

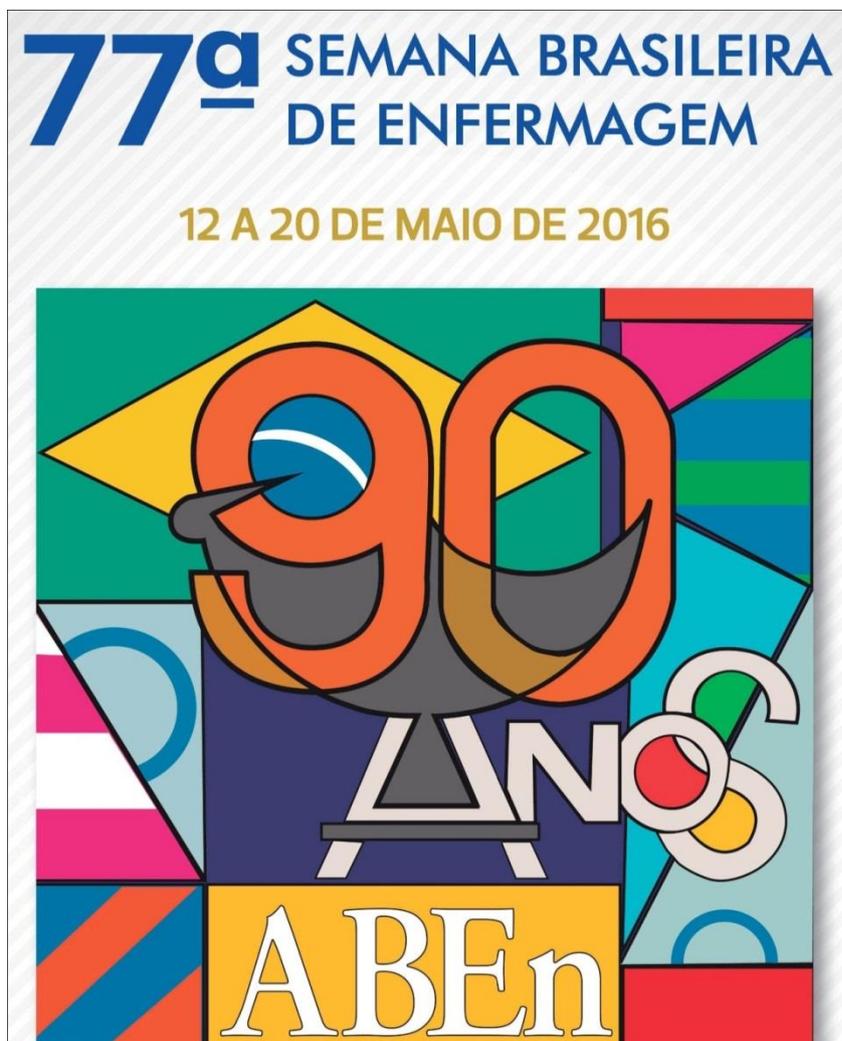


Seção MT
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MATO GROSSO
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

ANAIS

ISSN 2177-563X



**ABEN-MT: 57 ANOS DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA
E POLÍTICA DA ENFERMAGEM EM MATO GROSSO**

**CUIABÁ – MT
Maio/2016**



Sessão Mato Grosso
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MT
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

ORGANIZAÇÃO

1. **Nome do evento:** 77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM.
2. **Tema central:** ABEN 90 ANOS E A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA DA ENFERMAGEM.
3. **Subtema:** ABEn-MT: 57 ANOS DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA DA ENFERMAGEM EM MATO GROSSO.
4. **Período:** 19 e 20 de maio de 2016
5. **Local:** Auditório do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFMT
6. **Promoção:** Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Mato Grosso
7. **Realização/Organização:**
 - ABEN-MT: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Mato Grosso
 - FAEN: Faculdade de Enfermagem, Campus de Cuiabá/UFMT
 - PPGENF/FAEN: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem
 - Curso de Graduação em Enfermagem – Campus SINOP/UFMT
 - IESMT: Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso
 - Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFMT
 - Gerencia de Enfermagem do Hospital Santa Rosa
8. **Patrocinadores e apoio logístico**
 - ABEn - seção MT
 - FAEN/UFMT: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso
 - TITANIUM: Comércio de Materiais Médico Hospitalar e Serviços
 - IMS: Comércio de livros de enfermagem e medicina
 - SUPERBOUTIQUE: www.superboutique.com.br
 - Distribuidora IGLU: Cuiabá, MT
 - SISSI - Artesanato em tecidos: Jundiaí, SP
 - SINPEEn: Sindicato dos Profissionais da Enfermagem de Mato Grosso, MT



Sessão Mato Grosso
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MT
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

CORPO EDITORIAL

ABEn-MT GESTÃO 2015-2016

Presidente

Rosa Maria Bottosso

Vice-presidente

Pacifica Pinheiro Cavalcanti

Secretária Geral

Joana Darc Chaves Cardoso

1ª Secretária

Luce Marina Freires Corrêa da Costa

1ª Tesoureira

Eglivani Felisberta Miranda

2ª Tesoureira

Rayssa Basilio Arantes

Diretora de Educação

Mona Lisa Rezende Carrijo

Diretora Científica Cultural

Maria Cristina Guimaro Abegão

Diretor de Assuntos Profissionais

Paulo Lima da Silva Filho

Diretora de Publicações e Comunicação Social

Ana Maria Nunes da Silva

Diretora do Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn)

Micnéias Tatiana de Souza Lacerda Botelho

Conselho Fiscal

Eveline Do Amor Divino

Helga Yuri Dói

Annelita Almeida Oliveira Reiners

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

A142e

ABEN-MT, Semana Brasileira de Enfermagem.
ABEn-MT: 57 anos de construção histórica e política da enfermagem em Mato Grosso/ Semana Brasileira de Enfermagem. (2016: Cuiabá, MT).

ABEN-MT. – 2016

41f. : il. color. ; 30 cm.

77ª Semana Brasileira de Enfermagem, Cuiabá, 2016.

ISSN: 2177-563X

1. Enfermagem. 2. Associação Brasileira de Enfermagem. 3. Política. 4. História. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo (a) autor (a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada à fonte.



Sessão Mato Grosso
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MT
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

SUMÁRIO

PREFÁCIO	6
1. O PROCESSO DE SUBMISSÃO DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS.....	8
2. RESUMOS SIMPLES E EXPANDIDOS.....	10
A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	11
ACIDENTES DE TRÂNSITO COM MOTOCICLETAS NO MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT: CARACTERIZAÇÃO DOS ACIDENTES E VÍTIMAS.....	14
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	17
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NO MOMENTO DA ALTA E CUIDADO CONTINUADO	18
ATENDIMENTO PRESTADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA:	19
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SUS	19
CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS DE UM PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	19
CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO PRESTADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA DE RONDONÓPOLIS-MT NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS SUS	22
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA À MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA	25
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ESCOLARES: A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE	28
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONHECER E PRATICAR	30
EXPERIÊNCIAS SOBRE O USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL	31
FALHAS DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO EM CUIDADOS PALIATIVOS: A PERCEPÇÃO DE ESTAGIÁRIAS DE ENFERMAGEM	32
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM IDOSOS: ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU).	33
PENSAMENTO CRÍTICO E O RACIOCÍNIO CLÍNICO NA PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	35
PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLEMENTAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO.....	38



Sessão Mato Grosso
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MT
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

PROMOVENDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ALUNOS DE ESCOLAS MUNICIPAIS DE CUIABÁ DE 9 À 14 ANOS, ATRAVÉS DAS SUAS DÚVIDAS.....	39
RISCOS OCUPACIONAIS NO PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA.....	40
SITUAÇÃO VACINAL DA BCG EM CONTATOS DE CASOS DE HANSENÍASE MENORES DE QUINZE ANOS, CUIABÁ, MATO GROSSO.....	41



Sessão Mato Grosso
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MT
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

PREFÁCIO

A 77ª Semana Brasileira de Enfermagem (SBEn) é um evento anual, promovido por todas as seções estaduais das Associações Brasileiras de Enfermagem e, este ano, a mesma foi realizada nos dias 19 e 20 de maio de 2016 com o tema **ABEn-MT: 57 ANOS DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA DA ENFERMAGEM EM MATO GROSSO.**

Nesta edição, contou com a participação da presidente da ABEn-Nacional que explanou sobre os 90 anos da associação e a sua importância e inserção nos movimentos de luta por qualidade na formação e nas condições de trabalho da enfermagem no contexto social e político da saúde brasileira. Com este mesmo olhar, porém, considerando os 57 anos da criação da ABEn-MT a presidente da seção destacou as contribuições da associação para a formação dos profissionais no estado.

O **Fórum das Escolas de Enfermagem** foi realizado com a participação de profissionais do ensino técnico e superior, com foco na discussão das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem, conforme preconiza a Resolução CNE/CNE nº 3/2001. Por ser um assunto de extrema importância e que exige o envolvimento de toda comunidade de profissionais da enfermagem que atuam na formação e na assistência, a Diretoria de Educação da ABEn-MT, além de coordenar esta atividade, também divulgou outros encontros visando a escuta e diálogos para a construção de uma proposta de revisão da diretriz que será apresentada no 15º SENADEn, previsto para 29 a 31 de agosto de 2016.

Um **ATO PÚBLICO EM DEFESA SUS E DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM** fechou a programação com a participação de profissionais, docentes e alunos de enfermagem. Ele ocorreu num sinaleiro da avenida Fernando Corrêa da Costa, próximo ao local do evento. O grupo, munido de faixas e tambores fizeram panfletaram e rimas cantadas em forma de alerta à comunidade presente sobre a luta da enfermagem pela regulamentação das 30 horas e do piso salarial; defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e o não a formação de profissionais da enfermagem pela modalidade de ensino a distância (EAD).

A produção de conhecimentos apresentada resultou dos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Técnica-Científica que aprovou dezenove trabalhos. No dia foram apresentados dezoito na modalidade *e-pôster* com auxílio do Datashow em sala de aulas, possibilitando a discussão com os autores.



Sessão Mato Grosso
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MT
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

Finalizando, agradecemos a todos que contribuíram para que este evento se concretizasse no estado e ressaltamos a importância das pesquisas registradas neste *Anais* que revelam a beleza, a sensibilidade, o envolvimento, o esforço e do desejo de estudantes e profissionais de enfermagem em fazer a diferença no cuidar de pessoas.

Rosa Maria Bottosso
Presidente ABEn-MT
Gestão 2015-2016



Sessão Mato Grosso
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MT
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

1. O PROCESSO DE SUBMISSÃO DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS

Os trabalhos selecionados passaram pela avaliação conforme os critérios de normalização e formatação definidos pela Comissão Científica, disponibilizada no site da ABEn-MT, contendo modelo de resumo simples e expandido, as orientações sobre o número de autores e a forma de apresentação. Segue o texto na íntegra:

Para que os trabalhos sejam encaminhados para avaliação da comissão científica é essencial que estas condições sejam respeitadas, e que **todos os autores estejam inscritos no evento** e o **relator além da inscrição deverá ser membro associado a ABEn MT** e estar quite com a anuidade de 2016. Atenção: Cada relator poderá submeter até dois trabalhos.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO, DOS RESUMOS, DA BANCA EXAMINADORA DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA ABEN MT

Os critérios de avaliação, a serem seguidos pela Banca Examinadora da Comissão Científica da ABEn MT, relacionados a elaboração dos resumos. Os resumos simples ou expandido deverão:

1. Estar de acordo com os critérios de normalização e formatação disponibilizados pelo evento da 77ª SBEn MT;
2. Ter no máximo 05 autores incluindo o relator;
3. Ter coerência na elaboração, isto é, estar de acordo com as
 - Regras gramaticais da língua portuguesa que determinam a escrita correta das palavras. Respeitando a concordância verbal e gramatical, as regras que estabelecem a grafia correta das palavras e o uso de sinais de pontuação e ortografia;
 - Normas metodológicas de pesquisa, ao que se refere a cada item que compõe a estrutura do resumo.

CRITÉRIOS DE ELABORAÇÃO DE e-PÔSTER

A modalidade destina-se à apresentação dos resumos aprovados (estudos de caso, revisões sistemáticas e outros), de acordo com as áreas temáticas das rodas de conversa 77ª SBEn:

- Temática I: práticas assistenciais de enfermagem.
- Temática II: gestão dos serviços de enfermagem.
- Temática III: formação dos profissionais da enfermagem.
- Temática IV enfermagem na saúde indígena e da população negra.
- Temática V Temáticas diversas nas áreas de tecnologias em saúde e outras

A apresentação dos e-pôsteres será realizada em um único dia (veja a programação no site) no local destinado no evento. Haverá no local uma lista dos resumos homologados, e o local da apresentação das salas temáticas. Será disponibilizado data show e um mediador responsável pela organização das apresentações.

O relator do trabalho deverá ser um dos autores e que esteja inscrito no evento e membro associado da ABEn - MT e estar quite com a anuidade de 2016.



Sessão Mato Grosso
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MT
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

Responsabilidade do Relator:

- Trazer o pen drive com o e-pôster
- Estar dez minutos antes do horário estabelecido para avaliação, a fim de organizar a apresentação do e-pôster com o mediador responsável e demais colegas que estarão na sala.
- Deverá expor o trabalho em 10 minutos;
- Após a apresentação assinar a lista com o mediador que estará responsável pela organização da sessão e-pôster, na respectiva sala de apresentação;

Estrutura do e-Pôster

1. Dimensões: 90 cm de largura por 120 cm de comprimento (PowerPoint).
2. Cada pesquisador será responsável pela confecção de seu e-pôster. Não ofereceremos modelo padrão.
3. O texto deve ser objetivo e lido facilmente a distância.

Identificação do estudo

1. Na parte superior do e-pôster deve constar:
2. Nome do Programa; Instituto; Faculdade
3. Título do trabalho – autoexplicativo.
4. Nome da graduação ou do pós-graduando; e-mail.
5. Nome do orientador; e-mail.
6. Agência de fomento (CAPEs, CNPq, REUNI; FAPEMAT, outras).

Itens de composição do e- pôster

1. Introdução 2. Objetivos 3. Metodologia 4. Resultados e Discussão 5. Conclusões, contribuições / implicações para a Enfermagem e referências (**Constar o mesmo do resumo**) 6. No e-pôster pode constar Figuras, gráficos, tabelas e fotografias com legendas coerentes com o trabalho apresentado.

Observações gerais

1. A data programada para apresentação do e-pôster não poderá ser alterada.
2. O pesquisador/relator deverá chegar no local com 10 minutos de antecedência do horário previsto para apresentação.
3. É fundamental que o título e o conteúdo do trabalho sejam idênticos ao do resumo inscrito no evento.

Cuiabá, 29 de abril de 2016.

Maria Cristina Guimaro Abegão
Diretora Científico Cultural

Mona Liza Rezende Carrijo
Diretora de Educação



Seção MT
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MATO GROSSO
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

2. RESUMOS SIMPLES E EXPANDIDOS

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA

Kaoanny Jonatas Matias Marques Silva¹
Lucas dos Santos Ribeiro²
Yara Nãna Lima³
Roseany Patrícia Silva da Rocha⁴
Antonio Cesar Ribeiro⁵

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um modo de sistematizar o cuidado e organizar as condições necessárias para sua execução, estreitando a relação entre enfermeiro e cliente. Além disso, a resolução 358 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de 2009 determina que a implementação da sistematização da assistência de enfermagem deve ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada. Esta resolução é específica à SAE como atividade privativa do enfermeiro, na utilização de método e estratégia de trabalho científico para identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem, que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2009). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, realizada entre setembro e novembro de 2015, para buscar produção científica sobre o impacto do dimensionamento de pessoal sobre a qualidade da assistência, como um recorte do projeto de pesquisa Análise da organização do trabalho de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva, de um hospital público municipal, em Cuiabá-MT, na perspectiva das Normas Técnicas do Conselho Federal de Enfermagem. Foram realizadas buscas na base de dados Biblioteca Virtual de Saúde-BVS, a partir das fontes LILACS, SCIELO e BDENF, utilizando os descritores cruzados *Enfermagem, Hospital, Dimensionamento de pessoal; Enfermagem, Hospital, Organização do Trabalho; Enfermagem, Hospital, Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem e Unidade de Terapia Intensiva*. Foram encontrados 50 artigos relacionados com o tema, onde 28 foram selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram artigos publicados a partir de 2010, artigos publicados em revistas B2, B1, A2 e A1; os critérios de exclusão foram artigos publicados antes de 2010, teses e dissertações. Em seguida, os artigos foram separados por assuntos que discutem: Sistematização da Assistência de Enfermagem e Dimensionamento de Pessoal, para subsidiar revisões bibliográficas separadamente. **Discussão/Resultados:** Evidenciam que o processo de Enfermagem (PE), através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é um modo de organizar o cuidado de enfermagem. Há diversos conceitos a respeito do tema, considera a SAE como um instrumento no processo de trabalho privativo do enfermeiro, onde sistematiza a assistência de enfermagem⁽¹⁾.

¹ Aluna de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso- UFMT. Cuiabá(MT). Brasil. E-mail: kaoanny.marques@hotmail.com

² Aluno de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso- UFMT. Cuiabá(MT). Brasil. E-mail: Lucas_sanribeiro@hotmail.com

³ Aluna de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso- UFMT. Cuiabá(MT). Brasil. E-mail: yara_nannalima@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestranda do PPG/FAEN/UFMT/TRIPALIUM. Email: roseanyrocha1@gmail.com

⁵ Enfermeiro. Doutor em ciências. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). Membro do grupo de pesquisa Tripalium. E-mail: anceri1964@gmail.com



Seção MT
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MATO GROSSO
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

Esse modelo é um método de estratégias de trabalho baseado em princípios teóricos e científicos, para identificação de problemas relacionados no processo saúde/doença, garante ao enfermeiro o exercício do direito de decidir sobre como será realizado o cuidado com cliente, com independência mental, técnica e científica^(5,2). A SAE é constituída por etapas que devem seguidas ao prestar o cuidado, são elas: coletas de dados (exame físico+ anamnese), diagnóstico, planejamento de cuidados, implementação e avaliação dos resultados obtidos. O processo de enfermagem é representação maior no método científico da produção de enfermagem, os cinco passos auxilia na organização do trabalho pelo qual o enfermeiro é responsável^(1,5). A literatura aponta a SAE enquanto ferramenta essencial, onde precisa de diagnóstico de enfermagem para prática hospitalar diária do enfermeiro, bem como a utilização do raciocínio clínico, julgamento crítico para identificação e levantamento de problemas relacionados ao cliente. Além disso, ajuda na escolha de melhor decisão da recuperação de acordo com as necessidades reais dos clientes e seus familiares⁽⁴⁾. Alguns autores apresentam fragilidades e dificuldades nas aplicações da SAE, sendo elas um processo de identificação problema/necessidade, o processo prevê que a assistência seja pautada na avaliação que fornece os dados para o diagnósticos sejam identificados, os quais direcionam a definição de metas que devem ser alcançadas. Juntos o diagnóstico e as metas são as bases para selecionar as intervenções necessárias para o paciente, mas sabemos que a maioria dos enfermeiros não aplica esse processo, e quando realizam utilizam com maior frequência a coleta de dados e avaliação de enfermagem, justificando que não realizam todas as etapas por falta de tempo⁽⁵⁾. Outros diferenciais elencados que dificultam a implementação da SAE pelo enfermeiro são: a falta de conhecimento em relação ao exame físico, ao tema nas instituições de saúde, falta de registro adequado, estrutura inadequada, dificuldade de aceitação de mudanças, carência de pessoal, falta de organização, sobrecarga de trabalho, elevado número de pacientes, burocracia entre outros, tendo em vista essas dificuldades a SAE não pode ser vista pelo enfermeiro como um processo de etapas separadas, as mesmas devem estar intimamente relacionada, e o enfermeiro sempre deve usar uma metodologia como referência, e não deve permanecer em restrição de conhecimento. A bibliografia nos mostra a necessidade de investimento na educação permanente da equipe de enfermagem, para melhoria da assistência ao cliente^(4,1). **Considerações Finais:** Os estudos apresentam a SAE como um caminho a autonomia da profissão, uma vez que representa um método de organizar a assistência reconhecido pelos os enfermeiros, porém, também apontam que não basta adquirir a SAE como um método prático e sistemático, se não houver aplicação dos conhecimentos no cuidado direto aos clientes, sendo necessário a capacitação da equipe de enfermagem, que desconhecem o processo de enfermagem. Entendesse que embora o enfermeiro compreenda a SAE como um instrumento que possibilita a melhorar na qualidade da assistência prestada ao cliente, na prática esse instrumento é pouco utilizado na rotina assistencial, sendo as condições inadequadas de trabalho e sobrecarga de trabalho os principais motivos para a não realização da SAE. No entanto, frequentemente os estudos evidenciam a falta de apoio das instituições para realização da SAE, desenvolvendo assim um trabalho focado no tecnicismo que impossibilita a capacidade reflexiva do enfermeiro e desvaloriza a profissão, ou seja, inviabiliza o exercício profissional do enfermeiro.

Descritores: Enfermagem. Hospital. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Referências

1. Carvalho ACTR, Oliveira KT, Almeida RS, Souza FS *et al.* Refletindo sobre a prática da sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. R. pesq.: cuid. fundam.[online], v.5, n.2, p.3723-3729, 2013.



-
2. Casafus KCU, Dell'Acqua MCQ, Bocchi SCM. Entre o êxito e a frustração com a Sistematização da assistência de enfermagem. Esc Anna Nery [impresso], v.17, n.2, p.313-321, 2013.
 3. Cruz AMP, Almeida MA. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP, v.44, n.4, p.921-7, 2010.
 4. Fernandes ACL *et. al.* Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção de infecções na unidade de terapia intensiva. Revista de pesquisa cuidado é fundamental. v. 6, n. 4, p. 1580 – 1589, 2014.
 5. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Rev Bras Enferm, v.65, n.2, p. 297-303, 2012.

ACIDENTES DE TRÂNSITO COM MOTOCICLETAS NO MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT: CARACTERIZAÇÃO DOS ACIDENTES E VÍTIMAS

Nathany Dias dos Santos¹
Daniela Zangaro Corradi Leal²
Valdevina Silva de Almeida Badaró³
Magda de Mattos⁴
Suellen Rodrigues de Oliveira Maier⁵

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera os acidentes de trânsito como uma “epidemia oculta” (hidden epidemic), visto que são a 11ª causa de morte e a 9ª causa de incapacidade física em todo o mundo⁽¹⁾. É, pois, um grave problema de saúde pública⁽²⁾. Nesse contexto, o Brasil aparece em quinto lugar entre os países recordistas em mortes no trânsito, precedido por Índia, China, EUA e Rússia e seguido por Irã, México, Indonésia, África do Sul e Egito. Juntas, essas dez nações são responsáveis por 62% das mortes por acidente no trânsito. Ainda, o problema torna-se mais grave nos países de média e baixa renda, pois a OMS estima que 90% das mortes acontecem em países em desenvolvimento, entre os quais se inclui o Brasil. Ao mesmo tempo, esse grupo possui menos da metade dos veículos do planeta (48%), o que demonstra que é muito mais arriscado dirigir um veículo, especialmente uma motocicleta, nesses lugares⁽¹⁾. Dentre os acidentes de trânsito, é elevado o índice de motocicletas envolvidas e nesse sentido, destacam-se alguns fatores que tem influenciado como, o crescimento expressivo do número da frota na proporção de cinco vezes maior que a de carros, as motocicletas são meios de transporte mais baratos, ágeis e menos poluidores, além de significarem a possibilidade real de trabalho para os jovens sem qualificação profissional no mercado de tele entregas e pelas facilidades de aquisição desse meio de transporte^(3,4). As causas dos acidentes com motocicletas se devem, principalmente, a colisões com objetos fixos, além das colisões frontais com veículos pesados e também em consequência da luminosidade inadequada. Ainda, salienta-se que nas devidas proporções, a velocidade, tipo de impacto dos veículos envolvidos em uma ocorrência de trânsito é determinante para causar a morte em relação ao número de veículos envolvidos⁽⁵⁾. Diante do exposto acima, é inegável as consequências negativas que os acidentes com motocicletas ocasionam a própria pessoa e sua família, sejam as sequelas físicas temporárias ou permanentes, sejam as sequelas invisíveis. Portanto, entende-se que no Brasil o número elevado de acidentes de trânsito com motociclistas pode estar relacionado ao aumento do número de motocicletas, mas este não deve ser considerado como a única causa.

¹ Graduanda do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT, Câmpus Universitário de Rondonópolis/MT. E-mail: nathany-dias-@hotmail.com.

² Graduanda do 3º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT, Câmpus Universitário de Rondonópolis/MT. E-mail: daniela.corradi@hotmail.com

³ Graduanda do 3º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT, Câmpus Universitário de Rondonópolis/MT. E-mail: valbadoro18@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutora em Educação. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT, Câmpus Universitário de Rondonópolis/MT. E-mail: magda_roo@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Mestre em Educação. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT, Câmpus Universitário de Rondonópolis/MT. E-mail: suellen_enf2004@hotmail.com

O estudo tem por objetivo caracterizar os tipos de acidentes com motocicletas e as vítimas envolvidas, no município de Rondonópolis/MT e que foram atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Estudo exploratório, descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no município de Rondonópolis/MT. A população foi composta de 201 vítimas de acidentes com motocicleta, com dados referentes ao mês de março de 2011. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento contendo questões fechadas, relacionadas à caracterização das vítimas e do tipo de acidente. Os resultados demonstraram que das 201 vítimas de acidente de trânsito com motocicletas, 117 (58,20%) eram do sexo masculino, 77 (38,30%) do sexo feminino e 7 (3,48%) não informado. Em relação à faixa etária das vítimas, observou-se que menores de 18 anos totalizaram 19 (9,45%), de 18 a 25 anos corresponderam a 85 (42,28%), de 26 a 35 anos eram 56 (27,86%), de 36 a 45 anos com 27 (13,43%) e acima de 46 anos foram 14 (6,96%). Quanto às características do acidente, o período predominante foi o diurno com 140 (69,65%) e 61 (30,34%) no período noturno. Dentre as colisões, destacaram-se aquelas entre moto-carro 78 (38,80%), quedas 55 (27,36%), moto-moto 42 (20,89%) e os acidentes de motocicletas com caminhão, pedestre, bicicleta e animais corresponderam a 26 (12,93%). Os resultados da pesquisa corroboram com estudos da OMS, que tem alertado sobre as lesões no trânsito, considerada a principal causa da morte entre adultos jovens que conduzem carros ou veículos motorizados de duas rodas. Ainda, para a OMS, os índices de mortalidade são particularmente elevados entre jovens do sexo masculino e dentre os fatores que contribuíam para isso se incluem a falta de familiaridade com os veículos, frequentemente tomados emprestados; a busca de emoção e excesso de confiança; a menor tolerância ao álcool, comparativamente aos mais velhos e a velocidade excessiva. Conclui-se, portanto, que as vítimas de acidente com motocicleta, objeto deste estudo, em sua grande maioria foram jovens e do sexo masculino. No que concerne ao tipo de acidente motociclistico, a predominância de colisões entre motocicletas e veículos leves e as quedas sinalizam para a possibilidade de excesso de velocidade, bem como as falhas consequentes de procedimentos em desacordo com as leis de trânsito. Desse modo, espera-se que os dados parciais desta pesquisa possam contribuir com a formulação de estratégias de educação em saúde no trânsito, com foco no grupo vulnerável que são os jovens do sexo masculino. Por fim, vale ressaltar o papel ímpar que a Enfermagem desenvolve em ações educativas, principalmente em eventos considerado como um problema de saúde pública, como este, dos acidentes de trânsito com motocicletas.

Descritores: Acidentes de trânsito. Motocicletas. Educação em Enfermagem.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre prevenção de lesões causadas pelo trânsito: resumo / Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde, 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf> Acesso em: 09 Mar. 2016.
3. Rodrigues CL, Armond JE, Gorios C, Souza PC. Acidentes que envolvem motociclistas e ciclistas no município de São Paulo: caracterização e tendências. Revista Brasileira de Ortopedia. 2014; 49(6):602–606. Disponível em: < www.rbo.org.br > Acesso em: 12 fev. 2016.



Seção MT
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MATO GROSSO
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

-
4. Bacchieri G, Barros AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. Rev. Saúde Pública. 2011;45(5):949-63. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2981.pdf>> Acesso em: 05 fev. 2016.
5. Oliveira NLB, Sousa RMC. Ocorrências de trânsito com motocicleta e sua relação com a mortalidade. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(2):08 telas, mar-abr., Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000200024&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 09 Mar. 2016.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Patrícia da Silva Ferreira¹
Mariana Navarro de Freitas Diorio²
Mona Lisa Rezende Carrijo³
Nayara Ferreira⁴
Pamella Ferreira Paes de Barros⁵

Introdução: Os serviços de urgência e emergência apresentam alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde: processo de trabalho fragmentado, pouca articulação com a rede de serviços, superlotação, exclusão de usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos dos usuários, entre outros. Partindo desse pressuposto o Acolhimento com Classificação de Risco tem sido proposto como uma estratégia que aponta para a necessidade de utilização de instrumentos e protocolos capazes de sistematizar a priorização do atendimento dos usuários. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por acadêmicas com a prática do Acolhimento nos serviços de urgência e emergência. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo-qualitativo a partir de um relato de experiência da vivência do grupo de acadêmicas da Universidade Estadual do Mato Grosso, durante o estágio curricular sobre a prática do acolhimento com classificação de risco realizado no setor de urgência e emergência de um hospital público do estado do Mato Grosso. **Resultados:** Pela vivência durante a atividade de acolhimento observou-se que essa prática contribuiu positivamente para a dinâmica do atendimento do setor, onde se constatou um maior vínculo com a equipe/usuário/família, diminuição na evasão dos pacientes e a inserção do usuário como participante no processo de atendimento. **Conclusão:** É preciso não restringir o conceito de acolhimento apenas à problemática da recepção e da demanda dos pacientes. O acolhimento deve ser constituinte de todas as práticas de atenção e gestão nos serviços de saúde, desta forma, só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde. O acolhimento representa uma importante ferramenta de trabalho que traz benefícios e satisfação aos profissionais e usuários, dentro deste contexto é preciso repensar sobre as formas de acolher aos pacientes levando em consideração a política de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência.

Descritores: Acolhimento. Urgência e emergência. Classificação de risco.

¹Enfermeira. Mestrado em Enfermagem pela UFMT. Professora Efetiva na UNEMAT. E-mail: patigmail@ig.com.br

²Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Mato Grosso. E-mail: mariana_diorio@hotmail.com

³Enfermeira. Mestrado em Educação pela UFMT. Professora Substituta na UNEMAT. E-mail: monacarrijo@gmail.com

⁴Enfermeira. Professora substituta na UNEMAT. E-mail: nayferreira_go@hotmail.com

⁵Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Mato Grosso. E-mail: pamella283@hotmail.com

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NO MOMENTO DA ALTA E CUIDADO CONTINUADO

Raizza Brenda de Holanda¹

Renata de Alencar Cerri²

Suelen Maria Soares³

Valdete Adelina Leite⁴

Edinar Teles Oliveira Barbatto Figueiredo⁵

Dentre as doenças crônicas a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é caracterizada por lesão renal sustentada de evolução progressiva e deterioração irreversível da função renal, resultante em desequilíbrio metabólico e hidroeletrolítico. Dentre as modalidades terapêuticas para este agravo se encontram a diálise peritoneal e a hemodiálise. O portador de IRC necessita de tratamento especializado, com profissionais capacitados, que tenham conhecimentos técnico-científicos suficientes para prestar uma assistência qualificada e humanizada. A meta do cuidado de enfermagem ofertado consiste em maximizar o estado funcional e qualidade de vida desses indivíduos. Nesse cenário um plano de alta e cuidado continuado se tornam cruciais. **Objetivo:** Descrever as principais evidências científicas sobre intervenções de enfermagem relacionadas à alta do paciente hemodialítico. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por meio de busca digital nas seguintes bases: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), BVS-BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde). Utilizou-se como palavras chaves: enfermagem, cuidados de enfermagem, planos de alta de enfermagem, hemodiálise, assistência de enfermagem. Foram selecionados artigos científicos no período de 2004 a 2014, disponíveis na íntegra e que tratassem da temática. **Resultados:** Dos 18 artigos encontrados, apenas 10 foram utilizados no estudo, e 8 foram descartados por não atender os critérios de inclusão. Nossos resultados indicaram que existe uma lacuna no que refere ao plano de alta e cuidado continuado ao portador de IRC, visto que em nossa busca nenhum artigo abordava essa temática. **Conclusão:** Consideramos, portanto que há uma necessidade de trabalhos acerca do assunto no intuito de propiciar-nos subsídios teóricos para uma prática de enfermagem alicerçada e sustentada.

Descritores: Insuficiência renal. Plano de alta. Saúde.

Referências

1. Prestes FC, Beck CLC, Tavares JP, Silva RM, Cordenuzzi OCP, Burg G et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a dinâmica do trabalho e os pacientes em um serviço de hemodiálise. *Texto & Contexto – Enferm*, 20(1): 25-32, 2011.

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso – IESMT. E-mail: raizzabrendalj@hotmail.com

² Acadêmica do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso – IESMT. E-mail: renata.a.cerri@gmail.com

³ Acadêmica do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso – IESMT. E-mail: suelenmariasoes@hotmail.com

⁴ Acadêmica do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso – IESMT. E-mail: valdeteleite15@hotmail.com

⁵ Docente do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso IESMT. E-mail: profedinarfbot1@gmail.com

ATENDIMENTO PRESTADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SUS

Laura Campos Barbosa¹
Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz²

No processo de hospitalização muitas vezes verificamos situações em que é infringido o direito da criança a um cuidado humanizado, baseado no respeito e na ética profissional. **Objetivo:** Descrever as condições do atendimento ofertado às crianças nos hospitais públicos do município de Rondonópolis-MT a partir da percepção de seus pais/acompanhantes. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, onde foram realizadas 16 entrevistas individuais semiestruturadas entre março e abril de 2016, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados foram organizados em categorias temáticas, para análise de conteúdo, na modalidade de análise temática conforme Minayo⁽¹⁾. **Resultados:** Fatores ligados ao atendimento como: tempo de espera e procedimentos realizados foram considerados satisfatórios. Porém, a comunicação não tem sido uma ferramenta de inclusão nesses processos e muitos profissionais não se identificam em sua abordagem aos usuários. As mães com filhos na UTI Neonatal percebem a importância da estrutura em sua permanência hospitalar. As brinquedotecas são percebidas como espaço de lazer para a criança, mas vêm apresentando benefícios também para os acompanhantes. Foram frequentes as considerações sobre a falta de flexibilidade visitas hospitalares e as fragilidades do serviço de nutrição, devido inadequações da dieta. **Considerações finais:** Assim, compreendendo a percepção dos usuários é possível uma reflexão sobre as práticas de saúde para melhoria do atendimento nesses contextos.

Descritores: Criança Hospitalizada. Defesa da Criança e do Adolescente. Serviços de Saúde.

Referência

1. Minayo, MCDS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.

¹ Acadêmica da Faculdade de Enfermagem (FAEN/UFMT). E-mail: laura.faien@gmail.com

² Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da FAEN/UFMT. Membro do Grupo de Pesquisa da Saúde da Criança e do Adolescente (GESCA). E-mail: geviferreira@gmail.com

CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS DE UM PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Nathalie Vilma Pollo de Lima¹
Alice Milani Nespollo²
Samira Reschetti Marcon³

O envelhecimento considerado um fenômeno mundial, hoje representa a realidade da maior parte das sociedades ⁽¹⁾. O aumento da expectativa de vida, juntamente com a redução das taxas de fecundidade e mortalidade são os três fatores determinantes da transição demográfica mundialmente, e nos países em desenvolvimento esses fenômenos são mais evidentes, trazendo como consequência novas demandas na saúde ⁽²⁾. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, é compreendido como idoso, a pessoa que possui idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos e idade superior ou igual há 60 anos nos países em desenvolvimento ⁽³⁾. Caracterizado como um processo natural, o envelhecimento pode ocasionar limitações nas condições de saúde do idoso ⁽¹⁾, comprometendo diversas funções nos sistemas do organismo, como alterações cognitivas, funcionais e/ou alterações de humor como a depressão ^(1,2). Considerando os três fatores determinantes para o envelhecimento da população, aliado as alterações físicas e psíquicas que podem predispor os idosos às diversas modificações em suas condições de saúde, é fundamental conhecer as características dos idosos a fim de contribuir na implementação de estratégias direcionadas a esta população. Este estudo faz parte de uma pesquisa matricial intitulada “Eficácia das intervenções físicas, cognitivas e educativas na prevenção de quedas de idosos na comunidade”. Teve como objetivo caracterizar as condições de saúde dos participantes do Programa Longevidade Saudável, da Universidade Federal de Mato Grosso. **Método:** Estudo de delineamento transversal, desenvolvido com os participantes do Programa Longevidade Saudável da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Cuiabá, no período de fevereiro de 2016. A amostragem utilizada foi de conveniência, e o critério de inclusão foi possuir idade de 60 anos ou mais, totalizando 137 participantes. Destes, 6 questionários foram excluídos por inconsistência dos dados e 7 não contemplaram o critério de inclusão estabelecido para este estudo, resultando na análise final de 124 indivíduos. A coleta de dados ocorreu na terceira semana do mês de fevereiro/2016, durante o período de inscrições de novos alunos e renovações de matrículas antigas. As entrevistas foram realizadas por alunos dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Psicologia e Medicina e do Curso de Pós-graduação em Enfermagem, no Ginásio Esportivo da Faculdade de Educação Física, individualmente com os participantes e em um tempo médio de 40 minutos. Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico com variáveis relacionadas às condições de saúde e atividades de vida diária, sendo que no presente estudo foram avaliadas apenas as duas primeiras partes deste instrumento; Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) visando à análise da função cognitiva; a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) para identificar a presença de sintomas depressivos. Para análise do MEEM, utilizou-se a nota de corte de 19 pontos para analfabetos, 23 para escolaridade de 1 a 3 anos, 24 para 4 a 7 anos e 28 acima de 7 anos.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Cuiabá. E-mail: nathalievilma.26@hotmail.com

² Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Cuiabá. E-mail: alicenespollo@gmail.com

³ Enfermeira, doutora em Ciências, docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Cuiabá (FAEN/UFMT). E-mail: samira.marcon@gmail.com

Na GDS-15 foi estabelecido o ponto de corte de 0 a 5 para ausência de sintomas depressivos e acima de 6 pontos para presença desses sintomas. Os dados foram digitados em uma planilha do *Microsoft Office Excel* e posteriormente analisados no programa estatístico MINITAB, sendo apresentadas análises descritivas com frequência absoluta, porcentagem, medidas de posição e variação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller sob o nº 1.118.134, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido de acordo com as normas da Resolução 466/12. **Resultados:** Da amostra de 124 indivíduos que compuseram o estudo, 94,3% eram do sexo feminino, com média de idade dos participantes de 66,7 anos (DP \pm 5,6 anos), sendo a idade mínima de 60 anos e a máxima de 90 anos. Em relação à percepção de saúde, 2,4% dos participantes descreveram a sua saúde como ruim, 33% como regular, 45,9% e 18,5% como boa e excelente, respectivamente. Dos participantes 80,6% não faziam uso de tabaco e 16,1% eram ex-tabagistas. Quanto ao consumo de álcool 66,9% relataram não fazer uso de bebida alcoólica e 25,8% faziam ingestão social dessa substância. Ao serem questionados a respeito dos problemas de saúde, 84,6% relataram possuir algum tipo de problema, sendo que 49,1% descreveram possuir dois ou mais problemas conjuntamente. Quanto ao uso de medicamentos, 83% dos participantes faziam uso regular de algum tipo de medicação. Referente à prática de exercícios físicos, 57,2% relataram realizar algum tipo de atividade física, a frequência semanal dos exercícios variaram de duas a sete vezes na semana, sendo que as maiores proporções na periodicidade da realização dos exercícios foram de duas vezes na semana (14,5%) e três vezes (16,9%). No rastreio para demências realizadas pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), considerando o ponto de corte de acordo com a escolaridade, a média do escore obtido pelos participantes foi de 26,3 pontos (DP \pm 2,8 pontos), sendo que 62,9% apresentaram escore acima do ponto de corte, e em 37% da população pesquisada evidenciou-se uma sugestividade de possíveis alterações cognitivas. Na avaliação pela Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15), a média de pontos obtidos foi de 2,9 (DP \pm 2,3 pontos) e os escores variaram de zero a 12 pontos, sendo que do total de idosos avaliados, 12 indivíduos, que representam 9,6% da amostra, apresentaram sinais sugestivos para depressão, pois apresentaram um escore acima de 5 pontos. **Conclusões:** Os achados do estudo reforçam a importância de conhecer as características dos idosos considerando o aumento desse grupo populacional no Brasil e no mundo. O método científico é um dos instrumentos básicos da enfermagem, desse modo, os estudos com idosos são fundamentais para subsidiar o planejamento dos cuidados e o desenvolvimento da prática e aprimoramento profissional. Ressaltamos ainda que o enfermeiro pode ser um importante agente na formação de novos profissionais, ampliando as possibilidades de intervenções com a população idosa.

Descritores: Idoso. Condições de Saúde. Enfermagem.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2007.
2. Moraes EM. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO PRESTADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA DE RONDONÓPOLIS-MT NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS SUS

Laura Campos Barbosa¹
Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz²
Amanda Cavalcante Almeida de Souza³
Anny Helly Souza Anicésio⁴

A vivência dentro de um ambiente hospitalar é uma situação estressante na vida de qualquer pessoa, porém tratando-se de crianças o processo torna-se ainda mais delicado em virtude de situações de imposições por parte de pessoas desconhecidas, de procedimentos invasivos dolorosos e na doença propriamente dita. **Objetivo:** Assim, tivemos como objetivo nesse trabalho apresentar a perspectiva dos usuários sobre as condições do atendimento prestado à criança nos hospitais credenciados ao SUS do Município de Rondonópolis-MT. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva⁽¹⁾ com abordagem quantitativa, com variáveis objetivas, na ênfase em comparação de resultados e no uso de técnicas estatísticas de frequência relativa e absoluta para análise. Foram realizadas 105 entrevistas com pais/acompanhantes das crianças hospitalizadas, por meio de questionário objetivo com respostas fechadas acerca das condições de atendimento prestado à criança nas unidades de internação pediátrica e unidade intensiva neonatal, a saber: Hospital Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis e Hospital da Criança Wilma Bohac Francisco, mediante autorização das instituições de saúde, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa⁽²⁾, sob número 1.447.852/2016. A coleta de dados foi realizada através de entrevista estruturada individual utilizando um formulário com 18 questões objetivas relacionadas à instituição e aos diversos serviços prestados pela unidade de saúde durante a permanência da criança. Os itens avaliados foram: equipe de enfermagem, equipe médica, serviço social, limpeza, equipe de nutrição, alimentação, infraestrutura, fisioterapia, psicologia, recepção, segurança, horário de visita, atendimento pedagógico para as crianças, recreação, acomodação, laboratório, outros exames, transporte e interação da equipe. As questões possuíam como as opções de resposta: “ótimo”, “bom”, “regular”, “ruim”, “péssimo”, “não tem”, “não se aplica”, e “não sei”. Os dados foram processados pelo Google Docs, sendo analisados estatisticamente em frequência relativa e absoluta, por meio de tabelas e gráficos e, posteriormente, discutidos com base no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽³⁾ e na Resolução Nº 41, de 13 de outubro de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)⁽⁴⁾. O período de coleta foi de abril a julho de 2015, em visitas semanais pré-estabelecidas pelas pesquisadoras, sendo 03 vezes na semana em cada local de estudo. Do total das entrevistas realizadas, 33 (32%) foram da Ala C e 15 (14,5%) da UTI Neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis; 57 (53,5%) do Hospital da Criança Wilma Bohac.

¹ Acadêmica da Faculdade de Enfermagem (FAEN/UFMT). E-mail: laura.faien@gmail.com

² Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da FAEN/UFMT. Membro do Grupo de Pesquisa da ² Saúde da Criança e do Adolescente (GESCA). E-mail: geviferreira@gmail.com

³ Enfermeira da Homedical Assistência Domiciliar/Porto Alegre-RS. E-mail: a_cavalcante@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Docente do Curso Técnico de Enfermagem CETEC/Rondonópolis-MT. E-mail: anny_aia92@hotmail.com

Resultados: Para melhor divulgação dos resultados desta pesquisa, optamos por apresentá-los em dois eixos de análise: atendimento da equipe multidisciplinar e serviços adicionais ofertados, nestes se perfazem categorias analíticas que trazemos a seguir: a categoria “interação entre a equipe” é um ponto crítico de divergência na opinião do usuário, verificamos que 30,30% dos entrevistados na Ala C consideraram que a interação entre os profissionais que a compõe é “regular”, sendo uma avaliação a ser considerada, dada sua relevância. No Hospital da Criança em relação à essa categoria a opção “regular” obteve um índice maior ainda, de 43,86%. A avaliação da equipe de enfermagem e da equipe médica da Ala C, obtiveram maior destaque para a opção “bom”, sendo a primeira com 51,51% e a segunda com 57,57%. Os índices mais altos presentes nas categorias da “Equipe de Enfermagem” e “Equipe Médica” do Hospital da Criança, se destacaram na opção “bom”, sendo 52,63% e 42,11%, respectivamente. Já no setor da UTI Neonatal, o maior índice de respostas dos usuários para avaliação das equipes de enfermagem e médica foram para a opção “ótimo”, sendo 53,33% e 46,66% respectivamente. Nas entrevistas do Hospital da Criança 14,03% destes não souberam avaliar a categoria “Nutrição”. Na UTI Neonatal a categoria “Nutrição” apresentou a maior porcentagem em relação ao desconhecimento do serviço com 80% para a opção “não sei”. As mães que responderam este item alegaram que não tiveram contato com tal profissional, o que nos leva a refletir sobre uma situação encontrada em determinados hospitais, onde é comum o usuário ter contato direto com o nutricionista, responsável pelo serviço, somente em caso de dietas especiais ou situações específicas. Na Ala C, os usuários avaliaram o serviço como “bom” em 30,30% e como “não sei” em 27,27%, parte desses usuários justificaram receber visitas do profissional nutricionista no período de hospitalização, no entanto, uma parcela considerável não soube avaliá-lo. No Hospital da Criança a opção “não tem” para a categoria “Nutrição” nos chamou muita atenção pelo elevado percentual (45,61%) e também estar presente em outras categorias como “Atendimento Psicológico” (33,33%), “Assistente Social” (22,81%) e “Fisioterapia” (14,03%). A categoria “Acomodação dos Acompanhantes” foi mais criticada nos dois setores do Hospital Santa Casa, onde na Ala C 51,51% dos entrevistados avaliaram como ruim e 21,21% como péssimo. Já as mães acompanhantes da UTI Neonatal optaram pela opção ruim (53,33%) e regular (20%). Em relação ao “Serviço de Laboratório” e “Outros Exames” do Hospital Santa Casa o índice de satisfação para a opção “bom” prevaleceu entre os entrevistados com 66,66% e 60,60%, respectivamente para a Ala C, e 60% e 53,33%, respectivamente para a UTI Neonatal. No Hospital da Criança a opção “bom” esteve presente com maior índice nas categorias de “Laboratório” e “Outros Exames” 52,63% cada. Os entrevistados da Ala C avaliaram a infraestrutura do hospital como “bom” (63,63%). As opções “bom” e “regular” apresentaram valores significativos na avaliação feita pelos entrevistados da UTI Neonatal do mesmo hospital, sendo 53,53% e 40% respectivamente. Já no Hospital da Criança o maior índice esteve presente na opção “bom” (45,61%). Esta pesquisa possibilitou levantar os pontos críticos apresentados pelos usuários SUS e o reforço para os serviços considerados satisfatórios. Acreditamos que tais resultados possam contribuir para o planejamento das ações de gestão da saúde, proporcionando uma maior qualidade no atendimento da equipe multiprofissional, principalmente da equipe de enfermagem, de modo a implementar um cuidado que vá de encontro às reais necessidades dos usuários SUS.

Descritores: Criança Hospitalizada. Defesa da Criança e do Adolescente. Serviços de Saúde.

Referências

1. Moreira W. Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, ano 1, nº 1, 2004.



Seção MT
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MATO GROSSO
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

2. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
3. Brasil. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1991. Estatuto da Criança e do Adolescente.
4. Ministério da Justiça (BR). Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução CONANDA nº 41 de 17 de outubro de 1995.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA À MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Ana Lee Batista Barbosa Araújo¹
Arisa Emi Tanaka²
Daniela de Oliveira Soares³
Natércia Pilar Reis Cardoso⁴
Rosa Maria Bottosso⁵

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define a incontinência urinária (IU) como a perda involuntária de urina. É uma condição crônica capaz de comprometer as funções físicas, sociais e mentais, além de acarretar altos custos econômicos⁽¹⁾. A literatura mundial aponta prevalência entre 30 e 60% nessa população, sendo maior em idosos⁽²⁾. É um problema de saúde pública que pode acometer mulheres jovens, de meia idade e na fase idosa, podendo ser um fator preditivo para o aumento do risco de queda³. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, podendo demandar ações da enfermagem perioperatória, cuidados nas fases do pré, trans e pós-operatório. **Objetivo:** Refletir sobre o cuidado de enfermagem perioperatória à mulher submetida à cirurgia para correção da incontinência urinária. **Metodologia:** Relato de experiência de parte do processo de ensino-aprendizagem, desenvolvida em abril de 2016, na disciplina “Enfermagem na saúde do adulto e idoso I”, oferecida no quinto semestre do curso de graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, campus de Cuiabá, Mato Grosso. Um grupo de alunos, durante as atividades assistenciais no centro cirúrgico, optou por aprofundar os estudos que pudessem dar respostas a seus questionamentos sobre o que leva as mulheres a terem incontinência urinária e, o procedimento cirúrgico é um tratamento eficaz? Três mulheres foram acompanhadas nesse período. Os dados emanaram da entrevista às pacientes na admissão no centro cirúrgico utilizando o instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória implantada no setor. Outros dados foram coletados do prontuário e das observações sistematizadas durante a prestação de cuidados na sala operatória e na fase da recuperação pós-anestésica. **Resultados:** Os achados foram organizados em quadros e a reflexão deu-se com base no referencial teórico levantado. Resultados: As três mulheres foram submetidas à correção da IU com utilização da faixa sintética (sling) e duas delas, também passaram pela cirurgia de colpoperineoplastia anterior e posterior, sob anestesia subaracnóidea. Na avaliação dos dados, constatou-se que duas estavam com idade entre 45 a 60 e uma com 65 anos que estava realizando a cirurgia de Sling para a correção da IU, pela segunda vez. Além da idade, também apresentava quadro de obesidade e histórico de tabagismo. Esta paciente estava ansiosa e verbalizou estar preocupada com a operação e esperava que seu problema fosse resolvido. A idade, o sobrepeso e histórico familiar costumam ser fatores de riscos importantes na gênese da IU e, essa, se encontrava com 65 anos e com quadro de obesidade crônica. Seu Índice de Massa Corporal deu 39 pontos.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - campus Cuiabá-MT. E-mail: aninha.lee@gmail.com

² Graduanda do curso de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - campus Cuiabá-MT. E-mail: arissa-emi@hotmail.com

³ Graduanda do curso de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - campus Cuiabá-MT. E-mail: danielao944@gmail.com

⁴ Graduanda do curso de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - campus Cuiabá-MT. E-mail: natriciacardoso@gmail.com

⁵ Doutora em Educação. Mestre em enfermagem. Especialista SOBECC. Professora Adjunta. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, MT. E-mail: rosa.bottosso@gmail.com



Seção MT
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MATO GROSSO
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

Estudo aponta que a margem de sucesso está entre 70% a 100%, para essa proposta terapêutica e, entre os fatores de riscos para o insucesso estão a idade e o sobrepeso⁽⁴⁾. O número de filhos variou de um a três. As múltiplas gestações com partos por via vaginal podem ocasionar maiores danos ao assoalho pélvico e a preservação dos mecanismos de continência urinária, em relação ao parto cesáreo⁽¹⁾. Entre as queixas registradas no prontuário, foi constatado que todas relataram a “perdas urinárias” aos pequenos esforços físicos; ao tossir e/ou espirrar. A urgência e incontinência urinária também foi verificada na documentação registrada pelo médico na fase pré-operatória com os depoimentos de que “perdiam urina” antes mesmo de chegar até o banheiro e/ou não conseguiam segurar. Obesidade, tabagismo, prolongamento do intervalo entre as micções, diminuindo a sensação vesical; o aumento da restrição hídrica que pode ocasionar constipação e aumentar o risco de infecção urinária e atividades que requerem maior esforço, como caminhar rapidamente e carregar pesos^(1, 3). Tais queixas remeteram o grupo à reflexão sobre o papel do enfermeiro na atenção à assistência perioperatória, antes mesmos da indicação da cirurgia. Na atenção básica ele deve estar atento às queixas durante as visitas domiciliares e/ou na consulta de enfermagem, principalmente para com as mulheres adultas e idosas⁽⁵⁾. Apesar do impacto negativo na qualidade de vida, muitas delas não procuram ajuda por constrangimento, estigma social e ideias errôneas sobre a IU e, ainda é vista como um problema natural do envelhecimento pela comunidade e até mesmo por parte de profissionais da saúde^(3,4). Os cuidados de enfermagem na fase do trans foram centrados para os diagnósticos de enfermagem: risco para infecção (com o foco centrado para os fatores extrínsecos – ou seja, garantir o rigor das técnicas assépticas no ato operatório), o risco de infecção no trato urinário relacionado à sondagem vesical de demora (todas foram submetidas a esta técnica pelo cirurgião) e hipotermia. Na fase de recuperação pós-anestésica, o cuidado foi amplo e incluiu ações para o diagnóstico de enfermagem risco para aspiração. Na alta para a enfermaria, foi realizado um plano de cuidados de enfermagem para o período imediato, com intervenções para os diagnósticos já citados, menos o da hipotermia que foi resolvido na recuperação e, incluído o diagnóstico de enfermagem: conhecimento deficiente sobre os cuidados com o local operado, uso da sonda vesical de demora e o monitoramento de sinais e sintomas de infecção urinária até 72h após a sua retirada e, cuidados para evitar e/ou minimizar os riscos de recidiva. Dentre as intervenções determinantes para o não tratamento cirúrgico, destaca-se o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (MAP)⁽⁴⁾. Ele é o tratamento conservador de primeira linha, ou seja, é a primeira intervenção a ser recomendada para mulheres com IU, e deve ser recomendada desde a atenção primária, como ação preventiva pelo enfermeiro da unidade⁽¹⁾. A educação em saúde é uma das intervenções fundamentais da enfermagem em todas as fases do perioperatório. Conhecer os fatores de riscos e as possibilidades de terapêuticas deve fazer parte dos conhecimentos do profissional. Apesar do pouco período para a realização do diálogo com as pacientes, contatou-se deficiências sobre o que é a proposta cirúrgica. Os registros da sistematização da assistência de enfermagem na fase do pré-operatório na enfermaria também apresentaram lacunas que fizeram falta nos cuidados nas fases do transoperatório e recuperação pós-anestésica. **Conclusão:** O problema da IU feminina é um problema que vai além dos desconfortos físicos e o profissional de enfermagem deve estar atento à escuta e o diálogo mesmo antes deles serem revelados como forma de promover as ações que podem prevenir e/ou minimizar este problema no futuro. O cuidado de enfermagem perioperatória às mulheres submetidas à correção cirúrgica da incontinência urinária deve iniciar antes mesmo da cirúrgica, envolvendo a família como apoio no pós-operatório. E tal ação pode iniciar com a prática do enfermeiro na atenção primária.

Descritores: Incontinência urinária. Assistência Perioperatória. Saúde da Mulher

Referências

1. Oliveira E. et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência de incontinência urinária geminina. Rev Assoc Med Bras, 2010; 56(6):688-90.
2. Milsom I, et al. Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. Paris: Health Publication; 2009. p. 35-112.
3. Abreu HCA, et al. Incontinência urinária na predição de quedas em idosos hospitalizados. Ver Esc Enferm USP 2014; 48(5):851-6.
4. Feuser MR, et al. Comportamento da continência urinária após tratamento cirúrgico com faixa sintética (sling): um estudo de sete casos. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2011; 40(2): 41-6.
5. Gomes VG, Silva GD. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de dourados (MS). Rev Assoc Med Bras. 2010;56(6):649-54.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ESCOLARES: A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Adriane Djane da Silva Assunção¹
Diana Nunes Pavão Menezes²
Rafael Teixeira Fernandes³
Thays de Moraes Nascimento⁴
Neudson Johnson Martinho⁵

Introdução: A educação em saúde é fundamental e seu principal instrumento para execução é o Programa Saúde na Escola (PSE). Segundo o Decreto presidencial no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde nº 6286 de 2007, o planejamento das ações do PSE deve considerar o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar ⁽¹⁾. A atuação do enfermeiro no PSE é essencial na promoção da saúde como na execução dos objetivos do PSE que são: “promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo” ⁽¹⁾. **Objetivo:** Desenvolver habilidades e competências na arte de educar em saúde com escolares, possibilitando a integração ensino-serviço. **Metodologia:** Relatar as experiências vivenciadas pelos acadêmicos de enfermagem que participaram do Projeto de extensão no PSE. A pesquisa do PSE foi descritiva e utilizaram o Método do Arco de Maguerz que utiliza as fases de problematização. Segundo Berbel a referência para essa Metodologia é o Método do Arco, de Charles Maguerz, do qual o esquema é apresentado por Bordenave e Pereira (1982). Nesse esquema constam cinco fases que se desenvolvem a partir da realidade: Observação da Realidade; Pontos-Chaves; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática) ⁽²⁾. **Resultados:** As ações educativas em saúde foram desenvolvidas em três creches e sete escolas da região oeste de Cuiabá, com alunos do jardim I ao terceiro ano do ensino fundamental alcançando 1.680 alunos no total. Realizou-se a intervenção nas creches auxiliando a equipe do programa escola com saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá composta por: 1 enfermeira, 1 nutricionista, 1 técnico de enfermagem e 1 secretária, com a

¹ Discente do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT) e membro do Grupo de Pesquisa Multiprofissionais na Educação e Tecnologias em Saúde – PEMEDUTS. E-mail: djaneassuncao@hotmail.com

² Discente do 7º semestre da (FAEN/UFMT) e membro do Grupo de Pesquisa – PEMEDUTS. E-mail: dianapavao@hotmail.com

³ Discente do 7º semestre da (FAEN/UFMT) e membro do Grupo de Pesquisa – PEMEDUTS. E-mail: rafaelfernades2093@gmail.com

⁴ Discente do 7º semestre da (FAEN/UFMT) e membro do Grupo de Pesquisa – PEMEDUTS. E-mail: thaysmoraes.1992@gmail.com

⁵ Enfermeiro. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso (FM/UFMT). Doutor em Educação pela UFMT. E-mail: neudsonjm@hotmail.com

execução da triagem dos escolares, diálogos diagnósticos com os professores, reuniões de planejamento com a equipe do PSE e por fim, determinação sobre quais e como as temáticas seriam abordadas com os escolares. Foram elaboradas e desenvolvidas várias dinâmicas, mesmo com falta de investimento que a equipe queixava em não ter, valorizou-se a faixa etária dos alunos, providenciou-se diante do impossível, o prático e possível, contextualizando a realidade de cada creche e escola, respeitando o tempo ofertado pela direção e professores. **Resultados:** Com o grupo do jardim I e II, os professores de uma creche solicitaram que abordasse com eles sobre dermatites, oportuno, pois os professores passam o dia com os alunos e possuíam dúvidas sobre o assunto e no banho que davam encontravam lesões e relataram que os alunos coçavam. Durante a triagem destes alunos evidenciou-se as lesões e realizou-se com os professores a temática solicitada. Com os alunos tanto desta creche como as demais abordou-se sobre a higiene. Com os alunos do primeiro ao terceiro ano, realizou-se dois encontros. No primeiro encontro utilizou a dinâmica ‘identificando saúde’, nesta, cada aluno opinava sobre o que tinha interesse em conhecer diante do que entendia não ser saudável e depois de elencar os interesses, votava no que gostaria que fosse abordado no encontro subsequente. Os temas mais votados pelos escolares foram: depressão, dengue, chikungunya, zika, câncer de pele, diabete, dor de cabeça e colesterol. **Considerações:** A arte de educar em saúde é um grande desafio, porém, como dizia Paulo Freire, as dificuldades existem, porém, mudanças não são impossíveis. A evidência da desvalorização da arte de educar em saúde é nítida quando o próprio profissional de enfermagem se exime em tentar realizar e acreditar de que é possível. Mesmo na dura realidade que se enfrentou junto com a equipe do PSE nas diversas circunstâncias, este projeto nos possibilitou novos olhares, saberes e fazeres no âmbito das ações em educação em saúde, demonstrando que a educação é uma ferramenta para edificar educandos e educadores, desvelando a realidade em suas multifaces, propiciando a quem ensina aprender e a quem aprender ensinar. Implicações para enfermagem: O desenvolvimento de ações de educação em saúde, reafirmam a importância do papel do enfermeiro na promoção da saúde e a condição *sine qua non* de seus saberes e fazeres para a construção social da saúde nas nações.

Descritores: Educação em saúde. Enfermagem em saúde comunitária. Aprendizagem baseada em problemas.

Referências

1. Brasil. Decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2007 dez. 12 [acesso em 2016 abr 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm.
2. Berbel NN. “Problematization” and Problem-Based Learning: different words or different ways? Interface — Comunicação, Saúde, Educação, 1998; 2(2): 139-54.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONHECER E PRATICAR

Karolina Rodrigues da Costa Leite Porto¹
Nayana Rodrigues de Brito Alves²
Ana Claudia de Souza Neves³
Veroneide Pio da Silva Leandro⁴
Elisangela Miranda de Jesus Lisboa⁵

As ações educativas visam o desenvolvimento das capacidades de analisar criticamente a realidade, e assim a tomada de decisões mais assertivas. Devendo portanto lembrar que para cumprir seu objetivo a ação educativa deve levar em consideração o saber técnico e o popular, pois tal processo social exige confronto e superação dos dois saberes⁽¹⁾. **Objetivo:** Descrever a experiência enquanto acadêmicas de enfermagem, frente à atividade educativa sobre “Atividade Física para Idosos”, realizado sob forma de teatro em sala de aula. **Método:** Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo de acadêmicas do 3º semestre de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso – IESMT. Para abordagem do tema foi realizado um teatro. A encenação contou com dois momentos. No primeiro foi encenado uma reunião multiprofissional na Unidade Básica de Saúde da Família. Onde foi explanado sobre o plano de ação elaborado pela equipe, baseado no diagnóstico situacional previamente estabelecido. No segundo momento foi encenado a execução do plano proposto na etapa anterior. Para isto houve a caracterização dos acadêmicos como idosos e enfermeira. **Resultados:** Nos favoreceu na construção de conceitos, posturas e soluções diante da realidade que se apresenta no cotidiano do profissional enfermeiro. Clarificou nossa percepção sobre o papel educador do enfermeiro na sociedade, ao compreender que a proposta educativa vai além do condicionamento para que os sujeitos aceitem, sem questionar, as orientações que lhes são passadas. A realização da ação nos mostra que para realizar educação em saúde é preciso mais que boa vontade, ou seja, é necessário conhecimento, planejamento e compromisso. Lembrando que não implica somente na transformação do saber, e sim dos sujeitos envolvidos nessa construção. **Considerações finais:** Acreditamos que a atividade proposta aos discentes foi de suma importância para a formação profissional. Tal metodologia nos mostrou que podemos utilizar de diferentes abordagens.

Descritores: Educação em Saúde. Enfermagem. Conhecimento.

Referência

1. Moreira ACHMPE, Silva AM, Lopes A, Guissard CLPM, Berro E, Metello HN, Colombani LB, Sanches MAP, Diniz MLB, Conceição MPC, Bizetto MSF, Oliveira M, Gonçalves OSJ, Coutinho RPM, Nogueira W, Lessa, editores. Educação em Saúde Planejando as Ações Educativas Teoria e Prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo. [on line] 2016 abr São Paulo. Disponível em: http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/odonto/saude_coletiva/2_1_educacao_em_saude.pdf

¹Acadêmica do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso - IESMT. Cuiabá (MT). Brasil. E-mail: krodriguesp@hotmail.com

²Acadêmica do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso - IESMT. Cuiabá (MT). Brasil. E-mail: nayrbalves283@gmail.com

³Acadêmica do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso - IESMT. Cuiabá (MT). Brasil. E-mail: ana_carinhosa_2@hotmail.com

⁴Enfermeira. Mestre. Coordenadora e docente do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso - IESMT. Cuiabá (MT). Brasil. E-mail: veroneide.enfermag@unip.br

⁵Enfermeira. Mestre. Docente do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso - IESMT. Cuiabá (MT). Brasil. E-mail: elismjl@gmail.com

EXPERIÊNCIAS SOBRE O USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL

Laura Campos Barbosa¹
Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz²

O Brinquedo Terapêutico é um recurso terapêutico utilizado com êxito no processo de hospitalização, possibilitando à criança a expressão de seus sentimentos, tensões e medos através da interação entre o lúdico e a realidade. Temos por objetivo relatar uma experiência da utilização do Brinquedo Terapêutico Instrucional por acadêmicas de enfermagem do Programa de Extensão Aprender, Brincar e Cuidar (UFMT). O Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI) para a técnica de acesso venoso periférico foi realizado com uma criança de 9 anos de idade, a qual estava em observação no Pronto Atendimento Infantil de Rondonópolis/MT, com diagnóstico de pneumonia. Foi realizada a abordagem da criança e de seu acompanhante, por meio de convite pessoal e a partir da autorização do responsável, iniciou-se a técnica utilizando os mesmos e insumos usados para o procedimento. Após a realização da técnica, foi solicitado para que a criança a demonstrasse novamente para que fosse avaliada a compreensão da mesma. Evidenciamos que a utilização do BTI é uma boa alternativa de enfrentamento, como a aceitação das mudanças do cotidiano e exposição à diversos procedimentos invasivos. O BTI representa uma iniciativa de humanização necessitando ser implementada nos protocolos dos serviços públicos e privados, como garantia do cumprimento da Resolução CONANDA nº 41/1995⁽¹⁾.

Descritores: Brinquedo Terapêutico. Humanização. Saúde da Criança.

Referência

1. Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 41/95. Dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Brasília, DF: Diário Oficial da União (17/19/1995).

¹ Acadêmica da Faculdade de Enfermagem (FAEN/UFMT). E-mail: laura.faien@gmail.com

² Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da FAEN/UFMT. Membro do Grupo de Pesquisa da Saúde da Criança e do Adolescente (GESCA). E-mail: gevrierreira@gmail.com

FALHAS DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO EM CUIDADOS PALIATIVOS: A PERCEPÇÃO DE ESTAGIÁRIAS DE ENFERMAGEM

Nathany Dias dos Santos¹
Bárbara Alisa da Cruz de Witt²
Magda de Mattos³

Introdução: O sistema de referência e contra referência, tem como premissa prestar uma assistência integral e está ligado a todos os níveis de atenção à saúde, em que se tem a função de encaminhar o usuário para níveis de menor ou maior complexidade, de acordo com as necessidades de saúde⁽¹⁾. **Objetivo:** Relatar a importância das redes de atenção à saúde, para o desenvolvimento e continuidade do atendimento voltado ao usuário em cuidados paliativos, que necessita de um atendimento de qualidade em toda a sua integralidade. **Método:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por nós, em dois serviços de saúde: uma unidade de Estratégia da Saúde da Família e um hospital público da região sul de Mato Grosso. **Resultados:** A assistência integral e de qualidade, no processo saúde e doença, depende da eficácia do sistema de referência e contra referência. No entanto, vivenciamos a experiência de cuidar de uma paciente oncológica, que após visita domiciliar foi internada com piora em seu quadro clínico e posteriormente faleceu. Observamos que não houve articulação entre as unidades que prestavam assistência à paciente, pois, as informações referentes às condições de saúde e, posterior óbito, não foram repassadas à unidade de referência da paciente. **Conclusão:** Em face das deficiências nas condições operacionais, constatamos falhas no sistema de referência e contra referência entre os níveis de atenção à saúde.

Descritores: Serviços de Saúde. Sistema de Saúde. Assistência Integral à Saúde.

Referência

Serra CG; Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contra referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc. Saúde coletiva, v.15, supl.3, RJ, nov. 2010.

¹ Graduanda do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso-UFMT, Câmpus Universitário de Rondonópolis/MT. E-mail: nathany-dias-@hotmail.com

² Graduanda do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso-UFMT, Câmpus Universitário de Rondonópolis/MT. E-mail: barbaraalisa@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutora em Educação. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso-UFMT, Câmpus Universitário de Rondonópolis/MT. E-mail: magda_roo@hotmail.com

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM IDOSOS: ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU).

Angela Meletti ¹
Jocilene de Carvalho Miravetti ²

Introdução: O envelhecimento é um processo que se caracteriza por mudanças anatômicas e funcionais, deixando o organismo mais suscetível a agressões intrínsecas e extrínsecas, gerando o aumento do consumo dos serviços de saúde, elevadas taxas de internação, que se tornam maiores que em outros grupos etários, bem como o aumentado número de atendimentos em serviços emergenciais e o prolongamento da permanência hospitalar, o que consome grande parte dos recursos destinados à saúde e gera a necessidade de profissionais capacitados em geriatria e gerontologia para melhor assisti-los⁽¹⁾. A parada cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção da circulação e da respiração reconhecida pela ausência de batimentos cardíacos e da respiração, em um paciente inconsciente⁽²⁾. A RCP é uma série de ações que tem o objetivo de restabelecer a circulação de sangue oxigenado para os órgãos vitais como o cérebro e outros. A AHA (2015) define a RCP como as manobras realizadas para promover a circulação de sangue oxigenado pelo organismo na tentativa de manter a viabilidade dos órgãos e tecidos, até que seja restabelecida as funções cardíacas e ventilatórias espontâneas³. O conjunto de princípios atual da RCP para atender um paciente em PCR pode ser entendido através de uma sequência de informações que a (AHA 2015) estabelece, segundo as novas diretrizes apresenta-se a sequência. O algoritmo de Suporte Básico de Vida Adulto – SBV tem uma sequência denominada C – A – B – D, que significa C – circulação, A – vias aéreas, B – Ventilação e D – Desfibrilação precoce⁽¹⁾. O SAMU foi oficialmente implantado no Brasil em 2004. Trata-se de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel que tem como princípio básico o socorro imediato de vítimas e seu encaminhamento ao serviço hospitalar, com o objetivo de diminuir a gravidade e a mortalidade pelos agravos agudos, incluindo traumas e eventos clínicos⁽⁴⁾. **Objetivo:** Verificar o atendimento da Parada Cardiorrespiratória (PCR) em idosos atendidos pelos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) de Cuiabá e Várzea Grande. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, quantitativa e retrospectiva, que analisou as fichas de atendimento aos idosos em parada cardiorrespiratória pelo SAMU no período de janeiro a dezembro de 2015. Critério de exclusão: Foram excluídas todas as fichas anteriores a janeiro de 2015 e posteriores a dezembro de 2015, fichas que não fossem atendimento de idosos e PCR. Critério de inclusão: Idosos atendidos em PCR, com esforços de reanimação cardiopulmonar. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética Condições de Saúde da População Idosa de Cuiabá – MT”, 243/CAP/201 sob o protocolo nº 132/CEP – HUJM/2011. **Resultados:** O estudo abarcou uma população de 67 pessoas, acima de 60 anos, atendidos pelas equipes básicas (BRAVO) e as unidades avançadas (ALFA) do SAMU, no período relativo aos 12 meses do ano de 2015. Após a coleta das fichas de atendimentos dos idosos em PCR no SAMU, foram selecionadas 31 fichas, das quais ocorreram a Reanimação Cardiopulmonar (RCP).

¹ Estudante de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus Cuiabá. Email: angelameletti@hotmail.com

² Professora Mestre pela Escola de enfermagem de Ribeirão Preto- EERP/USP, Docente da Universidade Federal do Mato Grosso(MT), Brasil. Email: jocilenecanova@gmail.com

Do total de atendimentos analisados, 15 evoluíram para óbito, 1 não foi registrado e 16 evoluíram para o Retorno da Circulação Espontânea (RCE). Dentre os atendimentos 30 foram registrados compressões torácicas, 17 tinham via aérea pérvia, 5 pacientes foram ventilados com bolsa-válvula-mascara (ambú) e 12 pacientes foram submetidos a via aérea definitiva com tubo orotraqueal. Apenas 5 atendimentos foi utilizado o DEA. O Suporte Avançado de vida cardiovascular faz intervenções com uso de drogas, concluiu-se que apenas 11 dos 31 atendimentos fizeram uso de medicamentos, dentre esses 11 atendimentos 5 evoluíram para óbito e 6 tiveram o retorno da circulação espontânea. Observou o uso de medicações que não são preconizadas pelo SAVC em dois atendimentos. Dos 31 atendimentos, somente 15 foram registrados o tempo de RCP. A duração foi bem variada, entre 8 até 50 minutos de esforços, obtendo uma média de 27 minutos. Durante a análise dos dados a falta de registro adequada de todos os itens da ficha dos atendimentos realizados pelas equipes do SAMU foi uma dificuldade presente, o que impossibilitou a exploração detalhada de como foram feitos os atendimentos das PCRs nos idosos. O tempo de duração da ressuscitação cardiopulmonar foi registrado em somente 15 atendimentos. Dentre os registros encontrados a média de reanimações foi de 27 minuto. Foi verificado RCP de 8 até 50 minutos. A pesquisa evidenciou uma média proporção entre prognóstico de RCE e de óbitos nos idosos, entre 31 ocorrências registradas de PCR em 2015, 15 vieram a óbito, e 16 foi obtido sucesso na reanimação.

Conclusão: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é de grande importância para a população idosa, porém há falta de registro adequada em todos os campos das fichas de atendimento do SAMU foi uma das dificuldades encontradas nesta pesquisa, pois inviabilizou analisar rigorosamente o atendimento de todas as PCRs/RCPs nos idosos. Os registros feitos nos atendimentos são de grande importância para a segurança do paciente e da própria equipe.

Contribuições/implicações para a Enfermagem: O atendimento da PCR em idosos deve contribuir não apenas em prolongar sua vida, mas principalmente aplicar medidas para manter a capacidade funcional, para que o idoso possa manter por mais tempo possível sua autonomia e independência. Por isso deve ser feito de forma correta, respeitando os princípios e protocolos da AHA.

Descritores: Parada cardiorrespiratória. Urgência e emergência. Idosos.

Referências

1. American Heart Association. Destaques da American Heart Association 2015. Atualização das diretrizes de RCP e ACE [versão em Portugues]. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>.
2. Cardoso JDC. Condições de saúde autorreferidas da população idosa do município de Cuiabá - MT. 2013. 143f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2013.
3. Canova JCM. Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar: vivencia da equipe de enfermagem de um Hospital Escola. 2012. 136p. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2012.
4. Minayo MCDS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. Caderno de Saúde Pública. Ago. v. 24, n. 8 p. 1877-86. 2008.

PENSAMENTO CRÍTICO E O RACIOCÍNIO CLÍNICO NA PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Ana Lee Batista Barbosa Araújo¹
Daniela de Oliveira Soares²
Fernanda da Silva Evaristo³
Natricia Pilar Reis Cardoso⁴
Rosa Maria Bottosso⁵

A capacidade de planejar e gerenciar a assistência são condições esperadas do enfermeiro na prestação de cuidados em qualquer nível de atenção à saúde. O pensamento crítico trata-se de um processo mental/cognitivo demandando habilidades multidimensionais para a elaboração de conclusões e possibilidades que são mais apropriadas para cada momento ou situação, contribuindo para a tomada de decisão clínica ⁽¹⁾. O raciocínio clínico representa a capacidade de avaliar dados com uso da razão, para a formulação diagnóstica ⁽²⁾ de fenômenos que acometem a vida e a saúde da pessoa, sua família, grupos e comunidades. **Objetivo:** Refletir sobre o processo do pensamento crítico e o raciocínio clínico do enfermeiro na assistência perioperatória. **Método:** estudo reflexivo sobre as experiências de ensino-aprendizagem desenvolvida em abril de 2016, na disciplina “Enfermagem na saúde do adulto e idoso I”, oferecida no quinto semestre do curso de graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, campus de Cuiabá, Mato Grosso. Um grupo de alunos, durante as atividades no centro cirúrgico, levantou o questionamento sobre o processo do pensamento crítico e raciocínio clínico na assistência de enfermagem perioperatória. A condução da prática deu-se da seguinte forma: primeiramente, os alunos conheceram a unidade e seus recursos tecnológicos. A seguir, foram orientados para observação sistematizada direcionada às atividades do circulante da sala, do anestesista, da enfermeira, do instrumentador e dos cirurgiões. Com o avanço no domínio das ações, o pensamento crítico e o raciocínio clínico foram sendo estimulados. O prontuário foi o documento principal da coleta de dados. As informações foram agrupadas em colunas, conforme as “pistas” para facilitar a compreensão dos dados, o raciocínio, o julgamento, a declaração diagnóstica e a elaboração de um plano de cuidados, nas fases do pré, trans e pós-operatório imediato. Os alunos trabalharam em duplas, devido o número insuficiente de cirurgias programadas. **Resultados:** A coleta dos dados é fundamental para o direcionamento do pensamento e do raciocínio ^(1,3). O contato com os pacientes se deu na sala de admissão do centro cirúrgico onde é realizada uma entrevista direcionada com base no instrumento de sistematização da assistência perioperatória implantada no setor. As demais informações foram levantadas no prontuário referentes à história do adoecimento, exames laboratoriais, prescrições médicas, prescrição da enfermeira e anotações de enfermagem.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem d Universidade Federal de Mato Grosso - campus Cuiabá-MT. E-mail: aninha.lee@gmail.com

² Graduanda do curso de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem d Universidade Federal de Mato Grosso - campus Cuiabá-MT. E-mail: danielao944@gmail.com

³ Graduanda do curso de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem d Universidade Federal de Mato Grosso - campus Cuiabá-MT. E-mail: fernanda_anjo22@hotmail.com

⁴ Graduanda do curso de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem d Universidade Federal de Mato Grosso - campus Cuiabá-MT. E-mail: natriciacardoso@gmail.com

⁵ Doutora em Educação. Mestre em enfermagem. Especialista SOBECC. Professora Adjunta. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, MT. E-mail: rosa.bottosso@gmail.com



Seção MT
Desde 1959

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO MATO GROSSO
77ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Cuiabá, 19 e 20 de maio de 2016

Em relação aos registros da enfermagem puderam ser aproveitados muitos dados do técnico de enfermagem quanto aos sinais vitais, eliminações, aceitações das dietas e cuidados realizados. Contudo, da enfermeira, infelizmente, não foi encontrado nenhum dado pré-operatório dos pacientes internados referentes a diagnósticos e/ou prescrição de enfermagem, conforme preconiza as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) número 358/2009 que trata da sistematização da assistência e a de número 429/2012 que dispõe sobre os registros das ações profissionais no prontuário. Estas lacunas comprometem a continuidade da assistência da enfermagem no ambiente cirúrgico. É importante para a equipe que recebe o paciente, poder contar com estas informações principalmente aqueles diagnósticos que podem comprometer a vida da pessoa que será operada, tais como: restrições e/ou limitações na mobilização do corpo. Estudo reforça que a adoção de metas de acurácia diagnóstica contribui para o aprimoramento do pensamento crítico ⁽²⁾. Os autores prosseguem defendendo que é fundamental que o profissional reflita sobre os casos que assiste; reconheça e promova um ambiente de trabalho que valoriza o conhecimento, bem como possa contar com oportunidades educacionais ⁽²⁾. O modelo da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) adaptado para o Brasil por Castellanos e Jouglas tem como finalidade a prestação da assistência integral em todas as fases do período perioperatório, de forma continuada, individualizada e documentada ⁽⁴⁾. A enfermeira do centro cirúrgico vai até a unidade de internação conhecer seu paciente antes do dia programado, contudo, não exclui a necessidade de que a enfermeira da unidade realize o processo de pensamento crítico e o documento no prontuário. Outra informação importante levantada pelos alunos durante a prática foi o fato da maioria dos pacientes, com ressalva de um, estarem com prescrição médica de medicamentos para sinais e sintomas de dor e/ou náuseas e vômitos. Na sala operatória, todos receberam doses de antibióticos conforme o protocolo da instituição para fins de profilaxia. Em relação às medicações, constataram a complexidade do raciocínio em relação às possibilidades de interação medicamentosa com a proposta anestésica. Os pacientes foram avaliados quanto aos fatores preditivos para náuseas e vômitos no transoperatório e na recuperação pós-anestésica. Também fizeram uma análise do grau de risco (baixo, moderado, alto) para tromboembolismo no pós-operatório e, mais uma vez, identificaram os casos em que intervenções deveriam ter sido feitas na fase pré-operatória. Na identificação do diagnóstico de enfermagem: risco para infecção no sítio cirúrgico, os alunos puderam rever os fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos à infecção e, discutir um plano de cuidados de enfermagem em todas as fases do atendimento perioperatório. Eles perceberam que a enfermeira que atua na unidade básica pode atuar junto à pessoa e família no sentido de contribuir com orientações relacionadas a mudanças nos hábitos de vida visando à redução do peso e/ou o uso de cigarros, pois são fatores de risco para infecção no pós-operatório. Durante a realização dos cuidados na sala operatória, constataram que garantir a qualidade das técnicas assépticas por parte dos circulantes, instrumentador e cirurgiões é fundamental para a segurança do paciente ⁽⁵⁾. E também, quando se utiliza prótese no ato operatório, o monitoramento do risco de infecção deve ser por um ano. **Conclusão:** O grupo compreendeu que a assistência no ambiente cirúrgico é muito mais do que a realização de técnicas e demanda competências cognitivas. O exercício direcionado para o levantamento dos dados com o julgamento e as inferências diagnósticas e as possíveis intervenções possibilitou a aprendizagem do processo do raciocínio crítico e clínico. É uma atividade complexa e requer do aluno empenho e capacidade para resgatar conhecimentos, fazer as interpretações e inferências diagnósticas. O auxílio do docente nesta trajetória é importante no sentido de facilitar os caminhos da reflexão e busca de referencial para ampliar a compreensão dos fenômenos e das possibilidades de cuidado.

Descritores: Assistência perioperatória. Competência clínica. Aprendizagem.

Referências

1. Smeltzer S. et al. Pensamento crítico, tomada de decisão ética e o processo de enfermagem. In. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. vol.1, 2011; 20-37.
2. Cerrullo JASB; Cruz DALM. Raciocínio clínico e pensamento crítico. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(1):[6 telas].
3. Amorim DS; Marcucci RMB. Raciocínio clínico aplicado ao processo de enfermagem: revisão integrativa. Ver Enferm UNISA. 2011; 12(1):43-7.
4. Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP. In. Práticas recomendadas SOBECC. 6ª ed. rev. e atual. São Paulo: SP, 2013.
5. Ministério da Saúde (BR). Protocolo para cirurgia segura. Brasília, 2013.

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLEMENTAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Karine Isabel Barros de Oliveira¹
Lidiane Veloso Nunes¹
Taísa de Guimarães Souza²

O brinquedo terapêutico é responsável por esclarecer dúvidas referentes a procedimentos invasivos e transmitir o que a criança está sentindo, fazendo com que a comunicação seja mais clara e coerente⁽¹⁾. **Objetivo:** O estudo tem como objetivo identificar a percepção do enfermeiro na implementação do brinquedo terapêutico. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva e qualitativa, realizada nas bases de dados Lilacs (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*). Teve como estratégias de busca os cruzamentos dos descritores em ciências da saúde: cuidado da criança, enfermeiras pediátricas, jogos e brinquedos, criança hospitalizada, saúde da criança, humanização da assistência e cuidados de enfermagem, selecionando 09 artigos para a construção dos resultados. Segue os aspectos éticos da Lei 466/2012. Os dados foram organizados nas categorias: percepção do enfermeiro referente ao uso do brinquedo terapêutico e dificuldades do enfermeiro para a implementação do brinquedo terapêutico. **Resultados:** No momento de adoecimento e internação hospitalar a criança expressa sentimentos de dor e medo, cabe aos profissionais de saúde medidas que possa minimizar essas experiências, criando um elo entre a equipe, o paciente e a família⁽²⁾. **Conclusão:** Compreendemos que o brinquedo terapêutico deva ser visto como um instrumento facilitador da assistência cabendo ao enfermeiro proporcionar uma assistência sistematizada, visando às abordagens humanas de compreensão, sentimento de interação entre o enfermeiro-criança, ajudando a manter o equilíbrio físico emocional.

Descritores: Cuidado da criança. Humanização da assistência. Jogos e brinquedos

Referências

1. Ribeiro ABS; et al. A ludoterapia e a criança hospitalizada: uma revisão sistemática. Cadernos ESP, 2014 jan/jun Ceará - RN.
2. Cruz DSM; et al. Humanização da assistência de enfermagem-relato de caso sobre o uso do brinquedo terapêutico. Revista Ciênc. Saúde Nova Esperança; 2013 Dez João Pessoa PB.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Aum. E-mail: karineisabel356@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Aum. E-mail: lidyvnunes@hotmail.com

³ Orientadora. Mestra em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Aum. E-mail: taísa_guima@hotmail.com

PROMOVENDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ALUNOS DE ESCOLAS MUNICIPAIS DE CUIABÁ DE 9 À 14 ANOS, ATRAVÉS DAS SUAS DÚVIDAS

Adriane Djane da Silva Assunção¹
Aline Monteiro de Arcanjo²
Diana Menezes Pavão³
Thays de Moraes Nascimento⁴
Maria Cristina Guimaro Abegão⁵

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma ação política de saúde e educação voltada à criança, adolescente, jovens e adultos da educação pública brasileira, no qual se unem para promover saúde e educação integral⁽¹⁾. O estudo relata experiências vivenciadas por acadêmicas de enfermagem, utilizando estratégias para sanar dúvidas dos alunos que atuaram no PSE. Aplicado nas idades de 9 a 14 anos, ações contribuindo para a formação do juízo crítico dos participantes, sobre problemas de saúde. **Objetivo:** Descrever ações didáticas aplicadas aos alunos das escolas municipais da região norte de Cuiabá, a fim de coletar e responder dúvidas relacionadas à saúde. **Metodologia:** É um estudo descritivo, desenvolvido pelos membros do Grupo de Pesquisa PEMEDUTS da UFMT, acompanhando a equipe do PSE. Realizado em 5 escolas, participação de 235 alunos do 4º ao 6º ano. Dúvidas coletadas através da dinâmica: “Envie sua dúvida”, entregue um papel para cada aluno, onde escrevessem a dúvida e ao final depositasse em uma caixa, no segundo dia, realizado educação em saúde. **Resultados:** Assuntos comuns foram: menstruação, câncer e diabetes. Ampliou-se a visão das acadêmicas, conhecendo a realidade das escolas, o déficit de conhecimento dos alunos relacionado saúde, possibilitou que os alunos fizessem ligações dos assuntos com o seu cotidiano. A experiência com o público infanto-juvenil demonstrou que a abordagem deve ser de forma clara e objetiva, com palavras simples para melhor compreensão.

Descritores: Enfermagem. Educação em saúde. Estudantes.

Referência

1. Ministério da Saúde e Ministério da Educação (BR). Programa saúde na escola 2014 passo a passo para adesão. [Internet]. Brasília, 2014. [acesso em 2015 dezembro 5]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passopassoadesaoPSE2014.pdf>.

¹ Discente do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). Membro do Grupo de Pesquisa Multiprofissionais na Educação e Tecnologias em Saúde - PEMEDUTS. E-mail: 2013djaneassuncao@gmail.com

² Discente do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). Membro do Grupo de Pesquisa Multiprofissionais na Educação e Tecnologias em Saúde - PEMEDUTS. E-mail: linnearcanjo93@gmail.com

³ Discente do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). Membro do Grupo de Pesquisa Multiprofissionais na Educação e Tecnologias em Saúde - PEMEDUTS. E-mail: pavaozinhalinda@gmail.com

⁴ Discente do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). Membro do Grupo de Pesquisa Multiprofissionais na Educação e Tecnologias em Saúde - PEMEDUTS. E-mail: thaysmorais.1992@gmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em Educação e Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT) e membro do Grupo de Pesquisa Multiprofissionais na Educação e Tecnologias em Saúde - PEMEDUTS. E-mail: m.cristina.abegao@gmail.com

RISCOS OCUPACIONAIS NO PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA*

Suellen Florêncio¹

Risco ocupacional compreende a possibilidade de um trabalhador sofrer um determinado dano à saúde em virtude das condições de trabalho. No processo de produção de produtos para a saúde, os trabalhadores ficam expostos a riscos conforme os setores e os recursos utilizados na limpeza, preparo, esterilização e estocagem dos mesmos em Central de Material Esterilizado (CME). **Objetivo:** analisar o perfil dos riscos ocupacionais que podem acometer o trabalhador no processamento de produtos para saúde em CME. **Método:** revisão sistemática que incluiu artigos levantados nos portais da Biblioteca Virtual em Saúde, em dezembro 2015, utilizando os termos “risco ocupacional”, “risco químico”, “risco físico”, “risco de acidente” e “risco biológico”. **Resultados:** Os artigos sobre o tema foram publicados entre 2007 a 2015, resultando em quatorze artigos. Seis deles abordavam riscos ocupacionais de modo geral. Dois relatavam riscos físicos sendo um estudo transversal e outro descritivo. Dois sobre prevenção de acidentes. Um sobre a legislação para exposição ocupacional. Um sobre risco químico e um estudo descritivo sobre a morbidade referida em trabalhadores de CME. **Conclusões:** os estudos produzidos sobre riscos ocupacionais no processamento de produtos em CME abordam de forma geral os problemas de saúde os quais os trabalhadores ficam expostos. Tais resultados apontam para a necessidade de investimentos em pesquisas focalizadas para os diversos tipos de riscos.

Descritores: Riscos ocupacionais. Saúde do trabalhador. Esterilização de materiais.

¹Enfermeira RT Estericap. Cuiabá, MT. E-mail: enfermagem@estericap.com.br

*Monografia do curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho. UNIC.

SITUAÇÃO VACINAL DA BCG EM CONTATOS DE CASOS DE HANSENÍASE MENORES DE QUINZE ANOS, CUIABÁ, MATO GROSSO*

Luciane Cardoso Gomes¹
Thaís da Silva Vargas Rodrigues²
Isabelle Silva Cósso³
Aarão Moskowiski Pinto de Andrade⁴
Silvana Margarida Benevides Ferreira⁵

Introdução: A Hanseníase continua sendo um grave problema de saúde pública. Uma das estratégias para o controle consiste na investigação epidemiológica de contatos, que inclui como uma das atividades a administração da vacina BCG, independente da classificação operacional do caso índice⁽¹⁾. **Objetivo:** Analisar a situação vacinal da BCG de contatos intradomiciliares e de vizinhança em menores de 15 anos em Cuiabá, Mato Grosso. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, com 26 contatos intradomiciliares e 60 de vizinhança menores de 15 anos, dos 32 casos de Hanseníase menores de 15 anos notificados no SINAN em 2014 e 2015, no município de Cuiabá. Os dados foram coletados de fevereiro a maio de 2016 e empregou-se o Software Epi Info versão 3.5.2. **Resultados e Discussão:** Dentre os contatos intradomiciliares e os contatos de vizinhança avaliados, 96,15% e 91,67% apresentaram única cicatriz vacinal, respectivamente, visto que o Ministério da Saúde indica a aplicação da segunda dose da BCG naqueles contatos com única cicatriz. **Conclusão:** Embora a vacinação da BCG seja uma das estratégias para a redução substancial da incidência da hanseníase⁽²⁾, a baixa proporção da administração da segunda dose nos contatos demonstra fragilidades dos serviços de saúde.

Descritores: Hanseníase. BCG. Contatos.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Sarno EN, Duppre NC, Sales AM, Hacker MA, Nery JA, Matos HJ. Leprosy exposure, infection and disease: a 25-year surveillance study of leprosy patient contacts. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2012;107(8):1054-1059.

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – FAEN/UFMT.
E-mail: luciane.arapai@outlook.com

²Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – FAEN/UFMT.
E-mail: thaisasvr@gmail.com

³Graduanda da Faculdade de Medicina da UNIC. Discente do Projeto de Iniciação Científica – UNIC.
E-mail: isabelle.sc.2@gmail.com

⁴Graduando da Faculdade de Medicina da UNIC. Discente do Projeto de Iniciação Científica – UNIC.
E-mail: ampandrade95@gmail.com

⁵Pós-doutora em Ciências da Saúde pela EEUSP. Docente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - FAEN/UFMT e na Faculdade de Enfermagem- UNIC. E-mail: silvana_benevides@hotmail.com

* Resultado Parcial de Pesquisa de Dissertação de Mestrado.