a **Terapia a Laser de Baixa Potência** é uma terapia adjuvante essencial no tratamento de lesão por pressão.



Fotos autorizadas pela equipe Equipe de Enfermagem em Reabilitação (ERE) Aline G de Oliveira, Luciana da Rosa Zinn Sostizzo, Marcia Fabris, Luciana Ramos Corrêa Pinto e Rita de Cássia F. Figueró

AS SEQUELAS E O ENVELHECIMENTO PÓS-COVID

Prof. Dr. Ana Karina Silva da Rocha Tanaka
Enfa. Mestranda Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

Enfa. Mestranda Rosaura Soares Paczek
Acad. Enf. Ana Maria Pagliarini



Data de publicação: 08/11/2021

As sequelas e o envelhecimento pós-covid

Profa. Dra. Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Enfa. Mestranda Lisiane Paula Sardi Matzenbacher

Enfa. Mestranda Rosaura Soares Paczek

Acad. Enf. Ana Maria Pagliarini

<https://www.ufrgs.br/levi/as-sequelas-e-o-envelhecimento-pos-covid/#page-content>



Atualmente vivenciamos uma nova pandemia, que surgiu, ainda em 2019, na China. A alta taxa de transmissibilidade fizeram o SARS COV-2 se espalhar rapidamente. A rapidez do contágio e a gravidade com que compromete os sistemas fez com que os serviços de saúde sofressem colapso. A Covid 19 é uma doença que acomete de maneira mais grave aqueles que possuem comorbidades e apresenta alto índice de mortalidade entre os idosos (CÂMARA, 2020). Dados do Ministério da Saúde informam que até metade de maio/2021 ocorreram mais de 138 mil óbitos de pessoas com mais de 60 anos, sendo a faixa de 60 a 69 anos a mais acometida (BRASIL, 2021).



A alta taxa de letalidade entre os idosos levou a medidas restritivas. A orientação de realizar-se isolamento social veio com o objetivo de diminuir a velocidade do contágio, diminuir a sobrecarga do sistema de saúde e a morbimortalidade, principalmente da faixa etária mais acometida (MONTEIRO, 2020). A rotina e o ambiente foram alterados. Um dos grandes impactos observados diante das medidas de proteção trouxeram outras complicações como o sofrimento mental, através da vivência de uma rotina solitária, além da diminuição do suporte estrutural, perda da autonomia e o medo da doença e das perdas oriundas dela (OLIVEIRA, 2021).

No que tange as sequelas no envelhecimento pós covid, há duas linhas que devemos atentar: os impactos na saúde física e os impactos na saúde mental. Ambas foram fortemente afetadas durante esse período de pandemia. A primeira não só em idosos que contraíram a Covid 19, mas naqueles com doenças crônicas, que realizavam acompanhamento médico prévio; com o desajuste nesses acompanhamentos, com consultas e terapias mais espaçadas, além da diminuição da mobilidade causada pelo

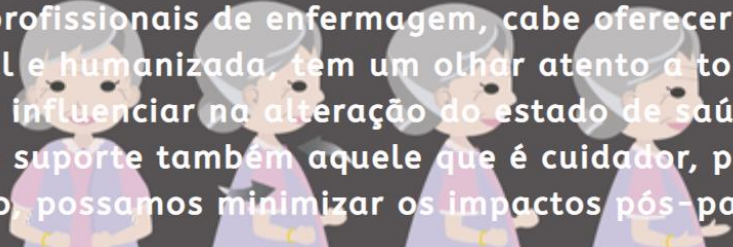
isolamento social e até alterações na dieta.

No que diz respeito à saúde mental, o medo, a insegurança, a falta de socialização e sensação de impotência foram fatores determinantes para o agravamento e até surgimento de quadros depressivos. A solidão vivenciada por indivíduos que outrora desfrutavam de uma vida social movimentada, com visitas de familiares, passeios, idas ao mercado ou outro evento cotidiano de suma importância nessa fase da vida impactou de forma negativa na qualidade de vida dos idosos. A tristeza e a necessidade de passar o controle de atividades externas ao lar a terceiros pode ter gerado sensação de incapacidade, de dependência e ideia de finitude.

Com tudo, o que se espera é que a saúde do idoso no período pós pandemia esteja diretamente relacionada à assistência que o indivíduo recebeu durante o período e seus hábitos de vida. Aquele idoso que manteve a prática regular de atividades físicas bem como a realização de suas atividades básicas diárias além dos cuidados com doenças pré-existentes sofrerá um menor impacto. Em contrapartida, aqueles que permaneceram restritos em suas minúsculas residências e que não conseguiram manter suas atividades básicas diárias e os cuidados com as doenças pré-existentes tiveram agravamento do quadro de saúde física e mental.

Outro ponto relevante é a atenção aos idosos de forma integral, visando avaliar suas necessidades biopsicossociais, como medo de morrer, além das limitações que o processo do envelhecimento acarreta, com suas fragilidades e sensação de impotência (UNICOVSKY et al, 2021) que fizeram-se mais presentes durante esse período. Este manejo adequado, pode ser fator determinante do nível de sequela que cada idoso irá apresentar no período pós pandemia.

A nós, profissionais de enfermagem, cabe oferecer assistência de forma integral e humanizada, tem um olhar atento a todos os fatores que possam influenciar na alteração do estado de saúde do idoso, oferecendo suporte também aquele que é cuidador, para que em conjunto, possamos minimizar os impactos pós-pandemia.



Referências:

- CÂMARA, F.P. et al. M. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13353-13357 set./out. 2020. ISSN 2595-6825
- CAMPOS, M.R. et al. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 11, e00148920. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148920>. Acesso 7 Junho 2021.
- CORREA, M. R.; STERZA JUSTO, J. Pandemia e Envelhecimento. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 20, p. 50-60, 1 fev. 2021.
- FERREIRA NETO, P.D. Et al. O impacto da Covid-19 na saúde de pessoas institucionalizadas. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 2, p. 196-210, 8 maio 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23604>. Acesso em: 07 jun.2021.
- FREITAS, A.V.S. Long stay institutions for the elderly and covid-19: Emergency in the debate. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e490974398, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4398.

GOMES, H.L. et al. Efeitos na qualidade de vida de um programa de envelhecimento saudável e ativo durante pandemia de COVID-19. **Humanas Sociais & Aplicadas**, [S.L.], v. 11, n. 30, p. 104-114, 14 abr. 2021. Institutos Superiores de Ensino do Censa. <http://dx.doi.org/10.25242/8876113020212276>.

KALACHE, A. et al. Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online]. 2020, v. 23, n. 06 e200122. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122>. Acesso em: 7 Junho 2021.

MONTEIRO, J.K.M.F et al. Recommendations for caregivers and families of the elderly with COVID-19. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. e4039119798, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.9798. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9798>. Acesso em: 7 jun. 2021.

OLIVEIRA, V.V. et al. Impactos do isolamento social na saúde mental de idosos durante a pandemia pela Covid-19 / Impacts of social isolation on the mental health of the elderly during the pandemic by Covid-19. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 3718-3727, 2021. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n1-294>.

UNICOVSKY, M.A.R. et al. Saúde do Idoso no PósPandemia: Estratégias de Enfrentamento. In: Santana RF (Org.). *Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19*. Brasília, DF: Editora ABen; 2021. 171 p. (Serie Enfermagem e Pandemias, 5). <https://doi.org/10.51234/aben.21.e05.c23>

Profa. Dra. Ana Karina Tanaka

Enfa. Mestranda Rosaura Paczek

Enfa. Mestranda Lisiane Paula Matzenbacher

Acad. Enf. Ana Maria Pagliarini

Resiliência da Equipe de Enfermagem em Tempos de Pandemia



Data de publicação: 08/11/2021

Reflexões Bioética no cenário de COVID-19: mantendo o distanciamento social

Profa. Dra. Ana Karina Tanaka

Enfa. Mestranda Rosaura Paczek

Enfa. Mestranda Lisiane Paula Matzenbacher

Acad. Enf. Ana Maria Pagliarini

<https://www.ufrgs.br/levi/resiliencia-da-equipe-de-enfermagem-em-tempos-de-pandemia/#page-content>

A Enfermagem, com a chegada da pandemia, convive diariamente com fatores estressores. A preocupação com as mudanças de processos constantes, assim como modificações nos atendimentos dentro das instituições de saúde fazem com que a enfermagem trabalhe de forma rápida e ao mesmo tempo que deve garantir segurança assistencial. Situações como a atualmente experienciada, evidencia o protagonismo da Enfermagem como profissão, assegurando o direito à saúde da população. São os únicos que permanecem 24 horas do lado dos pacientes e tendo que se reinventar de forma constante. Vivenciando um momento histórico e caótico, vendo seus colegas adoecerem fisicamente, infectados pelo vírus ou então mentalmente esgotados diante de tantas incertezas e sobrecarga de trabalho (SILVA; LUNA; LIMA, 2021).

A carga de trabalho intensa e o convívio constante com o sofrimento de pacientes e familiares fazem com que processo de desgaste psíquico esteja presente no cotidiano dos profissionais de Enfermagem. É a partir das vivências de situações adversas que a resiliência, tida como a capacidade de adaptação psicossocial positiva frente aos eventos que fazem parte da nossa rotina surge. A noção de resiliência, está condicionada a capacidade do ser humano não adoecer mesmo quando exposto a situações danosas à sua saúde e desenvolvimento (SCHULTZ, et al., 2020). Visão mais otimista diante dos fatos, capacitações diante das rotinas e processos implantados, assim como o compartilhamento de informações e experiências entre os colegas de trabalho favorece a autoconfiança do profissional e contribui para o desenvolvimento da resiliência (SILVA; LUNA; LIMA, 2021).



Durante a pandemia vários foram os fatores de risco para adoecimento e resiliência dos profissionais da Enfermagem. As mudanças drásticas na dinâmica de trabalho dos profissionais, causa variadas condições psicológicas, além de incluir a alteração na rotina familiar, com escolas e estabelecimentos fechados. Vale ressaltar que o impacto econômico tem causado grande insegurança e sensação de abandono. Identifica-se que as dificuldades enfrentadas são semelhantes mesmo se tratando de instituições diferentes (PORTUGAL, et al., 2020). Dentre os fatores que mais contribuem para o risco de adoecimento do profissional de enfermagem destacamos medo de não ter acesso a EPIs, exposição ao COVID 19 e, se infectado, propagar a infecção aos seus familiares, a incerteza quanto às suas necessidades pessoais, assim como, angústia por ter que mudar sua rotina de trabalho e prestar cuidados em outras áreas (SCHULTZ, et al., 2020).

Estudos mostram que mesmo a Enfermagem exausta, sobrecarregada, com falta de materiais e equipamentos de proteção, permanece prestando seu atendimento e continuando seu trabalho, mesmo à beira da exaustão. Porém há um alerta no que diz respeito ao tempo prolongado dessas dificuldades e adversidades relacionando estes fatores a burnout e prejuízo na saúde mental destes trabalhadores (CUNHA, 2021).

Um inimigo invisível de força avassaladora, desconhecido, uma alteração completa do nosso modo de viver, evidenciando a deterioração e decadência do nosso “normal”. Aguardamos a era do pós-coronavírus nos perguntando sobre quais serão as renúncias necessárias e possíveis para manter a civilização em harmonia (DALTRO, et al., 2020).



Todos possuem um pouco de resiliência dentro de si e podem contribuir com as relações que permeiam em sociedade, disseminando comportamentos positivos e melhorando o convívio social, aceitando as diversidades e compreendendo as diferenças. A humanidade está vulnerável ao estresse agudo e a situações traumáticas. Identificar que o próximo que está ao seu lado necessita de ajuda, seja ela física ou mental, é uma maneira de demonstrar resiliência (TAGNOLA, et al., 2021).

Estes desafios apresentados, somados às dificuldades enfrentadas pelos profissionais na linha de frente, apresentam uma Enfermagem protagonista e inovadora no seu cotidiano, porém a sociedade deve estar alerta para as consequências de possíveis danos psicológicos. A humanização e empatia é essencial em tempos de pandemia, além de, um cuidado individualizado e embasado na ciência garantindo qualidade e segurança assistencial.

Referências:

CUNHA, I. C. K.O. Resiliência: uma competência da Enfermagem. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 11, n. 5, mar. 2021. ISSN 2357-707X. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.4765>.

DALTRO, M. R.; BARRETO SEGUNDO, J. de D. A pandemia nos mostra quem somos? *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 5-8, mar. 2020. ISSN 2317-3394. doi:<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v9i1.2844>

PORTUGAL, J.K.A. et al. Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 46, p. e3794, 21 maio de 2020.

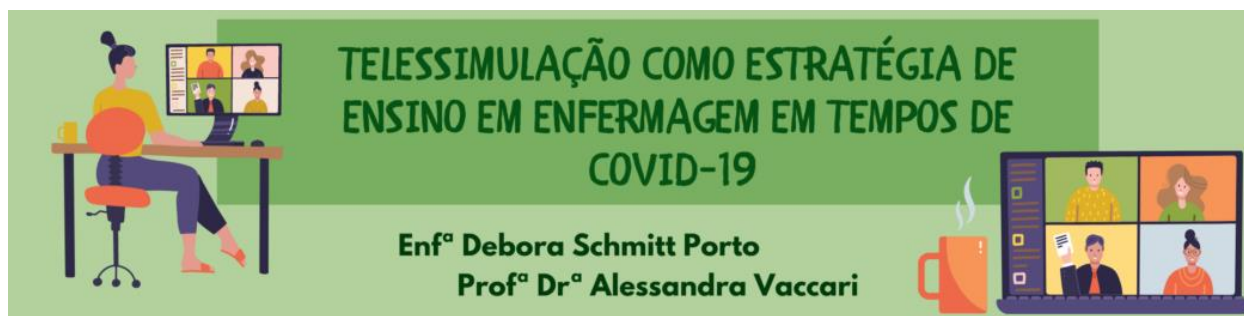
SCHULTZ, C.C. et

al. Resilience of the nursing team in the hospital scope with emphasis on the pandemic COVID-19. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 11, p. e539119466, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.9466. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9466>. Acesso em: 7 jun. 2021.

SILVA, P.C.; LUNA, B.M.G.; LIMA, C.M.C.C.S. O olhar da enfermagem frente pandemia / The look of nursing front pandemia. *Brazilian Journal Of Health Review*, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 4798-4807, 2021. *Brazilian Journal of Health Review*. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n2-064>.

TAGNOLA SÁNCHEZ, C. G.; COTRINA-ALIAGA, J. C.; AGUINAGA-VILLEGAS, D.

La resiliencia como factor fundamental en tiempos de Covid-19. *Propósitos y Representaciones*, [S.l.], v. 9, n. 1, p. e1044, feb. 2021. ISSN 2310-4635. doi:<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2021.v9n1.104>



Data de publicação: 09/11/2021

Telessimulação como estratégia de ensino em enfermagem em tempos de COVID-19

Enfa. Debora Schmitt Porto

Profa. Dra. Alessandra Vaccari

<https://www.ufrgs.br/levi/telessimulacao-como-estrategia-de-ensino-em-enfermagem/#page-content>

Em março de 2020, o surto mundial causado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) causador da Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) foi declarado como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde então, devido à necessidade de distanciamento social para mitigação do vírus, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) adotou o Ensino Remoto Emergencial (ERE) em todas as suas unidades. E a Escola de Enfermagem precisou se adaptar à situação de excepcionalidade trocando as salas de aula pelos ambientes virtuais.

O ensino em enfermagem prevê atividades práticas e a vivência nos campos de estágio desde o início da graduação. Não sendo possível, foi necessário pensar em alternativas às atividades práticas antes realizadas no Laboratório de Práticas de Enfermagem (LAPENF) da Escola de Enfermagem e nos serviços de saúde. Nesse contexto, surge a telessimulação como uma alternativa a simulação presencial, em tempos de pandemia.

O termo telessimulação surgiu no início da década passada como uma nova estratégia dentro da Simulação. Foi utilizada para levar a Simulação Clínica para locais de difícil acesso, sendo considerada uma alternativa à instrução tradicional. Surgiu em Toronto, Canadá, onde cirurgiões utilizaram a internet para conectar instrutores e alunos de diferentes localidades. O objetivo inicial era proporcionar simulação de habilidades específicas (treinamento de habilidades práticas) e simulação clínica para profissionais sem acesso aos laboratórios.

Assim como na Simulação Clínica, a Telessimulação possibilita a construção de competências e pensamentos críticos com a participação ativa do estudante. Com isso pode ser classificada como um método ativo de ensino e de aprendizagem;

propiciando maior integração entre a teoria e a prática; e a avaliação de conhecimentos e atitudes. Assim como, o desenvolvimento de habilidades cognitivas (pensamentos) e afetivas (sentimentos) num ambiente de aprendizado contextual e controlado, diminuindo a ansiedade e aumentando a autoconfiança dos acadêmicos.

Publicações recentes mostram o uso da telessimulação de forma exitosa no ensino na área da saúde. Sendo estas em diversas áreas, como ressuscitação pediátrica, cirurgia, emergência, anestesiologia, enfermagem e neurocirurgia. Igualmente, existem outros estudos apontando a telessimulação como estratégia útil de ensino em tempos da pandemia da COVID19.^{3,10} No Brasil, há crescimento da utilização da telessimulação no ensino em enfermagem e em atividades educacionais com profissionais da área da saúde.

Na Escola de Enfermagem da UFRGS, desde novembro de 2020, tivemos a oportunidade de rodar cenários de telessimulação na pós-graduação e na graduação em enfermagem, nas disciplinas de enfermagem na saúde da criança e administração em enfermagem. A realização destas telessimulações evidenciou a importância da etapa de planejamento da ação. Nesse momento são definidos os objetivos de aprendizado, o público-alvo, o tema, o caso clínico e os recursos necessários para dar realismo ao cenário mesmo sendo um ambiente virtual.

The image shows a presentation slide with a light blue background and a large orange speech bubble containing text. To the right of the slide is a video feed of a woman with dark hair, identified as Alessandra Vaccari.

BRIEFING:

- Importância da confidencialidade e o contrato de ficção;
- Vai ser descrito uma situação;
- quando houver um ator ou atriz poderá se comunicar diretamente com ele.

Para os observadores da telessimulação:

- Ouvir atentamente a encenação tentando relacionar o tema aos conteúdos teóricos;
- Respeitar os colegas que estão encenando, evitando críticas desnecessárias;
- Falar somente quando for solicitado pelo professor, sugerindo construtivamente.

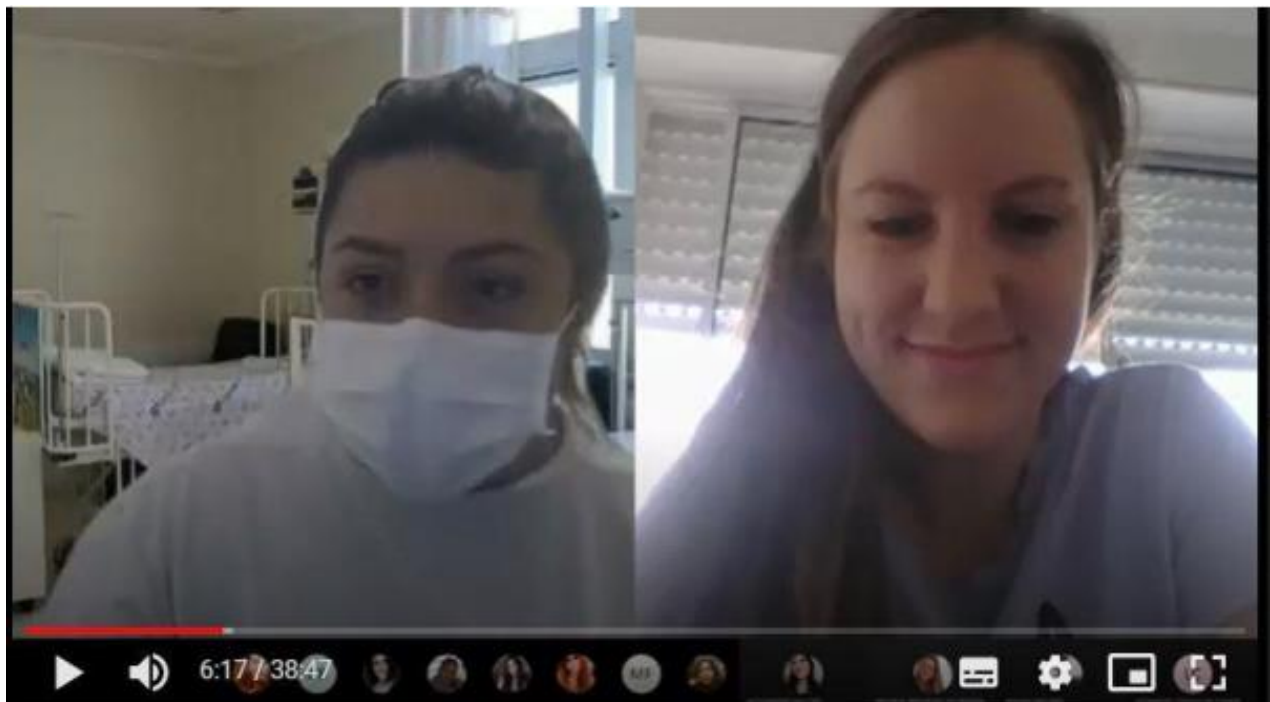
Alessandra Vaccari

O recursos dependem dos objetivos pretendidos, mas de maneira geral a literatura cita o uso de aplicativos de webconferência, fone, microfone, webcam, ferramentas de compartilhamento de tela, e conexão com a internet, assim como, recursos da simulação, como simuladores, equipamentos médicos-hospitalares, pacientes padronizados, Serious Games, simuladores de sinais vitais, imagens, sons, vídeo, entre outros recursos que dão realismo ao caso clínico apresentado.

Além disso, é necessário testar o cenário com o objetivo de alinhar os recursos

e as tecnologias necessárias, como treinar os pacientes padronizados (atores), se necessário. O ambiente virtual, proporciona que o instrutor conduza a telessimulação remotamente, controlando os recursos que são apresentados na tela, podendo orientar os pacientes padronizados que irão interagir com o acadêmico e moderar o debriefing também chamado nessa situação de teledebriefing.

Vimos, através de relatos que acadêmicos e professores, que todos ficaram muito satisfeitos com ensino através da telessimulação. Mesmo que tenham se sentido um pouco apreensivos com a novidade, logo se adaptaram e conseguiram atuar nos cenários como se estivessem numa situação real. Com isso, como educadores na área da saúde precisamos transcender, ou seja, ir além em busca de alternativas educativas baseadas em evidências. Os recursos de comunicação remota e as plataformas de webconferência se mostraram ambientes seguros e viáveis para unir acadêmicos de enfermagem e professores para vivenciar cenários do cuidado prático em enfermagem em tempos de pandemia.





Referências

WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11. World Health Organization, 2021.

LAMARRA, D. et al. A novel framework using remote telesimulation with standardized parents to improve research staff preparedness for informed consent in pediatric critical care research. *Pediatric Critical Care Medicine*, v. 21, n.12, p.e1042-e1051, 2020.

DINIZ, C. S. G. et al. Por que as mulheres no setor privado têm gestações mais curtas no Brasil?: Desvio à esquerda da idade gestacional, cesárea e inversão da disparidade esperada. *Journal of Human Growth and Development*. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 33-40, 2016.

(HAYDEN, E. M. et al. Mannequin-based Telesimulation: Increasing Access to Simulation-based Education. *Academic Emergency Medicine*. 2018 Feb;25(2):144- 7.

MIKROGIANAKIS A. et al. Telesimulation: an innovative and effective tool for teaching novel intraosseous insertion techniques in developing countries. *Academic Emergency Medicine*. 2011 Apr;18(4):420-7.

GABA, D. M. The future vision of simulation in health care. *Bmj Quality & Safety*. 2004 oct 1;13 (suppl 1):i2-10.

- MACCOY C. E. et al. Telesimulation: An Innovative Tool for Health Professions Education. *AEM Educ Train.* 2017. Apr;1(2):132-136.
- SA-COUTO C, NICOLAU A. How to use telesimulation to reduce COVID-19 training challenges: A recipe with free online tools and a bit of imagination. *MedEdPublish*, 9, [1], 129, 2020.
- DONOHUE, L. T.; HOFFMAN, K.R.; MARCIN, J.P. Use of telemedicine to improve neonatal resuscitation. *Children*, v. 6, n. 4, p. 50, 2019. DOI:10.3390/children6040050.
- JIMÉNEZ-RODRÍGUEZ D. et al. Simulated Nursing Video Consultations: An Innovative Proposal during Covid-19 Confinement. *Clinical Simulation in Nursing.* 2020. Nov 1;48:29-37.pulvinar dapibus leo.



Data de publicação: 10/11/2021

Atendimento na Unidade Básica em tempos de pandemia

Profa. Dra. Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Enfa. Mestranda Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

Enfa. Mestranda Rosaura Soares Paczek

Acad. Enf. Ana Maria Pagliarini

<https://www.ufrgs.br/levi/tendimento-na-unidade-basica-em-tempos-de-pandemia/#page-content>

No ano de 2019, identificou-se na China uma nova cepa viral pertencente à família do Coronavírus, o Sars-Cov 2, que apresenta grande poder de contágio e é responsável por causar a Covid 19, uma doença que é caracterizada principalmente por quadros respiratórios que podem ser desde leves até casos de extrema gravidade, podendo levar o indivíduo à morte. Tal característica proporcionou que o vírus se espalhasse rapidamente, levando a Organização Mundial de Saúde a declarar estado de pandemia em março de 2020, cenário esse que permanece mesmo após ter decorrido mais de um ano. A falta de conhecimento científico em relação às características do vírus e as condições de vulnerabilidade de algumas populações proporcionou o agravamento da situação.

O Brasil, num contexto de territórios e populações distintas, necessitou de ajustes de acordo com a realidade de cada região. O Sistema Único de Saúde possui estratégias distintas para cada região, respeitando o princípio de equidade, integralidade e universalidade. As equipes de saúde da família auxiliam na promoção, prevenção, tratamento e manutenção da saúde, contribuindo fortemente para o enfrentamento de situações como a vivenciada atualmente, já que atuam juntamente com as equipes da Unidade Básica de Saúde, pois conhecem as necessidades da população adscrita, o que possibilita identificação de possíveis surtos e das melhores estratégias para manter o atendimento aos usuários, além de fornecer atendimento para aqueles com suspeita de infecção por Sars-Cov 2. Essa situação fez com que as unidades de saúde se ajustassem à nova realidade.

Diante do exposto, ações vêm sendo realizadas nas Unidades de Saúde no enfrentamento à pandemia com o intuito de manter o atendimento à população geral, sem que haja exposição dos usuários, atendendo a nova demanda e evitando a contaminação cruzada. Os grupos de convivência e atividades coletivas foram suspensos, as áreas são mantidas bem ventiladas, com janelas e portas abertas sempre que possível. Houve fixação de cartazes para orientação dos usuários sobre como proceder em caso de sintomas respiratórios. Os atendimentos odontológicos eletivos foram suspensos, e houve reavaliação da necessidade das visitas domiciliares. A distribuição de máscaras para os usuários que estejam apresentando sintomas respiratórios e fornecimento de orientações de prevenção para população geral são algumas medidas recomendadas pelas normas técnicas.

Uma das ações é a diminuição do contato dos casos suspeitos de Covid com os usuários que procuram a unidade para outros serviços. As Unidades destinaram uma área física para que aqueles que estão apresentando sintomas respiratórios possam aguardar e serem atendidos em separado dos demais. Ali é realizada a triagem e agendada a consulta no mesmo momento pelo sistema informatizado, onde há sinalização de caso suspeito de Covid. Na consulta, o médico, após avaliação, encaminha o usuário, caso julgue necessário, para fazer a coleta do exame PCR. Outras ações presentes nas unidades são a orientação aos usuários portadores de doenças crônicas de que procurem a unidade apenas em caso de necessidade, além de ter sido estendida a validade das receitas, que antes era de seis meses para 1 ano, se houver estabilidade do quadro, assim como não levar acompanhantes para as consultas. A diminuição dos atendimentos agendados foi essencial para que além da diminuição de usuários circulando na unidade, fosse possível o deslocamento de profissionais para as ações voltadas ao enfrentamento da Covid.

Referências:

CÂMARA, F.P.; CÂMARA, D.C.P.; MORENO, M. Contágio e virulência: covid-19 e a próxima pandemia. **Braz.**

J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13353-13357 set./out. 2020. ISSN 2595-

6825. Doi: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n5-160>

FONSECA, T.G.N. et al. A Unidade Básica de Saúde (UBS) frente a pandemia do novo Coronavírus: a conduta do usuário na visão dos profissionais da saúde. **InterAm J Med Health** 2020;3: e202003054

RIO GRANDE DO SUL Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde

(org.). **Recomendações para a organização interna das equipes de Atenção Básica do RS frente à pandemia do COVID-19**. Porto Alegre, 2020. 3 p. Disponível em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202003/18115312-nota-orientadora-para-equipes-de-ab-frente-a-pandemia-covid-19.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2021.

WERNECK, G.L.; CARVALHO, M.S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad Saúde Pública** [online]. 2020, vol.36, n.5, e00068820.



Data de publicação: 17/11/2021

Sobre Recém-Nascidos e Pais Prematuros

Eliane N. Wagner Mendes

<https://www.ufrgs.br/levi/prematuridade/#page-content>

O Dia Mundial da Prematuridade, comemorado no dia 17 de novembro, foi criado em 2008 por iniciativa da European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI), em parceria com outras organizações, com o objetivo de “aumentar a conscientização sobre os desafios e o peso do nascimento prematuro em todo o mundo”¹.

Zero Separation. Act now! Keep parents and babies born too soon together é o tema selecionado pela EFCI para o ano de 2021; ou seja, a Fundação faz um convite à ação imediata, no sentido de dar continuidade ao convívio entre pais e recém-nascidos prematuros imediatamente após o nascimento. Com esse slogan, os pais de prematuros poderão participar de uma mostra fotográfica no Dia Mundial da Prematuridade, o World Prematurity Day photo challenge. A ideia é que os pais homenageiem seus #NICUheroes (heróis da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal-UTIN), compartilhando histórias, fotos e mensagens em suas contas do Facebook e Instagram, assinalado-as com #WorldPrematurityDay2021 ou #NICUheroes¹.



O impacto global da prematuridade foi demonstrado por publicação virtual em 2018 da Organização Mundial da Saúde (OMS). Dados estatísticos mostram o nascimento de 15 milhões/ano de neonatos com menos de 37 semanas completas de gestação em todo planeta; além da perspectiva de que houve 1 milhão de mortes de crianças menores que 5 anos em 2015 em função do nascimento prematuro. Números muito alarmantes e com expectativa de aumento para o futuro, expondo a realidade de 184 países, cujas taxas de prematuridade variavam de 5 até 18%. O Brasil, nesse contexto, ocupava a 10ª posição na lista da OMS, colocado no grupo de países onde ¾ dessas mortes poderiam ter sido evitadas².

A presença dos pais junto ao filho prematuro na UTIN resultou em melhores perspectivas para o crescimento e desenvolvimento do bebê, a longo prazo: melhor taxa de ganho ponderal, maior peso na alta, estados de alerta mais prologados, menor idade gestacional corrigida ao atingir alimentação enteral plena, menos casos de sepse, menos estresse fisiológico, menos hipertonicidade, menos letargia e menos dor³.

A possibilidade de interação na UTIN nem sempre é possível, na intensidade desejada. Um estudo prospectivo e multicêntrico avaliou a proximidade física entre pais e bebês na UTIN e determinou a mediana da presença dos pais junto ao prematuro: 3,3 (0,7 – 6,7) até 22,3 (18,7–24,0) horas por dia. O cuidado pele a pele (Método Canguru – MC) foi executado por um período de 0,3 (0–1,4) até 6,6 (2,2–19,5) horas por dia. A permanência mais prolongada no MC foi associada às mães com um único filho e com maior nível educacional. Já, segurar o bebê por mais tempo na posição canguru foi associado a idade gestacional. A oportunidade de passar a noite na UTIN foi o fator que mais incentivou a proximidade entre pais e bebês. Ter outros filhos e a distância de casa ao hospital não alterou a proximidade entre pais e prematuros⁴.

A aproximação dos pais é essencial para o cuidado ao filho prematuro. Um estudo publicado colheu o depoimento de 20 pais de prematuros internados em UTIN e identificou que a sensação de autonomia melhora a percepção de proximidade dos pais com seus filhos prematuros e que os pais têm dificuldade para afastarem-se do filho. As equipes das UTINs que procuraram agregar os pais ao cuidado do filho prematuro promoveram, além da aproximação, a autonomia no exercício do papel parental⁵.

Pais e bebês prematuros demandam proximidade física e emocional entre si. A separação em função da hospitalização pode gerar condições de estresse, depressão e, também desencadear transtornos comportamentais posteriores nos prematuros. Em contrapartida, o envolvimento dos pais no cuidado hospitalar colabora para seu desenvolvimento cognitivo e neurocomportamental. A presença e o cuidado parental (pele a pele) foram intensificados a partir de uma intervenção educacional destinada a ensinar a equipe da UTIN a ouvir e colaborar com os pais de prematuros. A equipe, ao estabelecer parcerias com os pais, incentivou sua presença e elevou sua autoconfiança para participar ativamente no cuidado do seu filho⁶.

A experiência mostra que mães e pais tornam-se pais de prematuros inesperadamente, na maioria das vezes. Subitamente, essa pequena família precisará se deslocar para um ambiente desconhecido por um tempo inversamente proporcional à idade gestacional ao nascer. Há que compreender que, nesse período e além dele, o prematuro e os pais prematuros dependerão muito da ciência, da habilidade técnica, da tecnologia avançada e, principalmente da sensibilidade, do acolhimento e da parceria dos profissionais de saúde. Paralelamente à abertura do curso de graduação em enfermagem na UFRGS ocorreu, na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre-RS, o primeiro curso de orientação e atualização para parteiras que trabalhavam na instituição. As estudantes de graduação realizavam suas atividades práticas naquele hospital e precisavam assistir um número mínimo de partos. Havia determinadas ordens sobre o que NÃO era permitido a quem atendia o parto, no caso de parteiras ou estudantes de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1 European Foundation for the Care of Newborn Infants-EFCNI. World Prematurity Day. Acessado em 16/11/2021. Disponível em: <https://www.efcni.org/activities/campaigns/wpd/>
- 2 WHO | World Health Organization. Preterm birth. Acesso em 16/11/2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- 3 Lester B M, Hawes K, Abar B, Sullivan M, Miller R, Bigsby, R. et al. (2014). Single-Family Room Care and Neurobehavioral and Medical Outcomes in Preterm Infants. *PEDIATRICS*, 134(4), 754–760. doi:10.1542/peds.2013-4252
- 4 Raiskila S, Axelin A, Toome L, Caballero S, Tandberg BS, Montirosso R. et al. (2017). Parents' presence and parent-infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. *Acta Paediatrica*, 106(6), 878–888. doi:10.1111/apa.13798
- 5 Treherne SC, Feeley N, Charbonneau L, Axelin A. (2017). Parents' Perspectives of Closeness and Separation With Their Preterm Infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(5), 737–747. doi:10.1016/j.jogn.2017.07.005
- 6 He FB, Axelin A, Ahlqvist-Björkroth S, Raiskila S, Löyttyniemi E, Lehtonen L. (2021). Effectiveness of the Close Collaboration with Parents intervention on parent-infant closeness in NICU. *BMC Pediatrics*, 21(1). doi:10.1186/s12887-020-02474-2



Data de publicação: 21/11/2021

Técnicas de Amamentação

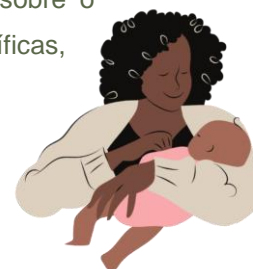
*Acadêmicos de Enfermagem: Luane Moreira de Aguiar,
Silvia Cristina Garcia Carvalho, Miguel Lucas Silva da Paixão,
Gabriel Fernandes Gonçalves, Alexia Guedes Vial
e Jeniffer Mattos de Freitas*

Orientadoras: Helga Gouvea, Cecilia Pedron e Carina Bauer

Monitoras: Bruna Silveira da Silva e Julia Veras

<https://www.ufrgs.br/levi/tecnicas-de-amamentacao/#page-content>

Bem-vinda, pessoa que amamenta, pretende amamentar ou busca conhecimento sobre o aleitamento materno para si e/ou para outros. Este jornal, baseado em evidências científicas, têm linguagem objetiva e busca trazer informações sobre aleitamento para todos!



**Aproveitem e divirtam-se com as muitas estratégias e dicas
para ofertar o leite materno!**



Afinal, o que é o aleitamento materno?

É a oferta de **leite materno pela mãe**, junto ou não de outros alimentos. Por ser **nutritivo e imunológico**, é recomendado que o aleitamento dure por pelo menos **2 anos**.

Tipos de Aleitamento Materno

Exclusivo

Apenas de leite materno, sem consumo de outros líquidos ou sólidos – exceto medicamentos. **Da 1ª hora de vida até os 6 meses.**

Misto/parcial

Ingestão de outros tipos de leite, além do leite materno. Apenas com indicação profissional.

Complementado

Leite materno e alimento sólido ou semissólido para complementar, não substituir. A partir dos 6 meses, com sinais de prontidão do bebê, como sentar sem apoio.

Predominante

Leite materno e ingestão de água, chás ou sucos. Não indicado.

Ordenha e armazenamento de leite materno

Sabemos que uma das maiores preocupações é quando não se pode estar com os bebês para a amamentação, seja por trabalho ou emergências, Por isso, viemos aqui te mostrar como manter o aleitamento materno exclusivo: com a ordenha.



Ordenha por máquina: mais rápida, atentar para cuidados com limpeza.



Foto: Sikana

ORDENHA MANUAL

Com um frasco de vidro limpo, massagear delicadamente a mama com movimentos circulares da base em direção ao mamilo; se inclinar sobre a barriga; com a técnica de “C”, apertar suavemente o polegar e o dedo indicador para base da mama; alternar as mamas quando diminuir o fluxo (30 minutos cada).

ARMAZENAMENTO E OFERTA

Se fresco, dura 12h na geladeira; congelado=15 dias. Para descongelar, aquecer em banho-maria fora do fogo, agitar para misturar bem a gordura e oferecer em COPO (especial ou pequeno), XÍCARA ou COLHER. Não derrame o leite na boca do bebê, só encoste a borda do frasco nos lábios do bebê para ele lamber e engolir sozinho.

POSIÇÕES PARA AMAMENTAR



CLÁSSICA

Segure seu bebê deitado no colo, apoiando ele com o braço do **mesmo lado** que a mama.



LATERALIZADA

Deitados com os corpos juntos um do outro, segurando a cabeça do bebê com um dos braços.



BIOLÓGICA

Enquanto reclinada ou deitada, **deite o bebê sobre seu corpo.**



BIOLÓGICA INVERSA

Pode ser utilizada se você fez cesariana, apenas apoie ele em um de seus ombros.



BOLA DE RUGBY GEMELAR

Essa pose é ótima caso você tenha **dois bebês**. deite um de cada lado, como uma “bola de rugby” **dupla**.



CAVALINHA

Apoie o seu bebê **na sua coxa**, com uma perna de cada lado, segurando as costas dele.



BOLA DE RUGBY

INVERTIDA

Segure seu bebê deitado no colo, apoiando ele com o braço do **lado oposto** da mama.

Deite o bebê sobre um travesseiro, e **segure o corpo abaixo do braço** com as pernas para trás de você.



Técnica de “C” aleitamento materno

Técnica de C é a ideal para o aleitamento. Nesta, a mãe segura a mama de forma que a aréola fique livre, com a mão em formato de “C”. Os pontos chave para uma pega adequada são:

Mais aréola visível acima da boca do bebê;

Boca bem aberta;

Lábio inferior virado para fora;

Queixo tocando a mama. Assim, o bebê e mamãe realizam a pega ideal muito mais facilmente.



O aleitamento materno é importante porque

- Protege o bebê de doenças perigosas; funciona como uma “vacina materna”.
- Estimula os laços entre mãe e filho.
- O leite materno é uma importante fonte de energia, proteína e outros nutrientes.

Alimentada para alimentar

A pessoa que amamenta deve comer frutas, verduras, carnes, legumes, feijão e arroz, com bastante água (chás, sucos ou leite). Ter uma dieta adequada, leva a produção do leite adequado.

NÃO SE DEVE CONSUMIR ÁLCOOL, FUMO OU OUTRAS DROGAS, NEM TOMAR REMÉDIOS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.

NÃO OFERECER MAMADEIRA NEM CHUPETA PELO RISCO DE CONFUSÃO DE BICOS E DESMAME PRECOCE.



Lembre-se:

Amamentação é um direito garantido por lei! Todas as mães têm o direito de amamentar seus filhos. No trabalho, em casa e até quando estão privadas de liberdade.

Amamentar não é uma tarefa fácil, mas é possível para quase todas as mulheres. É importante que você conheça todas as técnicas apresentadas para melhorar esse processo e aproveitar ao máximo essa fase da vida com seu bebê.



Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SAÚDE DA CRIANÇA: Aleitamento Materno e Alimentação**

Complementar. Cadernos de Atenção Básica, n. 23, ed. 2, Brasília, 2015.

BABYCENTER AUSTRALIA. **Good Positions for Breastfeeding**, 2021. Disponível em:

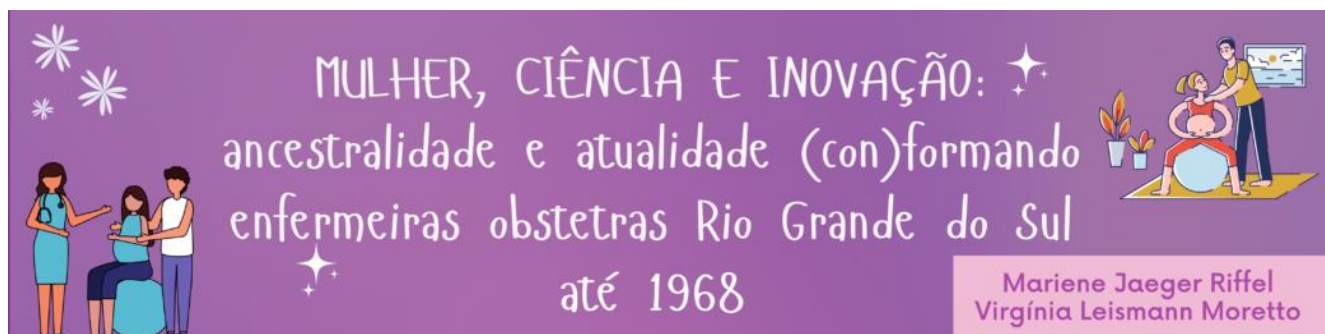
<https://www.babycenter.com.au/a8784/good-positions-for-breastfeeding>. Acesso em: 14 out. 2021.

Sikana. **Amamentação**, 2021. Mais de um milhão de mortes de crianças poderiam ser evitadas graças a práticas eficientes de amamentação materna. Disponível em: https://www.sikana.tv/pt/health/learn-the-basics-of-breastfeeding?pl=pt-br#chapter-1_. Acesso em: 14 out2021.

UNICEF. **Aleitamento materno**. UNICEF Brasil. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>. Acesso em: 14 out. 2021.

COMO CITAR:

AGUIAR, LM; CARVALHO, SCG; PAIXÃO, MLS; GONÇALVES, GF; VIAL, AG; FRETAS, JM; SILVA, BS; VERA, J; GOUVEIA, HG; PEDRON, CD; LUIZ, CB. **Técnicas de Amamentação**. Blog LEVi@enf2021(viewed 21November2021) Available from: <https://www.ufrgs.br/levi/tecnicas-de-amamentacao/#page-content>



Data de publicação: 21/11/2021

MULHER, CIÊNCIA E INOVAÇÃO: ancestralidade e atualidade (con)formando enfermeiras obstetras Rio Grande do Sul até 1968

Mariene Jaeger Riffel

Virgínia Leismann Moretto

<https://www.ufrgs.br/levi/historia-obstetrica-ate-1968/#page-content>

A ANCESTRALIDADE NA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Não é possível dizer que em algum momento da história brasileira ou rio-grandense foi fácil a obtenção do título de Enfermeira Obstetra.

Muito antes de existirem as enfermeiras profissionais, cuja regulação no Brasil se deu em 1932, existiram as curandeiras: profissionais sem licença legal para aplicar atos de cura e de proteção à vida. Eram, também, farmacêuticas que cultivavam, forneciam ervas e divulgavam seus usos; eram parteiras que permaneciam nas casas das grávidas até que seus bebês nascessem e que as mães estivessem seguras. Eram chamadas de aparadeiras ou curiosas, e suas ancestralidades remontam aos tempos do filósofo Sócrates (sec. IV a. C.), cuja mãe é um exemplo do ofício (SOUSA, 2021).

Foi Florence Nightingale quem instituiu a enfermagem profissional e científica, no século XIX. Seu prestígio e fama percorreram o mundo como enfermeira e epidemiologista.

INOVAÇÃO NA EDUCAÇÃO ESCOLAR PARA MENINAS NO BRASIL

No Brasil imperial, a instrução para todos os súditos se deu pela criação de escolas que permitiram a inclusão de meninas, em 1827. As meninas poderiam ser ensinadas apenas por mestres do sexo feminino uma vez que, por questões morais e religiosas, não se admitia a proximidade de homens e meninas nem mesmo em sala de aula. Por isso, as turmas eram separadas por sexo e havia dificuldades de se conseguir mulheres que pudessem ensinar além das quatro operações matemáticas, ler e escrever. Para o visconde de Cayru, meninas e mulheres tinham um intelecto “mui pouco desenvolvido para poderem entender e praticar operações ulteriores e mais difíceis de aritmética e geometria” (OLIVEIRA; OTTO, 2019); sua convicção era de que não se deveria lutar contra tal natureza. Após 30 anos, em 1854, houve a unificação dos conteúdos escolares para meninos e meninas.

OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Setenta anos após a abertura das primeiras faculdades brasileiras na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1879, houve a permissão da entrada de mulheres em cursos superiores. Assim, em 1887 formou-se a primeira médica brasileira cuja tese apresentada para a conclusão do curso foi centrada não apenas num aspecto feminino, mas numa situação que, na atualidade, é assunto que diz respeito à prematuridade e à mortalidade materna: a cesariana (OLIVEIRA; OTTO, 2019).

Em 1923, é criada a primeira Escola de Enfermagem no Rio de Janeiro: a Anna Nery. O ensino nesta instituição dava prioridade à saúde mental da população. E as mulheres lutavam pelo direito ao voto, sancionado em 1932: as solteiras e viúvas com renda própria e, as casadas, se o marido permitisse poderiam votar. Presume-se que, caso fosse dada a permissão, o voto desta mulher seguiria ao do marido. Dois anos após, o direito ao voto feminino foi ampliado para mulheres de todas as rendas, origens ou estado civil (OLIVEIRA; OTTO, 2019).

Exatamente na metade do século XX, 1950, foi criado o curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, que permaneceu anexo à faculdade de medicina até 1968.

É interessante saber quem ministrava as aulas em disciplinas como fisiologia, anatomia humana e obstetrícia: professores, homens, da faculdade de medicina. Interessante, também, saber quem ministrava aulas sobre vestuário das gestantes, higiene, sono, atividade física e psicologia da gestação: professoras da escola de enfermagem, evidenciando uma clara divisão sexual do trabalho e a magnitude dada aos assuntos.

Naquele momento os critérios para ingresso ao curso de enfermagem eram bem diferentes dos atuais: ginásio completo, ou seja, nove anos de escolaridade que correspondem ao ensino fundamental (RIFTEL, MORETTO, SILVEIRA, 2020); atestados de sanidade física e mental, de idoneidade moral (retirado em delegacias de polícia) e de vacinas. As provas prestadas versavam sobre química, física e biologia. A idade mínima para ingresso era 18 anos e, diferentemente do momento, quando não há limite para o ingresso, a idade máxima era de 38 anos.

Se, a atualidade permite que estudantes de enfermagem possam se dedicar a outras atividades como trabalho e família, até 1960 o curso exigia tempo integral, com internato para alunas e professoras, propiciando uniformização e a monitorização de comportamentos, o exercício da obediência, da dedicação, da disciplina e da abnegação (RIFTEL, MORETTO, SILVEIRA, 2020).

As integrantes do curso eram chamadas de “pupilas do senhor reitor”. Até 1960 as alunas eram transportadas em ônibus da universidade, tanto para irem às aulas como para retornarem à residência. A Escola possuía pessoal específico para promoção de alimentação balanceada, horários estipulados para estudo e, para que as acadêmicas pudessem sair do internato, precisavam ter ordem expressa dos pais ou responsáveis tendo horário para chegar que não poderia ultrapassar as 22 horas (RIFTEL, MORETTO, SILVEIRA, 2020).

FORMAÇÃO DE PARTEIRAS E A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA ATÉ 1968

Paralelamente à abertura do curso de graduação em enfermagem na UFRGS ocorreu, na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre-RS, o primeiro curso de orientação e atualização para parteiras que trabalhavam na instituição. As estudantes de graduação realizavam suas atividades práticas naquele hospital e precisavam

assistir um número mínimo de partos. Havia determinadas ordens sobre o que NÃO era permitido a quem atendia o parto, no caso de parteiras ou estudantes de enfermagem.

Entre tais interdições salientam-se:

- ◆ prescrever medicamentos e penicilina;
- ◆ levantar a paciente sem ordem médica;
- ◆ determinar o horário da primeira mamada;
- ◆ enviar recados ao médico em vez de falar com ele pessoalmente, em caso de risco;
- ◆ realizar sutura de períneo sem permissão médica;
- ◆ avisar que a criança estava mal posicionada;
- ◆ demonstrar sabedoria (BRANDÃO, 1998, p. 110).

Por outro lado, havia determinações sobre o que as acadêmicas deveriam fazer como:

- ◆ contar casos alegres e bem resolvidos, fáceis, para deixar a parturiente confiante;
- ◆ colocar a gestante numa peça desimpedida, arredar os móveis, colocar as bacias, o estojo de injeção, o irrigador, os impermeáveis e as toalhas;
- ◆ fazer a tricotomia vulvar;
- ◆ esvaziar a bexiga por sondagem;
- ◆ realizar lavagem intestinal e antissepsia da face interna das coxas, vulva e períneo com sabão;
- ◆ banhar a criança logo ao nascer e mostrá-la à mãe como recompensa por tanto sacrifício;
- ◆ guardar a placenta para o médico examiná-la;
- ◆ usar luvas no parto;
- ◆ não apressar ou retardar o parto
- ◆ causar ótima impressão com sua aparência;
- ◆ manter saúde impecável (BRANDÃO, p. 111-113).

Em 1962, quando criado o Estatuto da Mulher Casada, as mulheres puderam estudar e trabalhar sem a autorização do marido e passaram a ter direito à herança e a chance de pedir a guarda dos filhos em casos de separação. Muito se conquistou em relação a enfermagem e a condição de dignidade quando se fala de mulheres, casadas ou não. Mas muito ainda se veria e alcançaria em termos de direitos civis nos anos que viriam.

Nota: recomenda-se a leitura do texto **Mulher, ciência e inovação na formação de enfermeiras obstetras no Rio Grande do Sul: de 1968 à atualidade**, em continuidade a este.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, N. S. *Da Tesoura ao Bisturi: O Ofício das Parteiras, 1897-1967*. 1998. *Dissertação de mestrado*. PUC/RS. Programa de Pós-Graduação em História. Porto Alegre, 1998.

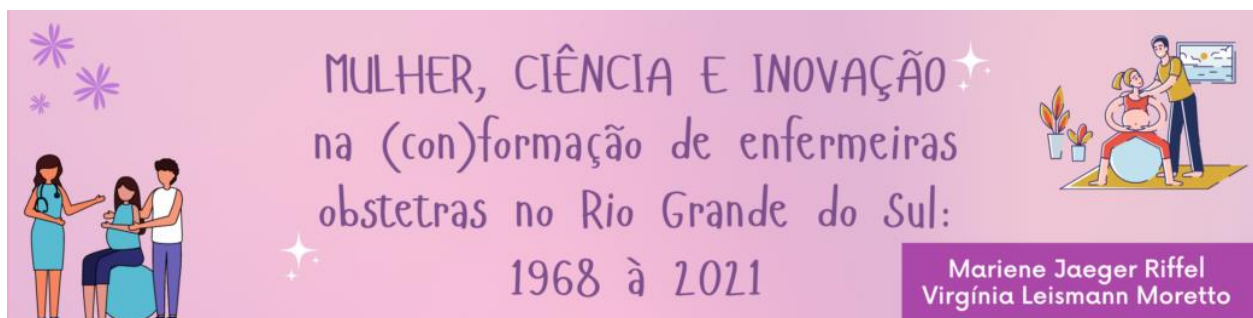
LEI DE 15 DE OUTUBRO DE 1827. **Manda crear escolas de primeiras letras em todas as cidades, vilas e lugares mais populosos do Império**. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38398-15-outubro-1827-566692-publicacaooriginal-90222-pl.html. Acesso em: 31 out. 2021.

OLIVEIRA, A.; OTTO, I. **A linha do tempo do feminismo no Brasil de 1827 a 2019**. 2019. Disponível em: <https://capricho.abril.com.br/comportamento/a-linha-do-tempo-do-feminismo-no-brasil-de-1827-a-2019>. Acesso em: 31 out. 2021.

RIFFEL, M. J.; MORETTO, V. L.; SILVEIRA, R. Enfermagem obstétrica: trajetória e constituição em sete décadas da Escola de Enfermagem da UFRGS. *Rev. Gaúcha Enferm.* 41 (spe). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190142>. Acesso em: 31 out. 2021.

SOUSA, R. G. **Sócrates**. História do mundo. Disponível em: <https://www.historiadomundo.com.br/artigos/socrates.htm>. Acesso em: 15 nov. 2021.

WESTIN, R. **Para lei escolar do Império, meninas tinham menos capacidade intelectual que meninos**. Agência Senado. Educação. Edição 65. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/nas-escolas-do-imperio-menino-estudava-geometria-e-menina-aprendia-corte-e-costura>. Acesso em: 31 out. 2021.



Data de publicação: 21/11/2021

MULHER, CIÊNCIA E INOVAÇÃO na (con)formação de enfermeiras obstetras no Rio Grande do Sul: 1968 à 2021

Mariene Jaeger Riffel

Virgínia Leismann Moretto

<https://www.ufrgs.br/levi/mulher-ciencia-e-inovacao-na-conformacao-de-enfermeiras-obstetras-no-rio-grande-do-sul-1968-a-2021/#page-content>

A história da enfermagem obstétrica no Rio Grande do Sul confunde-se com a da Escola de Enfermagem da UFRGS em muitos momentos. Criada em 1950, a Escola de Enfermagem tornou-se autônoma em 1968, dissociando-se enquanto anexo da faculdade de medicina da UFRGS.

Os cursos da área da saúde possuíam currículos que valorizavam a aprendizagem no ambiente hospitalar e, por isso, serviços fora deste cenário eram considerados impróprios. Em 1968 o contato de profissionais da saúde com as comunidades não era uma situação bem vista pelo governo, havendo um predomínio do caráter curativo em detrimento da saúde preventiva e da saúde pública.

A ciência, aí corporificada, fez a prática da assistência ao parto e nascimento constituir-se na maior disputa de espaço político entre a corporação médica e de enfermagem dos últimos 40 anos, quando a enfermagem obstétrica busca uma participação reconhecida, não anônima e não restrita a aspectos do trabalho de parto ou da assistência ao parto normal sem distócia. Tal disputa, efeito de situações relativas à enfermagem é objeto de frequentes atos de desqualificação reforçados por leis e regulamentos que fogem, muitas vezes, ao âmbito profissional.

Como exemplo, pode-se citar a utilização legal do termo “mulher honesta”, que passou a ser utilizado cotidianamente para referir-se às mulheres cuja conduta sob ponto de vista moral e sexual não ferisse a decência exigida pelos “bons costumes”. O termo mulher honesta foi retirado do código penal brasileiro, apenas em 2009, e o termo “bons costumes” referiam-se às atividades e condutas desenvolvidas fora do lar, principalmente se não fossem permitidas pelo pai ou marido. Da mesma forma, desde 1940, o homem podia pedir a anulação do casamento caso descobrisse que a esposa não era virgem. A virgindade feminina era tratada, até o ano de 2002, como crime e justificativa para o término da união.

A anulação algumas leis tem favorecido a inserção das mulheres no mercado de trabalho, auxiliando na horizontalidade das relações entre os sexos. Quando foi criada a lei de igualdade de oportunidade de crédito, em 1974, as mulheres puderam assinar contratos de empréstimo e obter cartão de crédito sem a

avaliação de um homem. Em 1977 foi promulgada a lei do Divórcio diminuindo a culpabilização das mulheres pelo fim do casamento e terminando com o termo desquitadas, que impedia a formação legal de futuras uniões

A constituição de 1988 afirma que todos somos iguais perante a lei. Porém, permanece a dificuldade de entendimento por parte da população sobre o que isso significa para as mulheres e para profissões preponderantemente femininas.

FIM DE MILÊNIO, NOVOS PROBLEMAS

As alterações relacionadas à enfermagem obstétrica foram marcadas na Conferência Internacional sobre Tecnologias Apropriadas ao Nascimento em 1985, em Fortaleza/Brasil. Neste momento foram discutidas políticas mundiais específicas para o parto e nascimento em serviços de saúde privados e públicos. Esta conferência mobilizou pesquisadores para a revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos publicados desde 1950. Como resultado, foram classificadas 275 práticas efetivas e seguras, destacando a atuação de parteiras e enfermeiras obstetras.

Ainda em 1985, a rede pública brasileira inicia a distribuição de métodos contraceptivos, cuja ação não era associada a informação necessária ou à serviços de qualidade. Isto colocava os métodos reversíveis em descrédito em detrimento à laqueadura tubária associada à cesariana.

As mudanças na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem de 1986 incluíram práticas específicas para enfermeira obstetra, como a realização de episiotomia e a rafia com aplicação de anestesia local, quando necessário. Em 1996 é instituída a lei sobre planejamento familiar para regulação da fecundidade com garantia de igualdade constitucional entre homens e mulheres na limitação ou aumento da prole. No mesmo ano é publicada Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que indica a Residência e a Especialização em Enfermagem como requisito para o título de Enfermeira obstetra. Ainda em 1996 o Congresso Nacional cria o sistema de cotas obrigando os partidos a inscrever pelo menos 20% de mulheres nas chapas eleitorais numa tentativa de incluir mais políticas voltadas às mulheres.

A arena de lutas para a afirmação e a ampliação das atividades legalmente constituídas para a enfermagem obstétrica brasileira mantém-se acirradas até o final do século XX. Em 1998 houve a inclusão do 'parto normal sem distócia' no rol de procedimentos realizador por profissionais no SUS; a inclusão da enfermeira obstetra como personagem principal na equipe de atendimento nos Centros de Parto Normal – CPN (portaria nº 2.815, de 29/05/1998) e sua habilitação para a emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH (Portaria nº 163/98 de 22/09/1998).

NOVO MILÊNIO, VELHAS SITUAÇÕES

Iniciado um novo milênio, em 2001 foi instituído o Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN – em cujo texto é renovado o estímulo à capacitação de enfermeiras obstetras. Foi preciso uma década para que o programa fosse regulamentado por meio da estratégia Rede Cegonha, permitindo a ampliação dos cenários de prática para formação de Enfermeiras Obstetras. Desde 2002 a OMS vem alertando para o quantitativo insuficiente de todos os profissionais da enfermagem, projetando a inquietação de governos e

nações sobre uma deterioração de serviços de saúde prestados às populações, chamada crise dos Recursos Humanos em Saúde. Esta crise instigou a OMS à ações como a campanha Nursing Now, pela valorização das enfermeiras, parteiras e enfermeiras obstetras, iniciada em 2018. Os principais objetivos da Nursing Now são melhorar a saúde globalmente, capacitar profissionais da enfermagem, contribuir para melhorar a igualdade de gênero e construir economias mais fortes.

A ONU estima que faltarão nove milhões de enfermeiras e parteiras para suprir as necessidades da população mundial até 2030. O investimento sobre sua formação evitaria 2/3 das mortes maternas, de recém-nascidos e natimortos, salvando 4,3 milhões de vidas/ano. No ano de 2021 a Lancet publicou a estimativa

da escassez global de 900 mil parteiras

O Ministério da Saúde do Brasil, em parceria da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras – ABENFO – formou 900 enfermeiras obstetras, entre 2013 e 2016; a EEUFRGS participou da formação de 27 especialistas. Em 2017, os Ministérios da Saúde e Educação lançaram o programa de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia – APICEON – em continuidade à formação e a implementação das melhores práticas de atenção e cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal. O programa teve, novamente, a parceria e o estímulo da ABENFO e foi direcionado aos hospitais com atividades de Ensino.

IMPORTANTE PARA GOVERNOS, IMPECILHO PARA VELHAS PROFISSÕES

A Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul lançou a Resolução 206/17 que prevê a presença de enfermeiras “nas 24 horas do dia e o compromisso de inserção gradativa da enfermeira obstetra no processo assistencial”. A resolução da SES foi editada dois anos após o Conselho Regional de Medicina do RS – CREMERS – editar sua Resolução 02/2015 onde se lê que é nociva “a possibilidade de realização de parto sem a presença de obstetra, de pediatra, de neonatologista e, até mesmo, sem a presença de médico”, entre outras desqualificações às enfermeiras. Esta resolução foi objeto de ação judicial da enfermagem que culminou, em 2021, com a retirada definitiva de todos os artigos que se atribuíam o direito de legislar sobre a enfermagem e, ainda mais, sobre o que já está estabelecido em leis, normas e regulamentos federais sobre a profissão.

No mesmo ano em que houve a tentativa de interdição de enfermeiras à assistência ao parto, 2015, foi aprovada a Lei do Feminicídio, classificando-o como crime de homicídio. Mas foi somente em fevereiro do ano de 2021 que o Supremo Tribunal Federal torna inconstitucional a prerrogativa de morte por legítima defesa da honra. Outras ações em disputa, desde 2019, entre enfermeiras e médicos estão relacionadas à inserção de DIU e realização de ultrassonografia por enfermeiros obstétricos, cujas várias tentativas de impedimento foram revogadas judicialmente em 2020.

Estas situações são, à exemplo de outras aqui citadas, claras manifestações da condição feminina gaúcha e brasileira atual, com seus respingos na enfermagem e nas mulheres que gestam seus cidadãos.

Voltando ao século XIX, quando foi permitida a entrada de meninas nas escolas e da mulher no mercado de trabalho como professoras, recebendo o mesmo salário que seus colegas homens, foi fixado um piso salarial para a profissão. As profissionais da enfermagem, no início do século XXI continuam lutando por jornada de trabalho regulamentada e piso salarial entre batalhas por atuação legalmente constituída. Não podemos fugir da história, mas podemos mudá-la.

REFERÊNCIAS

BERQUÓ, E. BRASIL, UM CASO EXEMPLAR – Anticoncepção e Parto Cirúrgicos – à Espera de Uma Ação Exemplar. *Estudos Feministas*, vol. 1, no. 2, Instituto de Estudos de Gênero da Universidade Federal de Santa Catarina, 1993, pp. 366–81. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/43903643>. Acesso em: 17 nov. 2021.

COFEN. Conselho federal de enfermagem. Lei respalda atuação do enfermeiro na Saúde Sexual e Reprodutiva. 27/10/2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/legislacao-respalda-atuacao-do-enfermeiro-na-saudesexual-e-reprodutiva_92884.html. Acesso em 16 nov. 2021.

NOVE, A.; FRIBERG, I. K.; BERNIS, L, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health* 2021; 9: e24–32. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30397-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30397-1). Acesso em: 15 nov. 2021.

WHO. World Health Organization. Novo relatório soa o alarme sobre a escassez global de 900 mil parteiras. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/05-05-2021-new-report-sounds-the-alarm-on-global-shortage-of-900-000-midwives>. Acesso em: 17 nov. 2021.

OLIVEIRA, A., OTTO, I. A linha do tempo do feminismo no Brasil de 1827 a 2019. Disponível em: <https://capricho.abril.com.br/comportamento/a-linha-do-tempo-dofeminismo-no-brasil-de-1827-a-2019>. Acesso em: 31 out. 2021.

RIESCO, M. L. G. TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Revista Estudos Feministas* [online]. 2002, v. 10, n. 2, pp. 449-459. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200014>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SILVEIRA, T.; GUBERT, T. J. A.; NETO, F. G. X. et al. Formação de enfermeiros no Brasil: compreensão histórica de seus alicerces. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2012. Disponível em: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/73403>. Acesso em: 16 nov. 2021.

TRANSLACTAÇÃO

E RELACTAÇÃO



O que é?
Quando é indicado?
Como fazer?

Acadêmicos de Enfermagem Ingrid Amaral, Júlia Ribeiro, Juliani Goulart,
Larissa Kafruni, Matheus Raya e Pâmela Pereira
Monitoras Bruna da Silva e Julya Vera
Professoras Dra. Helga Gouveia, Dra. Cecília Pedron e Esp. Carina Luiz

Data de publicação: 22/11/2021

Translactação

Profa. Dra. Helga Gouveia, Dra. Cecília Pedron e Esp. Carina Luiz
Acadêmicos de Enfermagem Ingrid Amaral, Júlia Ribeiro, Juliani Goulart,
Larissa Kafruni, Matheus Raya e Pâmela Pereira
Monitoras Bruna da Silva e Julyas Vera
<https://www.ufrgs.br/levi/translactacao/#page-content>

A translactação garante a nutrição do bebê e evita a necessidade de mamadeiras, ao mesmo tempo que estimula a produção do leite materno e o vínculo entre mãe e bebê

(BUENO et al., 2020).

Translactação ou relactação?

Ambas são técnicas que consistem em amamentar o bebê através de uma sonda, junto ao seio da mãe, para que ele mame no seio e estimule a produção de leite materno. No entanto, a translactação é feita com o leite materno, enquanto a relactação é realizada com fórmula, leite animal ou leite humano pasteurizado. (SANTANA et al., 2016)

Quando a translactação é indicada?

Quando o recém-nascido:

- Tem prescrição de algum líquido ou leite artificial
- Deixou o peito para usar a mamadeira e se deseja voltar com a amamentação
- Está com sucção pouco eficiente
- Está com baixo ganho de peso
- Rejeitou uma ou duas mamas
- É prematuro, está aprendendo a mamar e não consegue sugar todo o leite necessário
- Apresenta alguma enfermidade ou condição que o impede de fazer muito esforço (OLIVEIRA et al., 2014)





É indicado para as mães quando:

- O leite ainda não desceu, no pós-parto imediato
- Tomou medicamento para secar o leite e quer retomar a amamentação
- Apresenta pouca produção de leite (hipogalactia)
- É adotiva e deseja amamentar
- Está com a mama menor que a outra. (BRASIL, 2015) (OLIVEIRA et al., 2014)

Como fazer em casa?

Você vai precisar de uma sonda naso-gástrica nº4 ou 6, que é encontrada em farmácias, um frasco ou seringa e fita micropore ou esparadrapo.

Passo a passo:

- 1- Coloque o leite em um frasco, que pode ser um copo ou uma mamadeira pequena
- 2- Uma das pontas da sonda, deve ser colocada dentro deste frasco
- 3- A outra ponta deve ficar junto ao mamilo da mãe, mas sem ultrapassá-lo, para que o bebê possa sugar esse leite.
- 4- Posicione o frasco na altura das mamas
- 5- Um pedaço de fita micropore pode fixar a sonda no seio, mas não cole em cima da aréola
- 6- Posicione o bebê no peito, abocanhando a aréola e a sonda.
- 7- Interrompa o fluxo do leite dobrando o canudo durante um minuto, a cada três minutos, para simular o fluxo natural das mamas. (BRASIL, 2013)



Alguns cuidados com a translactação

- O material utilizado deve ser, ou descartado, ou higienizado para reutilização;
- No de reutilização, deve ser fervido na água durante 15 min antes do uso e higienizado com água e sabão antes e após o uso;
- Se o frasco estiver posicionado acima da linha das mamas o fluxo aumentará; se estiver abaixo, ele diminuirá;
- A sonda deve ser posicionada próximo ao lábio superior do bebê, e nunca no canto da boca, para não prejudicar o vácuo da pega;
- O auxílio de alguém próximo durante o processo de adaptação é muito importante para ter sucesso na translactação (BRASIL, 2018) (BUENO et al., 2020).

Vale lembrar que a mãe pode retirar o leite e guardá-lo para dar ao bebê mais tarde. No entanto, deve estar atenta ao local e ao tempo de conservação do leite.

Referências:

BUENO, Mariane Fernanda; PINTO, Manuela de Camargo; MONTES, Lorena de Godoi. O USO DA TÉCNICA DE TRANSLACTAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS DE PARTO DE PREMATURO. **Revista InterSaúde**, [S.l.], v. 1, n. 3, p. 67-74, nov. 2020. ISSN 2674-869X. Disponível

em: <http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/155>. Acesso em: 13 out. 2021.

PESSOA-SANTANA, M. da C. C.; SILVEIRA, B. L. da; SANTOS, I. C. da S.; MASCARENHAS, M. L. V. da C.; DIAS, E. G. C. Métodos alternativos de alimentação do recém-nascido prematuro: considerações e relato de experiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 157-162, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/14607>. Acesso em: 1 nov. 2021.

OLIVEIRA, T.L. MORAES, B.A. SALGADO, L.L.F. Relactação como possibilidade terapêutica na atenção a lactentes com necessidades alimentares especiais. **Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde**. 2014;9(supl.1):297-309. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/10528/9708>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Cadernos de Atenção Básica. n. 23. 2. ed. Brasília-DF, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método Canguru**: manual técnico. 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013:204p. : il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf

BRASIL. Núcleo de Telessaúde Santa Catarina. Ministério da Saúde. **Quais as orientações para o uso da técnica de relactação/translactação?** 2018. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-as-orientacoes-para-o-uso-da-tecnica-de-relactacao-translactacao/>. Acesso em: 13 out. 2021.



Data de publicação: 22/11/2021

Principais complicações durante aleitamento materno

Dra. Helga Gouveia

Dra. Cecília Drebes Pedron

Esp. Carina Luiz

Bruna da Silva

Julya Vera

Acad. Enf. Melissa L. Roman

Acad. Enf. Alexandra L. Neutzling

Acad. Enf. Isabella Moesh

Acad. Enf. Gabriele B. Machado

Acad. Enf. Pedro Bedin

<https://www.ufrgs.br/levi/principais-complicacoes-durante-aleitamento-materno/#page-content>

Mães e pais: o que vocês precisam saber?

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

O que é?

Enchimento patológico excessivo das mamas. Famoso “leite empedrado”.

Ocasionalmente 3 eventos:

- ➔ Aumento da vascularização da mama;
- ➔ Retenção de leite;
- ➔ Inchaço devido a congestão e obstrução.

CAUSAS:

Início tardio da amamentação

Mamadas infrequentes

Restrição da duração

Sucção ineficaz

Pega incorreta

CARACTERÍSTICAS:

Pele brilhante

Inchaço

Vermelhidão

Mamilos achatados

Leite não flui com facilidade

Pode haver febre

MANEJO:

Esvaziar as mamas

Massagens suaves

Compressas frias após ou nos intervalos

Analgésicos/intiinflamatórios (consultar profissionais)



Compressas frias no máximo 20 minutos, para evitar efeito rebote.



QR Code: Vídeo sobre massagens para amamentação

TRAUMA MAMILAR

O que é?

É a alteração da na região da aréola e mamilo, com a presença de lesão. No início do aleitamento, é normal sentir discreta dor ou desconforto no início das mamadas, mas mamilos muito dolorosos e machucados não são normais!

Pode se apresentar de várias formas* e sinais.

MANEJO:

Usar o próprio leite na região;

Iniciar a mamada pela mama menos afetada e usar diferentes posições;

Ordenhar um pouco de leite antes da mamada para o bebê não ter que sugar com tanta força;

Uso de óleos a base de ácidos graxos essenciais na região;

Uso das roscas de amamentação

PREVENÇÃO:

Posicionamento e pega adequados;
Mamilos secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar;
Não usar produtos que retiram a proteção natural do mamilo (sabões, álcool);
Amamentar em livre demanda;
Usar o dedo na boca do bebê para interromper a sucção antes dele ser retirada do seio;

FATORES DE RISCO:

Tipo de mamilo, pega ao seio materno, posicionamento entre mãe e filho, ingurgitamento mamário, dor mamilar, mastite lactacional.



Fissura mamilar



Escoriação



Hematomas



Vermelhidão



Fique atenta aos sinais e sintomas: vermelhidão, marcas brancas, amarelas ou escuras, hematomas, inchaço, bolha, rachaduras, erosão, escoriações, feridas abertas, crostas e descamação. Procure um profissional para auxiliar!

BLOQUEIO DUCTAL

O que é?

É o bloqueio dos ductos lactíferos (os canais do leite). Ocorre quando o leite produzido não é drenado adequadamente em alguma área e a mama não está sendo esvaziada como deveria.

PARA ISSO, EVITE:**Mamadas infrequentes****Usar sutiãs apertados****Sucção ineficaz do bebê****Usar cremes desnecessários nos mamilos**

Presença de caroços mamários sensíveis e dolorosos.



Pode haver dor, calor e vermelhidão na área.



Às vezes, está associado a um pequeno ponto branco na ponta do mamilo, doloroso durante as mamadas.



Você pode remover o ponto esfregando-o com uma toalha se você se sentir confortável. Fique atenta e procure ajuda!

MANEJO:

Amamentar com frequência;
Variar as posições da amamentação: primeiro a mama afetada, com o queixo do bebê apontado para a área;
Calor local e massagens antes e após as mamadas em direção ao mamilo;
Ordenhar se necessário

MASTITE

O que é?

Inflamação em uma ou ambas mamas que pode evoluir para uma infecção bacteriana.

CARACTERÍSTICAS:



Seio inchado, vermelho, quente e dolorido;



Febre e mal estar.

CAUSAS:

"Leite empedrado"

Esvaziamento incompleto de leite da mama

Traumas no mamilo

Infecções

MANEJO:

Medicamentos conforme prescrição médica

Repouso

Sutiã adequado

Alimentação adequada

Ingestão de líquidos

COMO PREVENIR?

Esvaziando adequadamente as mamas, seja por amamentação em livre demanda ou ordenha manual.



Procure ajuda médica se a sua mama estiver com esse aspecto!

Se possível, tenha apoio emocional para enfrentar este momento

DESMAME

O que é?

É quando a alimentação do bebê não depende da amamentação materna. Acontece de forma gradual entre 2 e 4 anos e é considerado precoce antes de 1 ano de idade.

Fatores de risco do desmame precoce:

- Mamães de primeira viagem podem ter dificuldades pela pouca experiência.
- Ansiedade materna e dificuldade de pega.
- Surgimento de fístulas e dor.
- Amamentação materna não exclusiva antes dos seis meses.
- Uso de bicos e chupetas.
- Desconhecimento sobre os benefícios e a importância da amamentação.

Como prevenir:

- Pesquise e leia sobre a amamentação, quanto mais conhecer mais segura se sentirá!
- Sempre que surgir dúvidas pergunte a um profissional!
- Amamente sempre que o bebê quiser, quanto mais amamentar mais leite produzirá!
- Evite ao máximo o uso de bicos e chupetas!
- Amamente exclusivamente com leite materno até os 6 meses de idade!

Referências

BRASIL. SAÚDE DA CRIANÇA, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Versão de consulta pública – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

URASAKI, Maristela Belletti Mutt; TEIXEIRA, Camila Inocencio; CERVellini, Marina Possato. Trauma mamilar: cuidados adotados por mulheres no pós-parto. Revista Estima, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 26-34, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5327/Z1806-3144201700010005>> DOI: 10.5327/Z1806-3144201700010005.

Sousa GCM, Roque ML, Guimarães M, Clemente MF, Santana NHA, Maia JS, Maia LFS. As intercorrências mamárias e as condutas de enfermagem. São Paulo: Revista Remecs. 2017; 2(2):30-40.





Data de publicação: 22/11/2021

Cuidando do seu bebê

Dra. Helga Gouveia

Dra. Cecília Drebes Pedron

Esp. Carina Luiz

Bruna da Silva

Julya Vera

Acad. Enf. Cristiane Prates

Acad. Enf. Guilherme Miranda

Acad. Enf. Karla Durante

Acad. Enf. Rebecca Vidal

Acad. Enf. Thailine Theis

Acad. Enf. Thainá Lima

<https://www.ufrgs.br/levi/cuidados-com-rn/#page-content>

O BANHO DO BEBÊ É UM DOS PRIMEIROS DESAFIOS APÓS O NASCIMENTO

Após o parto, um dos momentos mais temidos dos pais é a hora do banho. Muitos pais e mães temem este momento pelo fato de que é um momento onde o bebê está mais frágil, por conta da água e do sabonete que o deixa mais escorregadio. Além do medo da temperatura da água.

De fato, para que este momento seja tranquilo e relaxante para o bebê existem alguns cuidados que devem ser tomados.

- A pele do recém-nascido é mais fina e possui pouca camada do estrato córneo, conseqüentemente oferece menor proteção contra agressões externas.
- O banho é uma atividade que visa à higiene, estimula a circulação geral da pele e promove sensação de conforto.
- A modalidade de banho e a periodicidade do mesmo serão determinadas pela idade gestacional, peso e condições de saúde do recém-nascido.



- O primeiro banho imediato é indicado apenas quando a mãe for portadora de HIV, hepatite B e herpes-vírus, com o objetivo de remover resíduos maternos e diminuir a exposição do recém-nascido a estes agentes etiológicos.

- Utilizar somente sabão com pH neutro a levemente ácido.

QUAL A MELHOR MODALIDADE DE BANHO PARA O MEU BEBÊ

Não existe uma modalidade certa ou errada mas sim algumas técnicas mais recomendáveis para cada recém-nascido.

Banho de imersão

É orientado que esta técnica venha a acontecer somente 2 a 6 horas após o nascimento, com peso superior a 1500g.

Esta técnica de banho visa reduzir a instabilidade térmica, promover menor irritabilidade e uma maior organização comportamental. Além de ser a técnica mais conhecida, e por tanto passa uma maior segurança para a mãe.

Ela consiste na higienização do rosto e cabeça, em seguida a imersão do corpo envolto na banheira, contendo água morna à 37º Celsius e iniciando o banho por partes.

É orientado que o bebê seja envolto em um cueiro, como está ilustrado na primeira imagem, pois dá mais segurança para o bebê e para a pessoa que está manejando o banho.

Tummy Bath (Banho de Ofurô)

Este tipo de banho tem como finalidade principal promover o relaxamento do recém-nascido.

Consiste na imersão do recém-nascido em uma banheira que se assemelha ao útero materno, permitindo ao bebê ficar com o corpo submerso em água, em posição flexionada, mantendo a cabeça fora da água, apoiado pelo cuidador.

O banho de ofurô é contra-indicado para os prematuros, pois apresentam um sistema musculoesquelético em desenvolvimento e tônus muscular diminuído.

CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

O cordão umbilical é a estrutura que liga o feto à placenta garantindo as trocas gasosas e os nutrientes essenciais ao desenvolvimento fetal.

Depois do nascimento este é clampeado e laqueado, e passa a ser designado por coto umbilical, o qual é alvo de um processo de mumificação, tornando-se mais seco, firme e escuro até à queda que ocorre habitualmente entre o 4º e 14º dia pós-parto.

Quanto mais tempo demorar a cair, maior a probabilidade de infecção. O coto umbilical não curado é um portal para infecções locais e invasivas e é rapidamente colonizado por bactérias do meio ambiente e do trato genital materno durante o trabalho de parto.

A infecção do coto umbilical é designada por onfalite e as práticas relacionadas com a higiene são determinantes para o aparecimento da onfalite, o tipo de parto, os cuidados ao coto, o banho, a lavagem das mãos e o contacto pele a pele.



Deve-se usar a técnica dry care, que se traduz por manter o coto limpo e seco. Utilizando-se álcool 70% três vezes ao dia no coto umbilical até sua queda.

Em muitos estudos tem sido constatado que a técnica dry care é a melhor opção nos cuidados ao coto umbilical, ajudando a detectar facilmente sinais de infecção.

TROCA DA FRALDA



Trata-se de um cuidado de higiene frequente, que deve considerar aspectos relacionados à pele do RN, que é imatura, frágil e sensível a agentes químicos e mecânicos. Deve acontecer após a micção ou evacuação a fim de evitar desenvolvimento de lesões de pele (dermatite).

A troca de fralda deve ser realizada sempre que necessário sendo importante antes da dieta e a cada 3 horas.

Procurar não elevar as pernas do RN, para evitar pressão abdominal que favorece o refluxo gastroesofágico e/ou broncoaspiração. A melhor maneira de trocar a fralda é lateralizando o bebê.

O uso profilático de pomadas é contraindicado, pois favorece a colonização da pele. Em caso de lesão aparente, comunicar um profissional da saúde habilitado para auxiliar na conduta.

O CUIDADO COM AS ROUPINHAS DO RECÉM-NASCIDO

Manter a temperatura confortável no local onde o bebê está é importante para promover conforto e garantir a sua saúde. Lembrar que o contato pele-a-pele proporciona um bom controle térmico. A dificuldade em manter a temperatura ocorre porque ele não tem capacidade para produzir calor e isolamento térmico adequado. Lembrando que a temperatura normal do RN varia entre 36,5o C a 37,5oC. É importante orientar as mães que bebês muito agasalhados sentem-se desconfortáveis e correm risco de hipertermia. Inquietação, rosto vermelho e febre são alguns indícios também. O cuidado com a temperatura do RN contribui significativamente para a queda da mortalidade.



HORA DA SONECA

Bebês possuem seus próprios hábitos de sono, que devem ser respeitados! Isso não impede uma incorporação e adaptação à rotina familiar e ajustes conforme demanda da própria criança. Abaixo uma tabela que orienta pais sobre o adequado sono de seus anjinhos.



Recém-nascido	16-20 horas/dia
Três semanas	16-18 horas/dia
Seis semanas	15-16 horas/dia
Quatro meses	9-12 horas/dia + duas sonecas 2-3 horas cada
Seis meses	11 horas/dia + duas sonecas 1-2 horas cada

MEDIDAS DE SEGURANÇA

- Identificação segura do bebê;
- Higienização das mãos para evitar infecções e outras doenças relacionadas ao cuidado da saúde do bebê;
- Prevenir e informar acontecimentos clínicos e não clínicos como quedas;
- Implementação de programas de calibração e manutenção de equipamentos (especialmente bombas de infusão);
- Prevenção de erros na medicação e comunicação efetiva por meio dos profissionais que estarão assistindo o bebê e a família, além da prevenção de outros riscos mais frequentes para recém-nascidos;
- Transportar o bebê no bebê conforto.



TESTE DO CORAÇÃOZINHO (OXIMETRIA DE PULSO)

O nome “teste do coraçãozinho” pode até parecer assustador, mas é de extrema importância e muito simples de realizar, então as mães podem ficar tranquilas. O teste é feito a partir da oximetria de pulso, um aparelho que mede a quantidade de oxigênio transportado no sangue do seu bebê e serve para diagnosticar possíveis cardiopatias congênitas.

TESTE DO PEZINHO



Ainda falando sobre os Exames em Recém Nascidos, agora vamos conversar sobre o famoso Teste do Pezinho, que é realizado a partir da coleta de gotas de sangue do calcanhar do bebê.

O teste deve ser realizado entre o 3º e o 7º dia de vida do recém nascido, podendo ser prolongado até 30 dias do nascimento caso não tenha conseguido coletar por algum motivo específico.

O exame é bastante importante já que consegue diagnosticar precocemente diversas doenças, sendo as principais:

- Fenilcetonúria
- Fibrose Cística

- Hemoglobinopatias
- Hipotireoidismo Congênito
- Deficiências de Biotinidase
- Doença Falciforme

TESTE DO OLHINHO

O Teste do Olhinho é realizado a partir do 2º dia de nascimento, ainda na maternidade, e é de extrema importância para detectar doenças oculares.

O exame é totalmente indolor e rápido, realizado com um oftalmoscópio que é uma espécie de lanterna, e serve para o médico conseguir visualizar um reflexo vermelho homogêneo e simétrico em ambos os olhos.

Caso a luz refletida nos olhos for esbranquiçada, o bebê será encaminhado para a emergência oftalmológica.

- Principais doenças que podem ser detectadas:
- Catarata congênita
- Glaucoma congênito
- Tumores intraoculares
- Hemorragias intravítreas
- Estrabismo
- Retinoblastoma

TESTE DA LINGUINHA É OBRIGATÓRIO!

Esse título dá até medo, mas não se preocupem, é só para reforçar a importância de realizar esse teste no seu recém-nascido.

É um exame que possibilita a avaliação do frênulo lingual, mais conhecido como “língua presa” e afeta a limitação no movimento da língua. O seu diagnóstico precoce evita possíveis problemas para amamentar, deglutir, mastigar e até falar.

O exame é simples, feito a partir da observação dos movimentos da língua e do freio lingual, totalmente indolor, mas de extrema importância para a saúde do seu filho.

TESTE DA ORELINHA

O teste da orelhinha auxilia no diagnóstico de problemas auditivos no bebê. Assim como os outros, também é indolor, rápido e seguro para o seu filho, podendo ser realizado a partir do 2º dia de nascimento.

O exame é realizado por um aparelho que produz estímulos sonoros e avalia o retorno desses estímulos nas estruturas do ouvido interno.

Referências

Arduini, Giovanna Abadia Oliveira et al. CONHECIMENTO DAS PUÉRPERAS SOBRE O TESTE DO PEZINHO. Revista Paulista de Pediatria [online]. 2017, v. 35, n. 2 [Acessado 15 Outubro 2021], pp. 151-157. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;2;00010>>. Epub 15 Maio 2017. ISSN 1984-0462. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;2;00010>.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA (São Paulo). Recomendações para cuidados e assistência ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de COVID-19. 2020.

Disponível em: <https://www.spdm.org.br/saude/coronavirus/item/3344-recomendacoes-para-cuidados-e-assistencia-ao-recem-nascido-com-suspeita-ou-diagnostico-de-covid-19>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Ministério da Saúde. Segurança do Paciente na Assistência obstétrica e neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. 24 slides, color. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30530/2/Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20na%20Assist%C3%Aancia%20Obst%C3%A9trica%20e%20Neonatal.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Ministério da Saúde. Principais Questões sobre Segurança do Paciente em Unidades Neonatais. 2019. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-seguranca-do-paciente-em-unidades-neonatais/>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico / Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed– Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.

BRASIL. MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ. Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/banho_no_recem_nascido.pdf. Acesso em 18 out. 2021.

CARVALHO, V.O. Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido. Disponível em:

http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flippingbook/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/basic-html/page1.html. Acesso em: 13/10/2021.

BRAZILIAN JOURNAL HEALTH REVIEW: Abordagem dos cuidados com o coto umbilical na atenção básica para prevenção da onfalite: relato de experiência. Curitiba, 17 set. 2020. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16740>. Acesso em: 17 out. 2021.

Catarino, Camilla Ferreira et al. Registros de cardiopatia congênita em crianças menores de um ano nos sistemas de informações sobre nascimento, internação e óbito do estado do Rio de Janeiro, 2006-2010* *

Manuscrito elaborado a partir de um recorte da dissertação de Mestrado em Ciências, sub-área da Saúde da Criança e da Mulher, de Camilla Ferreira Catarino, apresentada junto ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente 'Fernandes Figueira', da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, no ano de 2014. . Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2017, v. 26, n. 3 [Acessado 19 Outubro 2021] , pp. 535-543. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300011>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300011>.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Moduladores dos hábitos de sono na infância. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 60, n. 5, p. 564-568, out. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672007000500015>.

LUIS, Sandra Paula Domingues. Boas práticas nos cuidados ao coto umbilical: um estudo de revisão. Milenium: Viseo, p. 24-33, 12 set. 2014. Semestral. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/2540>. Acesso em: 17 out. 2021.

MEDEIROS, J. S.; MASCARENHAS, M. F. P. Banho Humanizado em recém nascido prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. Rev.Ter.Ocup. Univ. São Paulo, V.21, N.01, P. 51-60, Janeiro/ Abril 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-657241>. Acesso em: 17 out. 2021.

Mendonça, Ana C. et al. Muito além do "Teste do Pezinho". Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia [online]. 2009, v. 31, n. 2 [Acessado 16 Outubro 2021] , pp. 88-93. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-84842009005000012>>. Epub 10 Abr 2009. ISSN 1806-0870. <https://doi.org/10.1590/S1516-84842009005000012>.

MORE: Mecanismo online para referências, versão 2.0. Florianópolis: UFSC Rexlab, 2013. Disponível em: <http://www.more.ufsc.br/>. Acesso em: 15 out. 2021.

SOUZA, A.B.G. Manual prático de enfermagem neonatal. São Paulo. Ed. Atheneu, 2017.



Data de publicação: 22/11/2021

Período de transição neonatal: cuidados de enfermagem

Dra. Helga Gouveia

Dra. Cecília Drebes Pedron

Esp. Carina Luiz

Bruna da Silva

Julya Vera

Acad. Enf. Amanda Von Der Heyde de Oliveira

Acad. Enf. Andrwis Lara Barão

Acad. Enf. Giovana Maria Agliardi Cardoso

Acad. Enf. Isabel Kerber

Acad. Enf. Tauane Letícia Johann Da Rosa

<https://www.ufrgs.br/levi/periodo-de-transicao-neonatal-cuidados-de-enfermagem/#page-content>

O que é o período de transição?

O nascimento é o evento mais importante das nossas vidas. É o início de uma jornada de conhecimento, experiência e evolução. Como disse, certa vez, o Dr. Paulo Roberto Margotto, pediatra e intensivista, morador da cidade de São Paulo: " Nascer é prejudicial à saúde, porque não há no mundo nenhum ambiente mais controlado e confortável do que o útero materno. Mas como viver é um risco inevitável e necessário, é bom saber que tem gente empenhada em garantir maior qualidade ao nascimento e à vida"

O entendimento sobre a transição que o neonato passará após sair da vida intrauterina, para a vida extra-uterina, é de extrema importância, visto que é o período de maior risco de mortalidade. O recém-nascido, tem um processo de transição muito sofisticado e delicado, e o profissional deve estar atento aos detalhes deste processo.

Assim, neste presente jornal, iremos esclarecer as etapas de tal transição e detalhar, de forma de fácil compreensão, as características de cada uma delas.

Quais são as fases dessa transição?



PERÍODO DE ATIVIDADE

- Quando ocorre: Durante a 1ª hora pós-parto
- Duração: 30 a 60 min
- Características: RN com padrão respiratório irregular; FC e FR variáveis, sendo a FR entre 40 e 60 ipm e a cardíaca de 120 a 160 bpm; cianose nas extremidades
- Equipe de Enfermagem: Avaliar a coloração da pele, das mucosas e alertar-se para cianose central. Lembrar-se que O processo de transição para alcançar saturação de oxigênio acima de 90% requer cinco minutos ou mais em RN saudáveis que respiram ar ambiente

PERÍODO DE INATIVIDADE

- Quando ocorre: até 2 horas após o nascimento
- Duração: de 4 à 6 horas
- Características: Neonato se encontra sonolento; Presença de acrocianose; Redução da atividade motora; Estabilização da FC entre 120 e 140 bpm; FR entre 40 e 60 rpm
- Equipe de enfermagem: proporcionar ambiente tranquilo e permitir que esse RN tenha uma fase de adaptação sem prejuízos.





PERÍODO DE REATIVIDADE

- Quando ocorre: entre 2 à 8 horas após o nascimento
- Duração: entre 10 min à 4 horas
- Características: curtos períodos de taquicardia e taquipneia associados ao aumento do tônus muscular; FC entre 120 e 160 bpm; FR entre 40 e 60 rpm; Mudança no tom de pele com a presença de cor rosada; Grande produção de muco; Eliminação do mecônio.
- Equipe de Enfermagem: atenta para a necessidade de aspiração das vias aéreas superiores: neonatos com menos de 3 semanas de vida não possuem reflexo de abertura oral para manutenção da via aérea em caso de obstrução nasal. A equipe deve se manter atenta a sinais de cianose.

LEMBRE-SE

Observa-se que são três os períodos de transição neonatal, o primeiro é o período de atividade, o segundo, de inatividade, e o terceiro é o de reatividade, e a importância de dar os cuidados de enfermagem mais adequados a esses recém-nascidos, podendo-se detectar precocemente malformações congênitas, traumas obstétricos, fatores de risco, distúrbios cardiorrespiratórios, dar o diagnóstico e o tratamento mais adequado para evitar ao máximo maiores complicações. Podendo assim, melhorar a qualidade de vida do recém-nascido e da mãe, evitando futuras complicações, maiores agravamentos e até mesmo o óbito.

Referências

BONILHA, AL; Weissheimer, AM; Pedron, CD. Os cuidados ao recém-nascido no período de transição neonatal. Programa de Atualização em Enfermagem. Saúde materna e neonatal. Proenf ciclo 7. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. v. 3.

LOWDERMILK, Deitra Leonard et al. O RECÉM NASCIDO: ADAPTAÇÕES FISIOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS DO RECÉM NASCIDO. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard et al. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstetrícia. 10. ed. São Paulo: Mosby, 2013. cap. 23, p. 782 – 812.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde. CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO, [s. l.], 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v4.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde. CUIDADOS GERAIS, [s. l.], 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf.

TAQUIPNEIA TRANSITÓRIA DO RECÉM-NASCIDO

VOCÊ SABE O QUE É?



Acadêmicos de Enfermagem João Erasmo Campos Cavalari Junior, João Paulo Silva de Souza, Jonas Willian da Silva Freitas, Karini Leal Rolim de Oliveira, Larissa Klein Nunes, Luane Luz Barth Rodrigues; Monitoras Bruna da Silva e Julya Vera
Professoras Dra. Helga Gouveia, Dra. Cecília Pedron e Esp. Carina Luiz

Data de publicação: 24/11/2021

Taquipneia transitória do recém-nascido

Dra. Helga Gouveia

Dra. Cecília Drebes Pedron

Esp. Carina Luiz

Bruna da Silva

Julya Vera

Acad. Enf. João Erasmo Campos Cavalari Junior

Acad. Enf. João Paulo Silva de Souza

Acad. Enf. Jonas Willian da Silva Freitas

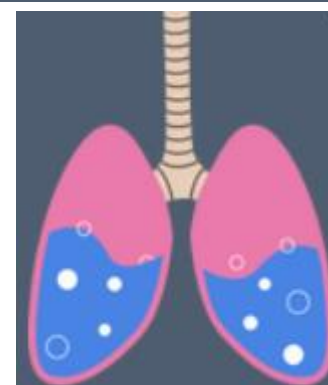
Acad. Enf. Karini Leal Rolim de Oliveira

Acad. Enf. Larissa Klein Nunes

Acad. Enf. Luane Luz Barth Rodrigues

<https://www.ufrgs.br/levi/ttrn/#page-content>

Taquipneia ocorre quando, em repouso, a frequência respiratória do bebê atinge mais de 60 movimentos por minuto (mpm). A Taquipneia Transitória do Recém Nascido (TTRN) ou síndrome do pulmão úmido é caracterizada por um desconforto respiratório leve a moderado, geralmente de evolução benigna, decorrente de uma demora na absorção do líquido pulmonar após o nascimento.

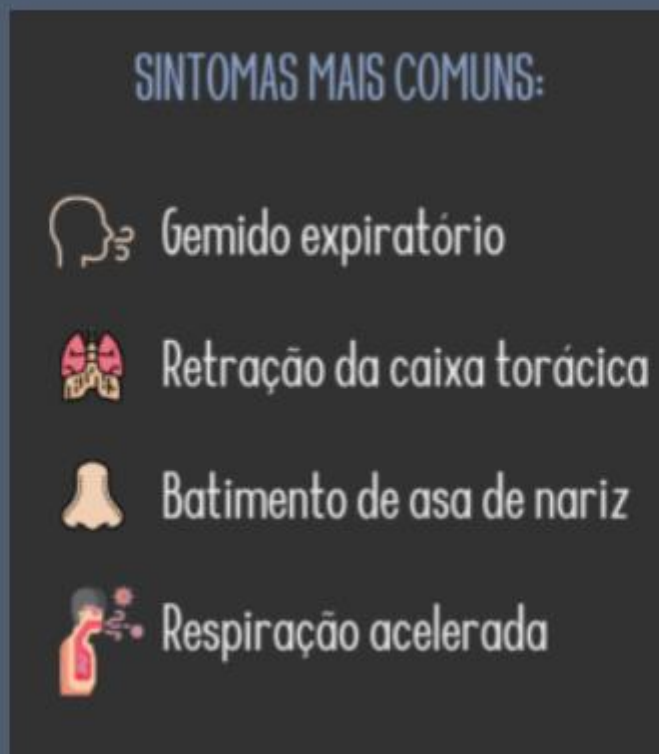


Desde a 17ª semana de gestação, os bebês produzem um líquido pulmonar muito importante para o desenvolvimento das vias aéreas. No parto, esse líquido pulmonar para de ser produzido e começa a ser reabsorvido para dar espaço para o ar que virá em seguida. Na TTRN, não ocorre a plena reabsorção do líquido pulmonar como deveria e o bebê não consegue reabsorver o líquido pulmonar.

QUAIS AS RAZÕES PARA ISSO OCORRER?

Na maioria das vezes, o bebê não consegue reabsorver o líquido pulmonar devido alguns problemas ou fatores de risco que aconteceram na gestação:

- Prematuridade;
- Causas maternas (ex.: diabetes);
- Trabalho de parto complicado e prolongado;
- Marcar cesariana antes do início do trabalho de parto.



COMO DIAGNOSTICAR ESSE PROBLEMA?



Fonte: MS/SAS, 2012.

O diagnóstico inicial é clínico, ou seja, pelos sintomas que o recém-nascido apresenta. Se após seis horas não houver melhora, se realiza alguns exames para descartar outras doenças como pneumonia ou síndrome da angústia respiratória, que possuem sintomas muito parecidos com a TTRN. Os exames feitos são:

- Exames de sangue e culturas;
- Exames feitos para diferenciar de outras doenças como pneumonia e síndrome do desconforto respiratório que possuem sintomas parecidos;
- Radiografia de tórax alterada.

É POSSÍVEL TRATAR E PREVENIR A TTRN?

SIM!

O tratamento é de suporte e envolve administração de oxigênio e monitoramento do mesmo no sangue ou oxímetro de pulso com resolução do quadro habitualmente em dois a três dias.

Com menos frequência, bebês com TTRN exigem pressão positiva contínua das vias respiratórias (CPAP) que reduz a necessidade de ventilação mecânica invasiva. Em alguns casos, é necessário o uso da ventilação mecânica, quando o recurso da ventilação convencional não é suficiente.

Para prevenir a TTRN é importante ter um pré-natal adequado (iniciar o acompanhamento logo quando souber da gravidez, realizar no mínimo seis consultas ao longo da gestação, fazer os exames solicitados pelo médico) e evitar marcar cesariana antes do início do trabalho de parto.



Fonte: Exame, 2016.

PAPEL DA ENFERMAGEM É ESSENCIAL!

No pré-natal a enfermagem é uma peça fundamental para identificação precoce do recém-nascido com taquipneia transitória evitando assim quadros mais graves. O enfermeiro é quem acompanha o RN 24h por dia, por isso, ele auxilia no tratamento ao realizar algumas medidas:

- Ele fará a ausculta pulmonar e a avaliação do padrão ventilatório;
- Será monitorada a função respiratória do RN de acordo com a condição clínica;
- Adequação da posição no berço, manter inclinado o berço;
- Avaliação de resultados de exames laboratoriais e radiológicos;
- Administração de oxigênio conforme prescrição médica;
- Manter o bebê aquecido.

Referências

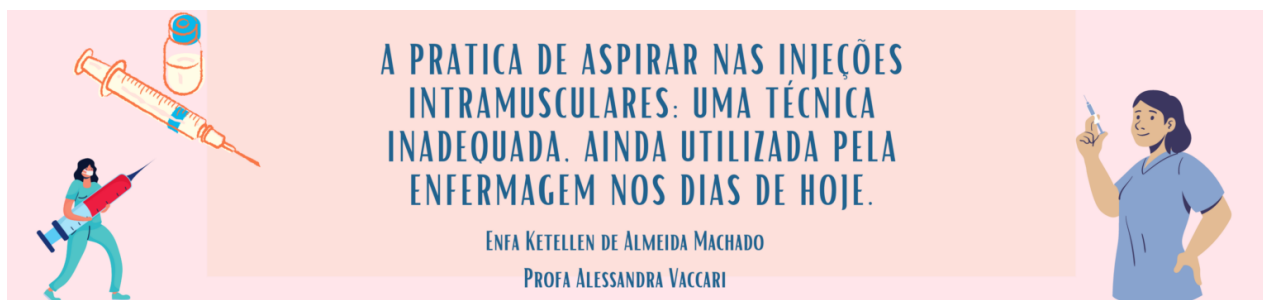
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

KIMURA, Amélia Fumiko; YOSHITAKE, Ana Paula Moracci; BUENO, Mariana; BELLI, Maria Aparecida de Jesus. Avaliação da função respiratória do recém-nascido no período neonatal imediato. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 62, n. 6, p. 850-855, dez. 2009. FapUNIFESP(SciELO).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. 2. ed. Brasil: [s. n.], 2012. 202 p. v. 3.

PREMATURIDADE (Brasil). Taquipneia Transitória. Brasil, 2021. Disponível

em:<https://www.prematuridade.com/index.php/interna-post/taquipneia-transitoria-8031>. Acesso em: 12 out. 2021.



Data de publicação: 26/11/2021

A prática de aspirar nas injeções intramusculares: uma técnica inadequada ainda utilizada pela enfermagem nos dias de hoje

Enfa. Ketellen de Almeida Machado

Profa. Dra. Alessandra Vaccari

<https://www.ufrgs.br/levi/a-pratica-de-aspirar-nas-injecoes-intramusculares-uma-tecnica-inadequada-ainda-utilizada-pela-enfermagem-nos-dias-de-hoje/#page-content>

A utilização da injeção por via Intramuscular (IM) na área da saúde, data da década de 80 do século XIX, com referências a Luton (1882), Soffiantini (1885), Scadeck (1886), Balzer e Rebland (1888). Ao longo do tempo, a técnica foi aperfeiçoada e atualizada pela Enfermagem. O primeiro registro publicado descrevendo a administração de uma substância com seringa e agulha, é datado de 1955 e foi descrito por Alexander Wood, de Edimburgo, relatando a eficiência da injeção de uma solução de morfina na via subcutânea, para produzir alívio imediato da dor.

Entre as vias utilizadas para administrar medicamentos, a via IM é uma das utilizadas com maior frequência devido à rápida absorção da solução administrada, ficando atrás apenas da via endovenosa que atua imediatamente. O uso da via intramuscular é preferido porque a via endovenosa enfrenta o desafio de manter os cateteres no local por períodos mais longos.

A administração de um medicamento por via IM abrange mais do que a injeção de um fármaco, requer também, uma avaliação da idade do paciente, da região e do músculo mais apropriado. Este procedimento deve ser realizado por profissionais que conhecem os aspectos fundamentais para a execução técnica, ou seja, atualmente a equipe de enfermagem. Apesar de ser considerado por muitos como um procedimento simples, a prática e os dados científicos apresentam inúmeras intercorrências relacionadas à aplicação de medicamentos por via IM. Contudo, para evitar que a segurança do paciente seja comprometida, é imprescindível que os profissionais, disponham de conhecimento sobre a realização da técnica correta da injeção IM.

Além do contexto citado acima, há alguns anos existe a recomendação empírica e errada da aspiração, logo após a inserção da agulha no músculo, que visa a certificação de que nenhum vaso seja

penetrado. A realização consiste em aspirar durante 5 a 10 segundos e, se não houver retorno sangue para a seringa, o medicamento poderá ser injetado. No entanto, não existe nenhuma comprovação científica de sua eficácia; e mesmo assim, a mesma é repetida até hoje de forma indevida.



Desde o ano de 2009, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) já desaconselha a aspiração anteriormente a injeção do líquido nas aplicações IM; e entre 2010 e 2014 essa recomendação começou a estar presente nos livros de práticas de enfermagem traduzidos para o português e utilizados no Brasil, como por exemplo a 7ª edição – Fundamentos de Enfermagem de Carol R. Taylor.

Entretanto, somente em 2020 o Ministério da Saúde publicou um documento para as campanhas de vacinação, onde contraindica a aspiração na administração de medicamentos por via IM, conforme é mencionado no parágrafo a seguir: “aspiração no momento da administração do imunobiológico em tecido muscular, para verificar se foi atingido vaso sanguíneo, não está mais indicada”. Este documento, exclui apenas, a região dorsoglútea, por se tratar de uma local próximo a nervos e artérias (BRASIL, 2020). Contudo, vale salientar que essa recomendação deve ser estendida à todas medicações injetáveis pela via IM e a região dorsoglútea deve ser totalmente substituída pela aplicação na região ventroglútea.

Os motivos para não ser mais realizada a prática de aspirar o “ar” anteriormente a injeção IM, são diversos, a saber: a pressão negativa gerada (pois dentro do músculo não existe “ar” para ser aspirado), pode ocasionar, além da dor no local, efeitos adversos, como: sangramento, hematoma, má absorção do líquido, edema local e enrijecimento do músculo. Assim, essa prática, além de tornar o procedimento mais lento e com maior risco de infecção, causa desconforto ao paciente, devido a dor gerada por conta da pressão negativa causada pela tração do embolo.

Logo, a prática de aspirar o “ar” anteriormente a injeção IM está errada e é desaconselhada há mais de uma década. Portanto, a Enfermagem brasileira necessita esquecer esse velho hábito inadequado e incluir à não aspiração em sua jornada diária nas aplicações injetáveis pela via IM.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. ANEXO: ORIENTAÇÕES QUANTO À APLICAÇÃO DE VACINA INTRAMUSCULAR E A NÃO INDICAÇÃO DE ASPIRAÇÃO. Brasília, 27 de mar. 2020.

Center of Disease Control and Prevention – CDC (Org.). Administração de Vacinas: Diretrizes Gerais de Boas Práticas para Imunização: Guia de Boas Práticas do Comitê Consultivo para Práticas de Imunização (ACIP). 2019.

DALMOLIN, Indiara Sartori et al. Injeções intramusculares ventro-glútea e a utilização pelos profissionais de enfermagem. 2013.

GOMES, Barbara Ragasse Pereira; PAES, Graciele Oroski; TRAVERSO, Fabíola Alves. (Re)discussing the drug administration technique by the intramuscular route: a systematic review. 2019.

MENESES, Abel Silva de; MARQUES, Isaac Rosa. Proposta de um modelo de delimitação geométrica para a injeção ventro-glútea. 2007.

MOTA, Rafaela de Oliveira et al. Preparo de medicamentos administrados via intramuscular na pediatria: atuação da equipe de enfermagem. 2016.

SOUZA, Thais Lima Vieira de et al. Segurança do paciente na administração de medicamento intramuscular em pediatria: avaliação da prática de enfermagem. 2018.

Taylor, C.R.; Lillis, C.; LeMone, P.; Lynn, P. Fundamentos de Enfermagem-: A Arte ea Ciência do Cuidado de Enfermagem. Artmed Editora. 7 ed. 2014.