

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROZÉLIA ASSUNÇÃO FERNANDES

**CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A PACIENTE
EM CRISE DE ASMA EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
PEDIÁTRICO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROZÉLIA ASSUNÇÃO FERNANDES

**CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A PACIENTE
EM CRISE DE ASMA EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
PEDIÁTRICO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Ms. Quenia Cristina Gonçalves da Silva

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A PACIENTE EM CRISE DE ASMA EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICO** de autoria da aluna **ROZÉLIA ASSUNÇÃO FERNANDES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Ms. Quenia Cristina Gonçalves da Silva
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

A Deus por ter esta vida maravilhosa e por me dar tantas oportunidades de aprendizado. Por me dar força para superar as dificuldades. Obrigada Senhor.

À meus pais João e Eva, minhas irmãs Jozélia, Maristela, Lucélia e meu irmão João Rogério pelo incentivo sempre . Amo vocês e tenham certeza que cada conquista é de todos nós.

Ao meu marido Iran, meus filhos João Cândido e Júlia, amores de minha vida! Obrigada pelo carinho e por entenderem os momentos de ausência e mau humor. Amo vocês!

A equipe de enfermagem do Centro Materno Infantil (CEMAI), mais que colegas, amigas. Pelo incentivo, pela participação e por abraçarem este projeto fazendo- o dar certo e render frutos.

A todos os profissionais do CEMAI pelo envolvimento, apoio e adesão a minha proposta de trabalho, em especial as pediatras Marta e Valquíria, amigas e incentivadoras e a todas as colegas enfermeiras pela disposição de divulgar e auxiliar durante a realização dos encontros com as diferentes equipes. Meu carinho e gratidão a todos.

A todos os professores envolvidos no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem pela dedicação na organização deste curso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
2.1 SUS: novas formas de pensar e fazer saúde.....	12
2.2 As redes de atenção a saúde (RAS) e as redes de urgência e emergência.....	12
2.3 Educação Permanente em Saúde (EPS).....	14
2.4 Núcleos de Educação em Urgências (NEU).....	14
2.5 Definição de asma brônquica.....	15
2.5.1 Componentes do cuidado da asma.....	17
3 MÉTODO.....	19
3.1 Considerações éticas.....	22
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE 1.....	33
APÊNDICE 2.....	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação da asma para avaliação da gravidade de acordo com a frequência e intensidade dos sintomas e função pulmonar. SBPT, 2012.....	17
---	-----------

RESUMO

A asma é uma doença crônica que afeta cerca de 10% da população, sendo considerada a principal doença crônica na infância, gerando sofrimento aos seus portadores e familiares. Trabalhar com educação permanente em serviço (EPS), buscando desenvolver e aperfeiçoar habilidades e potenciais essenciais ao processo educativo das equipes na prevenção e tratamento das crises de asma em pediatria e sensibilizar as equipes de enfermagem do serviço estudado para a adesão a um projeto de constantes orientações para as famílias de crianças com asma atendidas nos serviços de saúde. Estudo realizado com vinte profissionais de enfermagem através de encontros realizados nos meses de novembro a dezembro de 2013, em que foi empregada a tecnologia de educação. O cenário desta intervenção foi um serviço de pronto atendimento pediátrico localizado no interior do Rio Grande do Sul. A dificuldade de conhecimento, influências culturais e do senso comum no manejo da asma pediátrica e desconsideração com as rotinas do serviço por parte de alguns profissionais foram destacados como fatores negativos pela equipe, e como fatores positivos, as orientações persistentes quanto ao uso de medicações e receituários de uso contínuo, assim como o interesse dos profissionais em participar na melhora do atendimento através da reflexão sobre os pontos negativos a serem trabalhados. Acredita-se que a EPS pode e deve tornar-se um espaço de reflexão e crítica sobre as necessidades de cuidado dos usuários e das práticas que lhe correspondem, beneficiando as ações de cidadania e da autonomia dos sujeitos envolvidos, sejam eles trabalhadores ou usuários.

1 INTRODUÇÃO

Com o advento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1988) e com a Constituição Federal de 1988 passaram a ocorrer novas formas de pensar e fazer saúde, sendo definida não como a ausência de doença, mas como resultante das condições de vida da população estando incluído o acesso à alimentação adequada, habitação, educação, acesso aos serviços de saúde entre outros. O relatório da 8ª CNS ainda destaca que a saúde não é um mero conceito abstrato, mas define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

A Constituição do Estado do Rio Grande do Sul aperfeiçoa esta forma de pensar em seu parágrafo único expõe que o dever do estado não exclui o do indivíduo, da família e de instituições e empresas e coletividade, ou seja, a saúde é um direito e um compromisso de todos e uma conquista diária (RIO GRANDE DO SUL, 1989).

Trabalhar e aderir a conceitos como integralidade, universalidade do acesso, equidade que são diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como o cuidado organizado em rede, ações preventivas sem detrimento das assistenciais, implica modificação profunda dos modelos trabalho em saúde até hoje vigentes principalmente na enfermagem que, infelizmente, ainda tem extremamente arraigadas as concepções cartesianas e medicalizantes em sua prática. Acredito que como enfermeira a busca da minha prática deve ser baseada no conhecimento científico, mas também numa postura que privilegie os valores éticos, de liberdade autonomia e cidadania, sendo que as equipes que comigo trabalhem também devem ser incentivadas a este viés de atuação.

Na busca por superar o modelo fragmentado das ações e serviços de saúde voltados para as condições agudas Azevedo et al. (2012) refere que o Ministério da Saúde (MS) criou e instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS). A mesma autora destaca que as RAS são caracterizadas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010), ainda tendo como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde.

Em apoio a este objetivo buscaram-se desde 1995 através do MS a organização dos serviços de atendimento as urgências, uma vez que este tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços hospitalares ao destaque para a Política Nacional de Atenção as Urgências em 2003, cuja publicação constitui um importante avanço na organização do sistema de saúde do país, pois estabelece a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para a atenção às urgências, e culminando com a instituição da Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS em 2011. O objetivo desta reorganização é de amplificar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgências nos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Ao mesmo tempo, o MS reconhece o grau importante de desprofissionalização e a insuficiência da formação dos profissionais que atuam na área de urgências (médicos e enfermeiros) tomando para tanto o cuidado de incluir um dos pontos significativos das diretrizes de atenção às urgências que é o que diz respeito à criação dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU), que foram concebidos como espaços de saber interinstitucionais de formação, qualificação e educação permanente de pessoal para o atendimento em urgências (BRASIL, 2006).

Neste contexto social e histórico de agudização das condições de saúde encontram-se os pacientes com asma. A asma é uma doença crônica que afeta cerca de 10% da população. É considerada a principal doença crônica na infância e sua sintomatologia gera sofrimento aos seus portadores e familiares, especialmente em crianças, visto que a tríade sintomática (tosse, dispnéia e sibilo) causa limitação de suas atividades, sendo considerado um sério problema de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2012).

Bettencourt et al. (2002) destaca que no Brasil em 1996 a asma foi a 4^a causa de internação nos hospitais do SUS e é responsável por uma média de 2.000 óbitos/ano.

A literatura tem descrito como fatores de risco para hospitalização segundo Camargos et al. (2002) a faixa etária, com destaque para os menores de cinco anos, o baixo nível socioeconômico, o tratamento profilático inadequado, as consultas repetidas aos serviços de emergência, a ausência de acompanhamento regular para tratamento da doença e o tipo de seguro social.

Tais colocações acima se encontram presentes no meu trabalho como enfermeira de um serviço de atendimento a urgências e emergências pediátricas e coordenadora do Ambulatório de Pneumologia e Asma existente em Santa Cruz do Sul. Tal fato justifica a minha opção por

trabalhar com educação permanente junto à equipe de enfermagem, pois observo e comprovo diariamente, a influência que as orientações prestadas pelos envolvidos (técnicos e auxiliares de enfermagem e não somente enfermeiras e médicos) na assistência ao paciente durante os atendimentos prestados são essenciais para a adesão ao tratamento das famílias envolvidas.

Nesta direção, Azevedo et al. (2012) expõem que a capacitação profissional bem como a integração entre as equipes tornam-se facilitadores para o alcance de uma assistência adequada aos pacientes que necessitam de um intervenções imediatas.

Saurin (2002, p. 15) destaca que “o processo educativo por si só é um meio, uma condição que pode conservar ou transformar a realidade onde o mesmo é desenvolvido” e ainda que “educação para a saúde é um processo com ações educativas que são mantidas, criadas e recriadas com e na práxis cotidiana”. Desta forma, acredito que estando intimamente ligada com o fazer da equipe de enfermagem em seus diferentes momentos de ação e atuação, existe melhoria na prestação do cuidado.

Ainda Freire (1996, p. 24) refere que “a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria-prática, sem a qual a teoria pode ir virando blablabla e a prática ativismo”.

A decisão por trabalhar Educação Permanente em Saúde (EPS) com tema em asma advém do meu trabalho junto ao Ambulatório de Pneumologia e Asma, onde sou a enfermeira responsável. Devido a esse fato normalmente é a mim que se reportam as dúvidas e solicitações com referência a asma seja durante o turno de serviço seja para encaminhamento para atendimentos posterior no ambulatório de asma.

Com o decorrer do tempo algumas ações educativas junto às equipes de enfermagem estavam ocorrendo, mas como orientações rápidas e não de forma sistemática.

Com o advento do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Urgência e Emergência mostrou-se um momento propício para desenvolver um trabalho sistemático.

O objetivo geral deste trabalho é trabalhar com EPS, buscando desenvolver e aperfeiçoar habilidades e potenciais essenciais ao processo educativos das equipes de enfermagem do Centro Materno Infantil (CEMAI) na prevenção e tratamento das crises de asma em pediatria.

E, os objetivos específicos são:

- Sensibilizar as equipes de enfermagem para a adesão a um projeto de constantes orientações para as famílias de crianças com asma atendidas no serviço de saúde;
- Identificar fatores que interferem na comunicação entre equipe e familiares ao serem prestadas as orientações sobre asma e cuidados necessários;
- Construir e acompanhar as atividades educativas mediante impacto observado no serviço diário;
- Revisar as ações do processo de trabalho das equipes de enfermagem, visando à garantia da integralidade do cuidado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SUS: novas formas de pensar e fazer saúde

A sociedade mundial e brasileira está em transformação constante, e não sendo estanque exige dos profissionais de enfermagem, cujo sujeito de ação do trabalho é os seres humanos desta sociedade, novos posicionamentos frente às questões de saúde e educação em saúde.

Martini (2013) destaca que para superar estes desafios os gestores e profissionais devem tornarem-se protagonistas na instituição do processo e organização do sistema de saúde e implica em aceitar uma política de saúde que privilegia as RAS como protagonistas do processo. Os debates sobre esta nova forma de gerir e fazer saúde aprofunda-se a partir do Pacto pela Saúde, no qual a regionalização e organização da saúde em forma de redes são apresentadas como estratégias essenciais para consolidar os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Acredito que como enfermeira minha prática deve ser baseada no conhecimento científico, mas também numa postura que privilegie os valores éticos, de liberdade autonomia e cidadania, sendo que as equipes que comigo trabalhem também devem ser incentivadas a este viés de atuação.

Isto vem de encontro com os preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH), na qual ocorre o destaque de que humanizar é garantir a dignidade ética entre os atores, não ocorrendo humanização sem comunicação (BRASIL, 2008).

2.2 As redes de atenção a saúde (RAS) e as redes de urgência e emergência

Com a finalidade de mudar a realidade do atendimento fragmentado e pouco resolutivo gerados pelos atendimentos voltados para as condições agudas de saúde da população, com pouca resolutividade em longo prazo e grandes gastos, foram instituídas pelo MS as RAS, cujo objetivo

é superar a fragmentação e promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e voltada para a humanização (AZEVEDO et al., 2013 *apud* BRASIL, 2010), bem como aumentar a eficiência do SUS.

A mesma autora ainda destaca que a estruturação da RAS não segue a mesma lógica em relação à hierarquização de serviços de saúde, mas caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os diferentes centros de atendimento de saúde (postos, hospitais) e apresenta como prioridade as necessidades em saúde de uma população (é o centro do atendimento), a responsabilidade na atenção contínua, integral e multiprofissional, e compartilhando objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Os serviços de atendimento as urgências também fazem parte das RAS e desde 1998 o MS tem investido na normatização e aperfeiçoamento destes.

De acordo com Brasil (2003), a Portaria do Gabinete do Ministro (GM) nº 1.863, de 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais e cuja publicação constitui um importante avanço na organização do sistema de saúde e que deve ser organizada de forma que permita entre outras:

- garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios);
- desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência cuja proposta está configurada em diferentes níveis de atenção, como promoção, prevenção e vigilância a saúde, Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) entre outros (AZEVEDO et al., 2013).

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN) (2012) ressalta que o apoio legal a assistência de enfermagem na unidade de emergência, no contexto brasileiro,

encontra-se principalmente na Lei nº 7.498, de 25 de julho de 1986, na qual se definem as funções de cada elemento da equipe.

No entanto, apesar das diversas funções, cabe o enfermeiro atuar de maneira ética e cumprir suas atribuições de acordo com a complexidade que cada paciente apresenta no caso dos atendimentos prestados no CEMAI as crianças asmáticas e sua família.

2.3 Educação Permanente em Saúde (EPS)

No presente estudo é adotada a concepção da EPS, a qual constitui um projeto político-pedagógico com vistas à transformação das práticas de saúde e de enfermagem, na perspectiva da integralidade, do trabalho em equipe e da ampliação da cidadania e da autonomia dos sujeitos envolvidos - trabalhadores e usuários (MONTANHA E PERDUZZI, 2010). Os mesmos autores ainda destacam que desta forma a análise das ações educativas dos trabalhadores é realizada sob dois aspectos inter-relacionados: o levantamento de necessidades, considerando a tríade usuário, trabalhador e serviço, e os resultados esperados a partir das ações educativas de trabalhadores de enfermagem, pois toda ação educativa demanda monitoramento e apresenta uma relação recíproca, de dupla mão, com a apreensão de necessidades.

No Brasil, a Política Nacional de EPS foi instituída através da Portaria GM/MS nº 1.996, tendo o destaque de Martini (2013, pág. 29) que “enquanto espaço formativo das equipes multiprofissionais precisa partir do pressuposto da aprendizagem com significados, promovendo e produzindo sentidos para todos os seus protagonistas”, para concretizar-se como práticas profissionais significativas.

2.4 Núcleos de Educação em Urgências (NEU)

Um dos pontos significativos das diretrizes de atenção às urgências diz respeito à criação dos NEU, através da Portaria n.º 2048/ 2002 (BRASIL, 2002), que foram concebidos como

espaços de saber interinstitucionais de formação, qualificação e educação permanente de pessoal para o atendimento em urgências, reconhecendo a insuficiência da formação dos profissionais que atuam na área de urgências, uma vez que este tema ainda é insuficiente nos cursos de graduação, não se constitui como especialidade médica ou de enfermagem e existe um grau importante de desprofissionalização, com uma fragmentação e o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional, insuficiência dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para as urgências (BRASIL, 2006).

Assim sendo, existe o reconhecimento governamental e da gestão de que a falta de educação contínua compromete a qualidade da assistência e do gerenciamento nos serviços de urgência e emergências, necessitando de um redimensionamento da perspectiva educativa não sendo esta originada somente pelos trabalhadores e mais comumente pelos gestores, mas a partir da perspectiva também do usuário, abrangendo desta forma também o almejado pela PNH, que coloca como humanização na saúde a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Entendo que tantas normatizações através de leis e portarias para a saúde tem como principal alvo o fato de que não fazemos saúde somente com profissionais, nem com unidades básicas, postos, unidades de atendimentos um urgência, hospitais entre outros, mas considerando que tudo isso se torna obsoleto se não tivermos pessoas envolvidas com objetivos que busquem qualidade de vida a populações atendidas e aquelas que atendem em saúde, todos sendo produtores e consumidores deste produto, dentro de um processo de retro-alimentação e constante atualização, pois a sociedade não é imutável, mas está em constante transformação e formação.

2.5 Definição de asma brônquica

Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, na qual muitas células e elementos celulares têm participação. A inflamação crônica está associada à hiper-responsividade das vias aéreas, que leva a episódios recorrentes de sibilos, dispnéia, opressão torácica e tosse,

particularmente à noite ou no início da manhã (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA 2010 *apud* SBPT, 2012).

É considerada uma das condições crônicas mais comuns que afeta tanto crianças quanto adultos, sendo um problema mundial de saúde e acometendo cerca de 300 milhões de indivíduos. (GINA, 2010 *apud* SBPT, 2012).

O custo direto da asma (utilização de serviços de saúde e medicações) foi o dobro entre pacientes com asma não controlada que entre aqueles com asma controlada, sendo a falta de controle da asma o maior componente relacionado à utilização dos serviços de saúde, bem como o custo indireto (número de dias perdidos de escola e trabalho) foi superior no grupo com asma não controlada. O custo da asma aumenta proporcionalmente com a gravidade e persistência da doença (SBPT, 2012).

As manifestações clínicas mais sugestivas de asma são:

- episódios frequentes de sibilância (mais de uma vez por mês);
- tosse ou sibilos que ocorrem à noite ou cedo pela manhã, provocados por riso ou choro intensos ou exercício físico;
- tosse sem relação evidente com viroses respiratórias;
- presença de atopia, especialmente rinite alérgica ou dermatite atópica;
- história familiar de asma e atopia;
- boa resposta clínica a β 2-agonistas inalatórios, associados ou não a corticóides orais ou inalatórios.

Pode ser classificada em intermitente e persistente leve, moderada e grave. A avaliação da gravidade da asma pode ser feita pela frequência e intensidade dos sintomas e pela função pulmonar, no quadro 1:

Quadro 1: Classificação da asma para avaliação da gravidade de acordo com a frequência e intensidade dos sintomas e função pulmonar. SBPT, 2012.

Sintomas	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente Grave
falta de ar, aperto no peito, chiado e tosse	< 1 vez/ semana	> ou = 1 vez/ semana e < 1 vez por dia	Diários, mas não contínuos	Diários contínuos
Atividades	Em geral normais: falta ocasional ao trabalho ou escola	Limitação para grandes esforços Faltas ocasionais ao trabalho ou escola	Prejudicadas (faltas ao trabalho ou escola) Sintomas com exercício moderado (subir escadas)	Limitação diária Falta frequente a escola. Sintomas com exercícios leves, (andar plano)
Crises*	Ocasionais (leves) controladas com bronco-dilatadores, sem ida à emergência.	Infrequentes Algumas requerendo uso de corticóide.	Frequentes Algumas com ida à emergência, uso de corticóide sistêmicos ou internação.	Frequentes/ graves Necessidade de corticóide sistêmico internação ou com risco de vida.

2.5.1 Componentes do cuidado da asma

A asma tem um impacto importante na vida dos pacientes, seus familiares e no sistema de saúde. Embora não exista cura, o manejo adequado pode resultar em controle da doença (GINA, 2010 *apud* SBPT, 2012).

Os objetivos do tratamento são (GINA, 2010 *apud* SBPT, 2012) :

- Atingir e manter o controle dos sintomas;
- Manter as atividades da vida diária normais, incluindo exercícios;
- Manter a função pulmonar normal ou o mais próximo possível do normal;

- Prevenir as exacerbações;
- Minimizar os efeitos colaterais das medicações;
- Prevenir a mortalidade;
- A educação dos pacientes e familiares possa ser feita individualmente ou em grupos, orientações sobre o uso de medicação, espaçadores, nebulizadores, bem como cuidados com a limpeza dos mesmos;
- Todos os pacientes com asma devem receber orientação sobre sua doença e noções de como eliminar ou controlar fatores desencadeantes especialmente domiciliares e ocupacionais;
- O paciente deve entender a doença e seu tratamento.

3 MÉTODO

Trata-se da elaboração de um plano de intervenção na unidade de serviço.

Utilizou-se a “tecnologia de educação”, na qual apontam meios de auxiliar a formação de uma consciência para a vida saudável e o produto é a construção de materiais educativos que venham a facilitar as ações e atuações em serviço, materiais estes apontados pelas equipes como necessários, sejam eles permanentes ou transitórios (NIESTCHE, 2000 *apud* PRADO et al., 2009, p. 477).

Prado et al. (2009), destaca que os objetivos gerais da tecnologia de educação são: construir uma ação prática e reflexiva; implementar processos reflexivos; desenvolver e avaliar processos de cuidado; compreender o modo como os usuários convivem com processo de saúde-doença; discutir questões éticas e educativas; construir um processo cuidativo-educativo em enfermagem e refletir sobre a prática do cuidado de enfermagem.

O cenário desta intervenção foi o CEMAI na área da pediatria. O referido local está situado na cidade de Santa Cruz do Sul- RS, que desde o ano de 1999 presta atendimento de urgência e emergência a população pediátrica do município bem como é referência no atendimento de consultas eletivas para o centro e interior, tornando-se um centro de referência bem como atendimento à saúde da mulher como: pré-natal; prevenção de câncer de colo do útero e de mamas. É realizado também o programa de planejamento familiar e encaminhamentos para laqueadura e vasectomia em Porto Alegre- RS.

São realizadas consultas médicas e de enfermagem em puericultura com agendamento prévio. Possui sala de observação onde ficam internados crianças por até 24 horas com a finalidade de diminuir as internações hospitalares. Em média permanecem 100 crianças/mês. O quadro funcional da ala pediátrica é composto de seis enfermeiros; 14 técnicos de enfermagem, sete auxiliares de enfermagem, cinco serventes; quatro vigias; 15 médicos pediatras e nove recepcionistas.

Do total de 27 (100,0%) integrantes da equipe de enfermagem, 20 (74,1%) participaram desta intervenção, durante o seu horário de serviço, divididos em cinco equipes. Importante ressaltar que as equipes é fixo em turnos de 24 horas, ocorrendo mudanças nas mesmas somente em épocas de férias, licenças ou solicitação.

Para melhor entendimento relatarei o desenvolvimento da intervenção através de momentos em que eles ocorreram, desde o planejamento até a conclusão do mesmo.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida), mesmo assim, o projeto de intervenção foi apresentado ao Secretário de Saúde, à Diretora das Ações em Saúde do município e à Coordenação do CEMAI.

Este trabalho foi desenvolvido em três momentos:

➤ **1º momento: escolhendo caminhos**

Realizou-se uma reunião para apresentação do projeto, tema, objetivos e horários para a realização do mesmo. Também foram averiguados desejos e solicitações das equipes.

Na primeira fase definiram-se alguns pontos a serem negociados:

- 1) Observou-se que para a ação educativa ser aderida pelos integrantes da equipe deveria ser realizada no ambiente de trabalho durante o turno de serviço dos profissionais:**
 - a) Tem um segundo emprego, fato que se explica pelos baixos salários ofertados principalmente aos auxiliares de enfermagem;
 - b) Estão cursando um curso superior no horário inverso ao turno de serviço;
 - c) Não residem no município deslocando-se somente para a realização do plantão;

- 2) Os profissionais envolvidos solicitaram que fosse confeccionado material para uso nos momentos necessários.**

➤ **2º momento: negociação das ações**

Foi realizada uma reunião com cada equipe de serviço e após realizar os acertos acima, ficou decidido que:

- 1) Para a realização EPS, deveria ter uma organização e dinamização da chefia imediata em relação aos atendimentos destes profissionais, para que pudessem participar das ações educativas;
- 2) Em cada reunião seria entregue material para estudo (posterior à reunião) a cada funcionário e seria confeccionado um livreto para ser deixado no serviço e servir de material de consulta;
- 3) Os temas relativos à asma a serem enfocados além dos gerais deveriam ser principalmente os cuidados durante a triagem de pacientes possivelmente asmáticos, durante a internação nas salas de observação e as orientações da alta, com enfoque no uso de medicação *spray* e do espaçador.

Saliento que a realização destas reuniões foram marcos importante, não somente para conhecimento do tema pelas equipes e como as reuniões poderiam ser realizadas, mas porque apresenta o grau de interesse que existe nas mesmas frente aos temas propostos, quais as expectativas geradas e quais os resultados alvejados.

Concordo com Ciconet, Marques e Lima (2008), os quais fizeram referência que a aprendizagem é o processo pelo qual o comportamento se modifica em decorrência da experiência, não se restringindo a simples assimilação de conteúdos ou técnicas, mas também a sentimentos e emoções, num processo de constante construção do fazer em enfermagem.

➤ **3º momento: planejamento das reuniões**

As reuniões ocorreram semanalmente durante o mês de novembro e dezembro de 2013, de acordo com a escala dos integrantes e mediante a organização/dinamização dos plantões.

A organização ocorreu de acordo com o desejo das equipes, o qual se mostrou como um importante fator de adesão ao trabalho já que o trabalho foi realizado em diferentes horários, que atendiam as necessidades presentes nos integrantes, sendo alguns inclusive em horários em que normalmente não pensamos em fazer pois na maioria das vezes o planejamento não é feito em vista das equipes e sim em quem aplica o mesmo. Sendo assim tivemos treinamento:

1. Das 7 horas às 9 horas, pois havia menor movimento nestes horários nas terças, quintas e sextas;
2. Outras vezes o horário escolhido foi das 23 horas à 1 hora, pois era nestes que se registravam os menores movimento como na quarta-feira;

3. A equipe de segunda- feira organizou-se para fazer no sábado pela manhã, pois o movimento da segunda é intenso em todos os horários;
4. Nenhuma equipe desejou fazer durante a tarde o treinamento, pois no caso da pediatria são os horários de movimento mais intenso.

➤ **4º momento: definição dos temas para a EPS**

Os temas abordados foram:

- Definição de asma e características;
- Sinais, sintomas e fatores de risco;
- Tratamentos durante as crises agudas e após na manutenção e disponibilidade na rede pública;
- Orientações e cuidados de enfermagem durante a triagem, na internação da observação e no preparo para a alta.

Este último tema foi trabalhado de forma mais intensa a pedido do grupo, inclusive relembrando técnicas, rotinas e confecções de materiais.

3.1 Considerações éticas

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não serão utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

As preocupações éticas deste estudo basear-se-ão na veracidade, confiabilidade, fidedignidade e replicabilidade das informações obtidas do local estudado.

4 RESULTADO E ANÁLISE

A equipe do CEMAI apresentou tempo de serviço na enfermagem variado, dentre estes houve prevalência de 6 (30%) que tinham menos de cinco anos e 4 (20%) com mais de 20 anos de trabalho. Observou-se que entre os grupos os níveis de conhecimentos e dúvidas foram equiparados, mesmo diante da evolução rápida sobre as formas de tratamento da asma, em especial na pediatria.

Foram utilizados nas reuniões computadores já que os grupos eram pequenos, com uma média de três ou quatro participantes por vez, além do material utilizado no computador através de slides também foi distribuído material escrito para acompanhamento e uma pré-avaliação do que seria utilizado como material educativo permanente no serviço, tanto para consultas diárias quanto para uso individual (Apêndice I).

As dúvidas e perguntas eram esclarecidas durante a exposição, numa troca ativa de conhecimentos e ações executadas.

Durante os momentos de EPS fatos negativos e positivos foram identificados pela equipe e serviram de norteadores para muitas de nossas discussões. Entre os fatores negativos destacam-se:

- **Deficiência no conhecimento:** observou-se que entre os profissionais algumas dúvidas estão presentes no que dizem respeito aos sintomas típicos de crianças com exacerbações, forma correta de nebulizar a criança que chora; fluxo de oxigênio necessário para a nebulização ser efetiva, tratamentos atuais, entre outros.
- **Influências culturais e do senso comum no manejo da asma pediátrica:** dúvidas quanto a dependência e prejuízos supostamente causados pelas medicações para asma, utilização de algumas medicações contra-indicadas durante a triagem por influência dos pais como os anti-inflamatórios não hormonais especialmente o “Ibuprofeno” gotas porque as “mães afirmam que é só o que as crianças tomam”;
- **Desconsideração com as rotinas do serviço:** foram citadas principalmente a não ocorrência do acompanhamento regular da criança que está internada através do controle respiratório e de saturação periférica de oxigênio, a falta de não questionamentos sobre

problemas pré-existentes durante a triagem bem como não seguir o protocolo de medicações existente e aprovado para o serviço.

Entretanto muitos fatores positivos foram citados:

- **Orientações persistentes do uso do espaçador com medicação *spray*:** que ocorre em todos os turnos de forma sistemática, elegendo suas vantagens, cuidados com higiene e ensinando a construção de espaçadores domésticos;
- **Reforço do uso de receituários de medicações de uso contínuo por até três meses:** orientação e localização dos locais que fornecem estas medicações e documentação necessária para cadastros, o que facilita a adesão ao tratamento e melhora a rotina dos pais que em sua maioria são trabalhadores com horários pouco acessíveis;
- **Interesse em participar na melhora do atendimento:** sugestões e apontamentos dos pontos negativos para serem trabalhados.

Destaca-se aqui que todos os profissionais de enfermagem têm conhecimento que existem rotinas dentro do serviço e consideram importante mantê-las atualizadas e de serem utilizadas, destacando o papel da enfermeira como gestora e orientadora neste sentido. Apesar de muitos não cumprirem estas rotinas elas não são ignoradas em sua existência e foi identificada a acomodação com algumas ações que terminam causando certo relaxamento quanto a sua utilização, aí sendo identificado o papel da enfermeira que sempre que necessário deve reforçar e realizar cobranças e ajustes quanto às mesmas.

Sendo assim, é necessário que os enfermeiros assumam suas responsabilidades na gestão, educação bem como na assistência junto às equipes dos serviços de urgência/emergência num processo de constante construção e reconstrução de conhecimentos e saberes, e formatação de ações e fazeres com capacitação não somente técnica, mas também científica, numa responsabilidade mais humana e libertadora já que capacita aquele que é atendido para o cuidado individual e consciente.

Reporto-me a Silva, Silva e Santos (2009), quando afirmam que é necessária a implantação de serviços de educação em saúde em todos os níveis de atenção para instrumentalização dos profissionais de saúde seja através de capacitação, treinamento ou *workshop* para trabalharem com grupos educativos permanente nas instituições ambulatoriais e

hospitalares, ao que complemento afirmando que não somente com estes, mas com toda a população atendida em nossos serviços de unidades básicas e de urgência/emergência. Desta forma, ocorre a desmassificação da assistência e torna-a mais humanizada e individualizada.

Ao avaliar este trabalho e ao reportar aos objetivos, considero que foi possível alcançá-los de forma total ou parcial, pois foi trabalhado com a equipe de enfermagem os cuidados com as crianças com asma, com revisão dos aspectos epidemiológicos da doença e fisiopatologia bem como os tratamentos, com otimização das habilidades e potenciais essenciais ao processo de identificação e prevenção a crises de asma em pediatria.

Bettencourt et al. (2002) destacam que os programas de educação em saúde são baseados nas orientações recomendadas nos consensos de condução multidisciplinar e devendo ser adaptados às características socioeconômico-culturais da população-alvo, assim sendo necessário o conhecimento atualizado destas recomendações. Embora o que tenho observado é que infelizmente a enfermagem dedica pouco tempo para a educação, capacitação e atualização e enfatiza o seu tempo excentricamente na assistência, o que leva à desatualização e pouca valorização enquanto profissão com conhecimentos científicos próprios.

Neste estudo, a equipe de enfermagem mostrou-se sensibilizada à adesão realizando constantes orientações para as famílias de crianças com asma, fato que posteriormente pude avaliar já que as mães das crianças atendidas no serviço de urgência ao retornarem para as consultas no ambulatório relataram que haviam recebido orientações e demonstrações a respeito da identificação, prevenção e uso correto das medicações em asma. Tal fato ao ser posteriormente relatado as equipes geraram satisfação, pois significa reconhecimento pelo trabalho que elas prestam, um fato muito pouco valorizado na urgência e emergência, justificado pelo alto índice de estresse nos familiares durante os atendimentos.

Também identificamos a necessidade de usar linguagem semelhante nas orientações e de termos que a família entenda e assimile, de nos propormos a escutar as dúvidas e ansiedades destes familiares, nos tornamos desta forma mais aptos a dissolvermos as interferências na comunicação com os familiares e que tantas vezes fazem com que não ocorra a adesão ao tratamento e orientações.

Em relação à comunicação, reporto-me à Zani e Nogueira (2006) quando afirmam que para ensinar, necessita-se da comunicação, seja ela verbal ou não-verbal, sendo o processo

ensino-aprendizagem pautado pela troca de conhecimentos e experiências dos sujeitos envolvidos, e a comunicação é elemento indispensável para que essa troca ocorra.

Observou-se o impacto positivo no serviço diário, pois todas as equipes dirigem pacientes para o grupo de orientação, no qual existem explicação e demonstração do uso das medicações *spray*, identificadas como as maiores falhas no tratamento devido ao abandono uma vez que os familiares não sentiam-se seguros para utilizar; demonstrado quando desde a recepcionista até os médicos orientam quanto ao ambulatório de asma e ações nele desenvolvias, quando os técnicos de enfermagem sentem-se seguros e capacitados para triarem os casos mais urgentes e prioritários ao atendimento.

Zani e Nogueira (2006) afirmam que a aprendizagem é processo pelo qual o comportamento humano se modifica pautado pela sua experiência, não se restringindo à assimilação de conteúdos ou técnicas, mas também a sentimentos e emoções.

Também, observou-se que a equipe foi capaz de verbalizar suas fraquezas e falta de adesão ao uso dos protocolos, diante deste dado, iniciou-se o primeiro passo para a revisão das ações que envolvem os processos de trabalho, refletindo suas ações na integralidade do cuidado.

Montanha e Peduzzi (2010) destacam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu Relatório Mundial de Saúde em 2006, enfatizou que a gestão de recursos humanos tem sido reconhecida, tanto no âmbito internacional quanto nacional, como um componente crítico para assegurar a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde.

E para finalizar, a elaboração e confecção das cartilhas foi importante norteador, pois serviu como orientação para os profissionais, os quais indicaram que suas necessidades podem e devem ser atendidas e também para mim como uma forma de valorizar o trabalho realizado e também satisfação profissional (Apêndice 2).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que investir na EPS incorporada à rotina de trabalho como um processo efetivo, contínuo e ajustado às necessidades do cotidiano e da evolução da estratégia constitui prioridade de gestão e de avaliação de sua qualidade.

Relevante salientar que todas as ações de enfermagem devem estar geridas pelo senso de humanidade e de liberdade com e para as pessoas atendidas em nossos serviços, fato que observo constantemente esquecidos dentro dos serviços de urgência e emergência, seja devido as constantes pressões geradas pelas gravidades dos casos atendidos, pelo volume de atendimento gerado nestes serviços, pela desqualificação das equipes de enfermagem devido ao cansaço ou ao descaso com o ser humano.

Ao abordar a EPS, e neste trabalho com o foco principal em asma pediátrica, tenho que lembrar constantemente que nosso maior objetivo como enfermeira é aliviar o sofrimento, capacitar para o cuidado e auto-cuidado e o primeiro passo para alcançarmos isso é num investimento maciço na capacitação das equipes de saúde das urgências e emergência, bem como aumentando o efetivo que faz o atendimento neste serviço.

Quando somos capazes de identificar não somente os pontos positivos dos atendimentos prestados, mas também os negativos e as diferentes responsabilidades pessoais começamos a dar os primeiros passos rumos às mudanças desejadas no atendimento, sendo que o importante é não pararmos de caminhar em busca destas melhoras. Acredito que a EPS pode e deve tornar-se num espaço de reflexão e crítica sobre as necessidades de cuidado dos usuários e das práticas que lhe correspondem, beneficiando as ações de cidadania e da autonomia dos sujeitos envolvidos, sejam eles trabalhadores ou usuários.

Intervenções educativas e confecções de materiais educativos, disponíveis e de fácil manejo para consultas para a equipe de enfermagem nos ambientes de trabalho são essenciais para a identificação, o manejo e controle da asma nos serviços de urgência e emergência, diminuindo assim os riscos de morbimortalidade dos pacientes e aumentando as chances de uma qualidade de vida dos pacientes asmáticos. Também gera sensações de satisfação e segurança dentro das equipes e através disso a adesão aos projetos de orientação e educação dos pacientes atendidos.

Outrossim, observei que para haver resultados efetivos na EPS é necessário estabelecer espaços rotineiros de reuniões de planejamento entre os enfermeiros e a coordenação do serviço, bem como horários disponíveis para que esse trabalho seja realizado. Horários estes que não atendam as nossas necessidades (enfermeiros e gestores), mas dos que devem receber a intervenção (equipes de saúde), fato constantemente esquecido nos planejamentos. É óbvio que mudanças assim não acontecem automaticamente, mas à medida que assumimos nossas responsabilidades de enfermeiros co-gestores dos serviços por nós coordenados e geridos.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. L. C. S. et al. **Classificação de risco e acolhimento**. In AZEVEDO, A. L. C. S.; CHAVES, L. D. P.; DARLI, M. C. P. et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: **Classificação de risco e acolhimento** Florianópolis. (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 117p. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300007>>. Acesso em 02 mar.2014.

Não entendi esta referencia, veja o modelo abaixo:

BETTENCOURT , A. R. C. et al. Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. **J. Pneumologia**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 193-200, Jul./Aug., 2002.

BRASIL. Palácio do Planalto. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048 de 5 de novembro de 2002**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>>. Acesso em 05 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

CAMARGOS, P. A. M. et al. Asma e rinite alérgica como expressão de uma única doença: um paradigma em construção. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 78, supl. 2, p. 123-8, Dec. 2002.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S.. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface comun. saúde educ**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 659-66, Jul./Set., 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Principais legislações para o exercício da enfermagem**. 2012. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Principais_Legislacoes_abril_11.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 54 p.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2010. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma - 2012. **J. Bras. Pneumol.**, v. 38, supl. 1, p. S1-S46, abr. 2012.

MARTINI, J. G. **Política de redes na atenção a saúde** / Jussara Gue Martini; Marta Verdi. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: política de redes na atenção a saúde** – Florianópolis. (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300007>>. Acesso em 02 mar.2014.

MONTANHA D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 597-604, Sep. 2010.

NIESTCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória-possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem**, 2000. In: PRADO, M. L. do et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul./set. 2009.

PRADO, M. L. do et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul./set. 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Constituição do Estado do Rio Grande do Sul, 1989. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/internet/interacao/constituicoes/constituicao_rs.pdf>. Acesso em 02 de mar. 2014.

SILVA, M. D. B.; SILVA, L. R.; SANTOS, I. M. M. O cuidado materno no manejo da asma infantil contribuição da enfermagem transcultural. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 772-9, Dec. 2009 .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma - 2012. **J. Bras. Pneumol.**, v. 38, supl. 1, p. S1-S46, abr. 2012.

SAURIN, M. H. G. **O desvelar do processo educativo dos profissionais de saúde na prática cotidiana às pessoas com diabetes.** 2002. 164 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2002.

ZANI, A. V.; NOGUEIRA, M. S. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 5, Sep./Out, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a16.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Material distribuído para acompanhamento durante o curso



**Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul
Secretaria Municipal de Saúde
Centro Materno- Infantil- CEMAI**

ASMA

Asma é uma doença crônica que determina crises de falta de ar, ocorrendo dificuldades na entrada de ar no pulmões, e principalmente na sua saída. Acomete pessoas em todo o mundo, em qualquer faixa etária, etnia e classe social. No Brasil cerca de 13% das crianças apresentam asma sendo que 90% dos casos aparece antes dos 5 anos de idade. Começa principalmente na idade jovem e quando começa antes dos 16 anos pode regredir completamente. Criança que chie o peito até os 2 anos normalmente é bebê chiador, com bronquiolite. Acima de 2 anos normalmente é asma.

CARACTERÍSTICAS DA ASMA:

- ser crônica;
- ter processo inflamatória e apresentar bronco constrição;
- predisposição genética e familiar;
- hiper-responsividade bronquica a uma variedade de estímulos (sensibilidade excessiva a certas substâncias irritantes as quais os pacientes são ou estão expostos).

SINAIS E SINTOMAS DA ASMA:

- os sintomas tendem a piorar a noite;
- tosse, principalmente na metade da noite e no início da manhã. É seca, curta e irritativa, seguida de dispnéia, chiados e sibilos;
- aperto no peito (sensação de peito preso);
- falta de ar (respiração incompleta);
- chiado no peito;
- hiperinsuflação torácica;
- sinais de rebaixamento do diafragma e uso de musculatura acessória;
- em crianças é comum o relato delas de dor abdominal, cianose, agitação, palidez, sudorese fria.

FATORES DE RISCO PARA A ASMA:

- ausência de aleitamento materno;
- infecções virais repetidas na infância;
- exposição ambiental domiciliar à fumaça de cigarro de pais tabagistas;
- poluição atmosférica;
- dietas com baixo teor de vitaminas (Vit. C , E) e ácidos graxos poliinsaturados (ômega-3);
- outra alergia: rinite, sinusite, alergia alimentar, dermatite atópica;
- prematuridade e baixo peso ao nascer.

TIPOS DE ASMA: COMO A DOENÇA SE MANIFESTA

- A asma pode ser uma doença esporádica, com sintomas leves- por exemplo uma tosse, que "vai e vem". É a asma leve e esporádica;
- Em outros casos, os sintomas já surgem com maior frequência- mais de duas vezes por semana e menos de uma vez ao dia. É a asma leve, porém persistente;
- Se os sintomas passam ser mais frequentes, com crises mais de duas vezes por semana e podendo durar dias, já caracteriza uma asma persistente e de grau moderado;
- Os casos mais graves se acompanham de crises diárias, com falta de ar evidente, e prejuízo da qualidade de vida da pessoa: é a asma persistente e grave.

O QUE PODE DESENCADear A ASMA:

- inalação de poeira doméstica (ácaros);
- pólen;
- pelos e substâncias excretadas pelos animais;
- irritantes (fumaça de cigarro, smog, poluição ambiental, gás natural, propano);
- odores forte;
- mudanças bruscas de temperatura;
- distúrbios emocionais;
- exercícios;
- uso de beta-bloqueadores por via sistêmica ou tópica (colírio para glaucoma);
- uso de ácido acetilsalicílico (aspirina) e outros anti-inflamatórios não hormonais (diclofenaco sódico, piroxicam, ibuprofeno, aceclofenacooxicam, etodolaco, nimesulida);
- fatores hormonais (gravidez, menstruação).

TRATAMENTO PARA A ASMA:

Para o efetivo controle e adesão ao tratamento da asma o paciente deve ser informado da natureza crônica da doença, para ser capaz de identificar os fatores desencadeantes das crises e tomar corretamente as medicações prescritas.

Para o tratamento da asma são utilizados:

- nas crises agudas (exacerbação) são usados medicamentos que abrem rapidamente os brônquios, são os broncodilatadores, que podem ser vinculados através de bombinhas pressurizadas ou de nebulizadores. Essas medicações só devem ser utilizadas no momento agudo da crise (tratamento de resgate);
- a asma é uma doença inflamatória, portanto deve-se usar anti-inflamatórios, mesmo quando o paciente já está fora da crise;
- deve-se ter especial cuidado as crises leves, pois quando persistente reduz a chance de cura ou seja, de que os sintomas desapareçam na idade adulta, por isso ao menor sinal de crise o paciente deve iniciar o uso de β_2 de ação curta;
- a corticoterapia inalatória (como com beclometazona, budesonida, flunisolida ou fluticasona...), as bombinhas de beta2 (salbutamol spray por exemplo não é recomendada como profilático contínuo, mas somente antes dos exercícios físicos em que pode ser usado 15 minutos antes de iniciar uma atividade física).

CUIDADO DE ENFERMAGEM DURANTE O ATENDIMENTO:

- colocar o fluxo de oxigênio à 5 a 6 litros por minuto para nebulizar;
- passar para reavaliação 20 minutos após o término da última nebulização;
- se criança estiver chorando excessivamente deixar 5 minutos nebulizando e após retirar;
- sempre perguntar se criança tem problema respiratório ou asma durante a triagem;
- nunca medicar com ibuprofeno para hipertermia crianças com diagnóstico confirmado ou suspeito de asma;
- controle de saturação de O_2 ;
- orientar sobre utilizar a receita de uso contínuo na farmácia por até três vezes;
- reforçar o uso de espaçador para utilização de medicamentos inalatórios;
- manter cabeceira elevada durante a internação.

ORIENTAÇÕES A SEREM PRESTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

- instruir sobre o uso de spray, espaçadores e técnicas de inalação;
- esclarecer o papel de cada medicamento;
- explicar a importância do controle ambiental e como evitar a exposição a alérgenos e irritantes;
- orientar para a hidratação permanente da criança;
- nunca usar vaporizador;
- vacinar contra a gripe;
- alérgico não é um "doente" e sim uma pessoa "hiperreativa", ou seja, com a pele e mucosas do nariz e pulmão mais sensíveis que as das outras pessoas portanto o comprometimento com o próprio tratamento é essencial;
- vida ao Ar Livre: Passeios frequentes em praias, piscinas, campos e parques;
- evitar infecções, alimentando-se bem, fortalecendo o organismo;
- controle do ambiente para evitar poeira, ácaros e mofo. (Estes cuidados estão detalhados no próximo item)
- evitar agentes irritantes como os cheiros fortes: tintas, inseticidas, amoníacos, entre outros;
- não fumar e não permitir que fumem junto ao alérgico;
- prática de esportes: natação, andar de bicicleta, caminhadas, fazer ginástica. A indicação do tipo de atividade a ser escolhida é variável para cada pessoa;
- realização de exercícios respiratórios específicos (Fisioterapia respiratória ou Ginástica respiratória);

- cuidados de controle dos fatores emocionais.

CONTROLE DA POEIRA E DO ÁCARO:

- procurar ficar boa parte do tempo ao ar livre.
- manter o quarto de dormir bem arejado e ensolarado. Evitar móveis e objetos desnecessários que possam juntar pó. As cortinas devem ser leves e lavadas freqüentemente.
- remover tapetes e carpetes. O chão deve ser de material liso. Caso não seja possível retirar o carpete, colocar um plástico de proteção.
- conservar todas as roupas, livros e objetos em armários de portas fechadas.
- limpar diariamente os cômodos utilizando pano úmido (principalmente beiradas da cama e cantos do quarto). Pelo menos uma vez ao mês retirar o colchão e limpar o estrado da cama.
- evitar levantar muito pó. Não utilizar vassouras.
- alérgico não deve assistir a limpeza da casa. Caso não seja possível, usar máscara protegendo o nariz e a boca.
- usar colchões, travesseiros, almofadas sempre revestidos com plástico.
- a cama deve ser colocada afastada da parede do quarto.
- evitar roupas e cobertores de lã ou com pêlos. O cobertor deve ser forrado e lavado com água quente a cada duas semanas. Para forrar, costurar um "saco de pano" do tamanho do cobertor e colocá-lo dentro, fechando com zíper. Caso durmam outras pessoas dentro do quarto, proceder do mesmo modo com os outros cobertores da casa.
- agasalhos recomendados: de malha, moleton, nylon, couro, de acordo com a temperatura, sem excessos.
- não permanecer em cômodos úmidos e fechados. Evitar lidar com papéis, roupas e objetos guardados por muito tempo.
- evitar ter animais com pêlos ou penas em casa. Caso tenha, mantê-los limpos e intensificar ao máximo a limpeza da casa. Se possível, mantenha-os fora de casa, ao ar livre, impedindo o seu acesso aos quartos, camas, sofás etc.

SITES PARA APRENDER MAIS:

www.asma-bronquica.com.br

www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/016.pdf

<http://www.asmaticos.org.br/>

<http://www.sbsp.org.br/> (Associação Brasileira de Asmáticos de São Paulo)

www.sbpt.org.br/ (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia)

Apêndice 2- Manual organizado para distribuição nos serviços de saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

DOE SANGUE, DOE ÓRGÃOS - SALVE VIDAS

Rua Ernesto Alves nº858 - Fone (051)2109 -9300 CEP 96810 060 - Centro - Santa Cruz do Sul RS
CENTRO MATERNO INFANTIL- CEMAI

MANUAL SOBRE ASMA



AUTORA: ROZÉLIA ASSUNÇÃO FERNANDES- ENFERMEIRA

SANTA CRUZ DO SUL- RS

2014

Este manual não tem a presunção de ser algo acabado quando se trata do falar, educar e assistir em asma, principalmente na pediatria, mas como mais um material a ser utilizado, pelas equipes de enfermagem principalmente, na realização do nosso serviço com mais eficiência e eficácia, seja dentro dos prontos-atendimentos seja dentro das Unidades Básicas de Saúde ou Estratégias da Saúde da Família.

Ele é resultado do trabalho final de minha Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem- Urgência e Emergência. Foi uma construção que partiu de observações do dia a dia e das propostas dos funcionários do Centro Materno Infantil- CEMAI que participaram da aplicação do Projeto final.

Aqui não apresento somente a fisiopatologia da asma, mas também orientações sobre o que devemos fazer durante o atendimento de nossos pacientes, das orientações que são importantes realizarmos antes que ele se retire do serviço e durante a entrega das medicações após as consultas.

Espero que ele sirva como mais um norteador em nossos serviços de atendimento em saúde.

ASMA

Asma é uma doença crônica que determina crises de falta de ar, ocorrendo dificuldades na entrada de ar no pulmões, e principalmente na sua saída. Acomete pessoas em todo o mundo, em qualquer faixa etária, etnia e classe social. No Brasil cerca de 13% das crianças apresentam asma sendo que 90% dos casos aparece antes dos 5 anos de idade.

Começa principalmente na idade jovem e quando começa antes dos 16 anos e é tratada corretamente pode regredir completamente. A inflamação crônica está associada à hiper-responsividade das vias aéreas, que leva a episódios recorrentes de sibilos, dispnéia, opressão torácica e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã.

ATENÇÃO: Criança que chora o peito até os 2 anos normalmente é bebê chiador, com bronquiolite. Acima de 2 anos normalmente é asma. Aproximadamente 50% das crianças apresentam pelo menos um episódio de sibilância nos primeiros anos de vida, sendo que a maioria delas não desenvolverá asma.

CARACTERÍSTICAS DA ASMA:

- ser crônica;
- ter processo inflamatória e apresentar bronco constrição;
- predisposição genética e familiar;
- hiper-responsividade bronquial a uma variedade de estímulos (sensibilidade excessiva a certas substâncias irritantes as quais os pacientes são ou estão expostos).

Apesar destas características devemos estar atentos para outras patologias que podem ser confundidas com asma e que devem ser investigadas ainda durante a triagem de enfermagem:

Crianças menores de cinco anos de idade

- Rinossinusite
- Doença pulmonar crônica da prematuridade e malformações congênitas
- Fibrose cística, bronquiectasias, bronquiolite obliterante pós-infecciosa e discinesia ciliar
- Síndromes aspirativas (refluxo gastroesofágico, distúrbios de deglutição, fístula traqueoesofágica e aspiração de corpo estranho)
- Laringotraqueobroncomalácia, doenças congênitas da laringe (estenose e hemangioma) e anel vascular
- Tuberculose
- Cardiopatias
- Imunodeficiências

Crianças acima de cinco anos e adultos

- Rinossinusite
- Síndrome de hiperventilação alveolar e síndrome do pânico
- Obstrução de vias aéreas superiores (neoplasias e aspiração de corpo estranho)
- Disfunção das cordas vocais
- DPOC e outras doenças obstrutivas das vias aéreas inferiores (bronquiolites, bronquiectasias e fibrose cística)
- Doenças difusas do parênquima pulmonar
- Insuficiência cardíaca diastólica e sistólica
- Doenças da circulação pulmonar (hipertensão e embolia)

SINAIS E SINTOMAS DA ASMA:

- os sintomas tendem a piorar a noite;
- tosse, principalmente na metade da noite e no início da manhã. É seca, curta e irritativa, seguida de dispnéia, chiados e sibilos;
- aperto no peito (sensação de peito preso);
- falta de ar (respiração incompleta);
- chiado no peito;
- hiperinsuflação torácica;

- sinais de rebaixamento do diafragma e uso de musculatura acessória;
- em crianças é comum o relato delas de dor abdominal, cianose, agitação, palidez, sudorese fria.

FATORES DE RISCO PARA A ASMA:

- ausência de aleitamento materno;
- infecções virais repetidas na infância;
- exposição ambiental domiciliar a a fumaça de cigarro de pais tabagistas;
- poluição atmosférica;
- dietas com baixo teor de vitaminas (Vit. C , E) e ácidos graxos poliinsaturados (ômega-3);
- outra alergia: rinite, sinusite, alergia alimentar, dermatite atópica;
- prematuridade e baixo peso ao nascer.

TIPOS DE ASMA: COMO A DOENÇA SE MANIFESTA

Normalmente as manifestações da asma ocorrem de forma gradual, com uma piora entre 5-7 dias.

- A asma pode ser uma doença esporádica, com sintomas leves- por exemplo uma tosse, que “vai e vem”. É a asma leve e esporádica. Normalmente a frequência respiratória está normal ou levemente aumentada
- Em outros casos, os sintomas já surgem com maior frequência- mais de duas vezes por semana e menos de uma vez ao dia. É a asma leve, porém persistente;
- Se os sintomas passam ser mais frequentes, com crises mais de duas vezes por semana e podendo durar dias, já caracteriza uma asma persistente e de grau moderado;
- Os casos mais graves se acompanham de crises diárias, com falta de ar evidente, e prejuízo da qualidade de vida da pessoa: é a asma persistente e grave.

O QUE PODE DESENCADAR A ASMA:

- inalação de poeira doméstica (ácaros);
- pólen;
- pelos e substâncias excretadas pelos animais;
- irritantes (fumaça de cigarro, smog, poluição ambiental, gás natural, propano);
- odores forte (cuidado especial com o sabão em pó, amaciante, xampus);
- mudanças bruscas de temperatura;
- distúrbios emocionais;
- exercícios;
- uso de beta-bloqueadores por via sistêmica ou tópica (colírio para glaucoma);
- uso de ácido acetilsalicílico (aspirina) e outros anti-inflamatórios não hormonais (diclofenaco sódico, piroxicam, ibuprofeno, aceclofenacooxicam, etodolaco, nimesulida);
- fatores hormonais (gravidez, menstruação);
- obesidade.

TRATAMENTO PARA A ASMA:

As exacerbações (crises agudas) da asma são manifestações comuns na vida do asmático, constituindo-se no evento mais temido pelo paciente por ser causa de grande morbidade. A manutenção do controle da asma reduz o risco de exacerbações e de óbito. Para o efetivo controle e adesão ao tratamento da asma o paciente deve ser informado da natureza crônica da doença, para ser capaz de identificar os fatores desencadeantes das crises e tomar corretamente as medicações prescritas.

Para o tratamento das asma são utilizados:

- nas crises agudas (exacerbação) são usados medicamentos que abrem rapidamente os brônquios, são os broncodilatadores, que podem ser vinculados através de bombinhas pressurizadas ou de nebulizadores. Essas medicações só devem ser utilizadas no momento agudo da crise (tratamento de resgate);
- a asma é uma doença inflamatória, portanto deve-se usar anti-inflamatórios, mesmo quando o paciente já está fora da crise. O principal anti-inflamatório utilizado é a prednisona;
- deve-se ter especial cuidado as crises leves, pois quando persistente reduz a chance de cura ou seja, de que os sintomas desapareçam na idade adulta, por isso ao menor sinal de crise o paciente deve iniciar o uso de beta2 de ação curta;

- a corticoterapia inalatória (como com beclometazona, budesonida, flunisolida ou fluticasona), as bombinhas de β_2 (salbutamol spray por exemplo não é recomendada como profilático contínuo mas somente antes dos exercícios físicos em que pode ser usado 15 minutos antes de iniciar uma atividade física);
- diminuição do peso.

PRINCIPAIS CAUSAS DE DIFICULDADES NA ADESÃO AO TRATAMENTO:

Ligadas ao médico e equipes de enfermagem:

- Má identificação dos sintomas e dos agentes desencadeantes
- Indicação inadequada de broncodilatadores
- Falta de treinamento das técnicas inalatórias e de prescrição de medicamentos preventivos
- Diversidade nas formas de tratamento
- Falta de conhecimento dos consensos

Ligadas ao paciente:

- Interrupção da medicação na ausência de sintomas
- Uso incorreto da medicação inalatória
- Dificuldade de compreender esquemas terapêuticos complexos
- Suspensão da medicação devido a efeitos indesejáveis
- Falha no reconhecimento da exacerbação dos sintomas .

CUIDADO DE ENFERMAGEM DURANTE O ATENDIMENTO:

- colocar o fluxo de oxigênio de 5 a 6/litros minuto para nebulizar ;
- passar para reavaliação 20 minutos após o término da última nebulização;
- se criança estiver chorando excessivamente deixar 5 minutos nebulizando e após retirar;
- sempre perguntar se criança tem problema respiratório ou asma durante a triagem;
- nunca medicar com ibuprofeno para hipertermia crianças com diagnóstico confirmado ou suspeito de asma;
- controle de saturação de O_2 , deve ser mantido acima de 92% com uso de oxigenioterapia se necessário;
- contar movimentos respiratórios e cardíacos;
- orientar sobre utilizar a receita de uso contínuo na farmácia por até três vezes e sobre o fornecimento de medicações gratuitas através da farmácia popular;
- reforçar o uso de espaçador para utilização de medicamentos inalatórios;
- manter cabeceira elevada durante a internação.

ORIENTAÇÕES A SEREM PRESTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

- instruir sobre o uso de spray, espaçadores e técnicas de inalação. Solicitar após a instrução que seja realizada uma vez para correção da técnica se necessário;
- esclarecer o papel de cada medicamento;
- explicar a importância do controle ambiental e como evitar a exposição a alérgenos e irritantes;
- orientar para a hidratação permanente da criança. Refrigerantes não se enquadram como líquidos hidratantes;
- nunca usar vaporizador ou umidificadores de ambiente;
- vacinar contra a gripe, preferencialmente na primeira semana de aplicação;
- alérgico não é um "doente" e sim uma pessoa "hiperreativa", ou seja, com a pele e mucosas do nariz e pulmão mais sensíveis que as das outras pessoas, portanto o comprometimento com o próprio tratamento é essencial;
- vida ao ar livre: passeios frequentes em campos, parques, praças, praias, piscinas. Cuidados com locais muito poluídos ou durante a época de polinização;
- evitar infecções, alimentando-se bem, fortalecendo o organismo. A alimentação é a mesma de todos os outros moradores da residência, portanto todos devem se alimentar corretamente;
- controle do ambiente para evitar poeira, ácaros e mofo. (Estes cuidados estão detalhados no próximo item)
- evitar agentes irritantes como os cheiros fortes: amaciantes, sabão em pó ou líquidos muito cheirosos, tintas, inseticidas, amoníacos, entre outros;

- não fumar e não permitir que fumem junto ao alérgico;
- prática de esportes: caminhadas, natação, andar de bicicleta, fazer ginástica. A indicação do tipo de atividade a ser escolhida é variável para cada pessoa de acordo com o gosto pessoal e condições econômicas. Todos tem efeitos positivos, mas nunca devem ser realizados durante uma crise de asma;
- realização de exercícios respiratórios específicos (fisioterapia respiratória ou ginástica respiratória);
- cuidados e controle dos fatores emocionais.

CONTROLE DA POEIRA E DO ÁCARO:

- procurar ficar boa parte do tempo ao ar livre;
- manter o quarto de dormir bem arejado e ensolarado. Evitar móveis e objetos desnecessários que possam juntar pó. As cortinas devem ser leves e lavadas frequentemente e preferencialmente não tê-las;
- remover tapetes e carpetes. O chão deve ser de material liso. Caso não seja possível retirar o carpete, colocar um plástico de proteção;
- conservar todas as roupas, livros e objetos em armários de portas fechadas;
- limpar diariamente os cômodos utilizando pano úmido (principalmente beiradas da cama e cantos do quarto). Pelo menos uma vez ao mês retirar o colchão e limpar o estrado da cama;
- evitar levantar muito pó durante a limpeza. Não utilizar vassouras, mas panos úmidos para varrer;
- alérgico não deve assistir a limpeza da casa. Caso não seja possível, usar máscara protegendo o nariz e a boca;
- usar colchões, travesseiros, almofadas sempre revestidos com plástico.
- a cama deve ser colocada afastada da parede do quarto, para facilitar a limpeza e dificultar a umidade local;
- evitar roupas e cobertores de lã ou com pêlos. O cobertor deve ser forrado e lavado com água quente a cada duas semanas. Para forrar, costurar um "saco de pano" do tamanho do cobertor e colocá-lo dentro, fechando com zíper. Caso durmam outras pessoas dentro do quarto, proceder do mesmo modo com os outros cobertores da casa;
- agasalhos recomendados: de malha, moleton, *nylon*, couro, de acordo com a temperatura, sem excessos;
- não permanecer em cômodos úmidos e fechados. Evitar lidar com papéis, roupas e objetos guardados por muito tempo;
- evitar ter animais com pêlos ou penas em casa. Caso tenha, mantê-los limpos e intensificar ao máximo a limpeza da casa. Se possível, mantenha-os fora de casa, ao ar livre, impedindo o seu acesso aos quartos, camas, sofás etc.

FORMA CORRETA DO USO DE INALADORES:

INALADORES PRESSURIZADOS (“BOMBINHAS”)

1. Retirar a tampa do IP e agitar o dispositivo (CONTAR ATÉ 20).
2. Acoplar o IP ao espaçador e posicionar a saída do bocal verticalmente.
3. Expirar normalmente e introduzir o bocal do espaçador na boca ou acoplado ao rosto.
4. Disparar o IP e inspirar pela boca, lenta e profundamente (fluxo inspiratório < 30 l/min ou contar até 20 lentamente).
5. Tampar o nariz para evitar inspiração nasal; evitar iniciar inspiração > 2 s após o disparo, pois isso reduz a deposição pulmonar.
6. Repetir todas as etapas anteriores para cada acionamento do Inalador (contar até 20 entre um jato e outro);
7. Após o fim do uso enxaguar a boca com água ou limpar com um pano úmido para diminuir o risco de aftas causadas pela deposição de medicação nas mucosas.

NEBULIZADORES DE JATO (com compressores de ar comprimido ou oxigênio):

1. Diluir a dose de medicamento em 3-4 mL de solução de cloreto de sódio a 0,9% (soro fisiológico).
2. Adaptar a máscara firmemente sobre a face (cobrindo a boca e o nariz); há perda de 50% da dose com distância maior que 2 cm.
3. Ligar o compressor ou liberar o fluxo de oxigênio/ar comprimido (6-8 l/min). Atenção:

compressores ineficazes e fonte de ar/oxigênio com fluxo < 5 l/min não geram aerossóis respiráveis, sendo portanto ineficientes.

4. Respirar de boca aberta em volume corrente.
5. A nebulização não deve durar mais de 10 min.
6. Realizar manutenção e limpeza periódicas dos copinhos de nebulização e compressores elétricos (quando nebulização for domiciliar. No caso de uso em unidades de saúde o uso é todo individual, com higienização após casa uso de paciente).

SITES PARA CONSULTA:

www.asma-bronquica.com.br

www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/016.pdf

<http://www.asmaticos.org.br/>

<http://www.sbasp.org.br/> (Associação Brasileira de Asmáticos de São Paulo)

www.sbpt.org.br/ (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia)

Este manual foi confeccionado baseando-se nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma – 2012, que podem ser acessadas através do site da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

Manual originado da monografia do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Ofertado pelo Projeto Qualificação de Profissionais de Enfermagem e de Agentes de Saúde para a Atenção Rede Integrada do SUS

Prof^ª. Orientadora: Ms. Quenia Cristina Gonçalves da Silva