



# 4º Simpósio Científico

INTERNACIONAL

# CEJAM 2015



## Anais

# 4º Simpósio Científico Internacional

# CEJAM 2015



CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS  
"DR. JOÃO AMORIM"



Inovar é preciso! Mas o que podemos considerar como uma inovação? Encontrar uma nova maneira para resolver grandes problemas? Ter uma ideia genial? Faturar milhões com uma nova tecnologia? Ou é mesmo ir além do convencional e encontrar soluções inovadoras para pequenas ações do dia a dia? Para essas e tantas outras questões, o Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” promoveu dois dias de reflexão e troca de ideias no 4º Simpósio Científico Internacional CEJAM, debatendo a “Busca da Excelência na Saúde”.

Desde o seu início, em 2011, o Simpósio Científico CEJAM reúne profissionais de reconhecimento internacional, representantes do poder público e pesquisadores para compartilhar conhecimento e debater temas importantes da área da saúde.

Este ano, especialistas renomados nos ajudaram a mergulhar em temas fundamentais como a Qualidade nos Serviços de Saúde, a Criação de ambientes e estruturas de Inovação Tecnológicas voltadas para as Organizações Sociais, assim como os Avanços e os Desafios dos Contratos de Gestão e o Poder Público, a visão ética do modelo representada por diversas categorias profissionais e a busca da excelência, sem se esquecer da felicidade!

Durante os dois dias de programação, além de palestras e mesas redondas, tivemos a oportunidade de trocar ideias e conhecer algumas experiências exitosas na área da saúde e gestão, apresentadas por meio de trabalhos científicos desenvolvidos por nossos colaboradores. Com grande expectativa, anunciamos ao final do evento os três melhores, entre os mais de 40 inscritos, que receberam o grande prêmio “Dr João Amorim”.

**Diretoria**





# 4º Simpósio Científico

INTERNACIONAL

# CEJAM 2015



CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS  
"DR. JOÃO AMORIM"

<b>1. PARTICIPAÇÃO/ CONTROLE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b> Coordenação Técnica Administrativa - CEJAM OS .....	10
<b>2. ATENDIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA CEJAM</b> Coordenação Técnica Administrativa .....	11
<b>3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE INFORMAÇÕES DOS CARTÕES DE PRÉ-NATAL DOS SERVIÇOS OS CEJAM</b> Coordenação Técnica Administrativa - CEJAM OS .....	12
<b>4. PROTOCOLO DE SEPSE: UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA</b> Coordenação Técnica Administrativa - CEJAM OS .....	13
<b>5. CAMPANHA REGISTRO SEGURO - SINAL VERDE PARA A QUALIDADE</b> Coordenação Técnica Administrativa - CEJAM OS .....	14
<b>6. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PELE EM SERVIÇO AMBULATORIAL NA REGIÃO SUL DE SÃO PAULO</b> Coordenação Técnica Administrativa - CEJAM OS .....	15
<b>7. USO DE PLANILHAS ELETRÔNICAS COMO FERRAMENTAS DE APOIO À GESTÃO E QUALIDADE</b> Coordenação Técnica Administrativa - CEJAM OS .....	16
<b>8. DOCUMENTO NORTEADOR TABAGISMO: ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b> Centro de Estudos e Pesquisas Doutor João Amorim .....	17
<b>9. INTERVISÃO: O TERAPEUTA COMUNITÁRIO COMO ATOR E INVESTIGADOR NA PRODUÇÃO DO SABER</b> Centro de Estudos e Pesquisas Doutor João Amorim - Supervisão Técnica de Saúde M' Boi Mirim ..... - PMSP .....	18
<b>10. AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO DE CRIANÇAS DE 05 A 12 ANOS COM SOBREPESO EM DUAS EQUIPES DA ESF JARDIM CAIÇARA</b> UBS Jardim Caiçara .....	19
<b>11. O MANEJO DA AMAMENTAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DO APOIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UBS JARDIM CAIÇARA NESTA PRÁTICA</b> UBS Jardim Caiçara .....	20
<b>12. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL</b> UBS Jardim Caiçara .....	21
<b>13. DIFICULDADES DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO SETOR DE CURATIVO DA UBS/ ESF JARDIM CAIÇARA</b> UBS/ ESF Jardim Caiçara .....	22
<b>14. IMPLEMENTAÇÃO DE MÉTODOS DE IDENTIFICAÇÃO DE USUÁRIOS: SEGURANÇA NO ATENDIMENTO</b> UBS Vila Calú .....	23
<b>15. PRÉ-NATAL DE GESTAÇÃO TRIGÊMELAR PELA ESF: RELATO DE CASO</b> UBS Vila Calú .....	24

<b>16. A IMPLANTAÇÃO DA FERRAMENTA APORTE E DESENVOLVIMENTO NO PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL</b> UBS Vila Calú .....	25
<b>17. ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE O PRIMEIRO ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE QUEIMADURA EM UM HOSPITAL PÚBLICO</b> Hora Certa M' Boi Mirim I.....	26
<b>18. A REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA FEMININA NA MICRORREGIÃO M'BOI MIRIM COMO RESULTANTE DA ESTRATÉGIA DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADAS PROMOVIDAS PELO CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM" - CEJAM, DURANTE VIGÊNCIA DE CONTRATO DE GESTÃO CELEBRADO COM A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE</b> AMA Parque Santo Antônio.....	27
<b>19. GRUPO DE PRIMEIRA AVALIAÇÃO INFANTIL: DISPOSITIVO DE APOIO DIAGNÓSTICO</b> CAPS II Infantil M' Boi Mirim.....	28
<b>20. A EXPRESSÃO ARTÍSTICA COMO ABORDAGEM ÀS FAMÍLIAS SOBRE OS DIREITOS NO SERVIÇO SOCIAL</b> CAPS II Infantil II M' Boi Mirim.....	29
<b>21. A IMPORTÂNCIA DO ESPAÇO TERAPÊUTICO PARA FAMILIARES: ATIVIDADE EXTRAMURO</b> CAPS II Infantil M' Boi Mirim.....	30
<b>22. A LUTA ANTIMANICOMIAL EM ATO: A MUDANÇA DA HISTÓRIA DE UM ADOLESCENTE INSTITUCIONALIZADO DESDE A INFÂNCIA PELO ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL</b> CAPS II Infantil M' Boi Mirim.....	31
<b>23. APOIO MATRICIAL NO ÂMBITO ESCOLAR</b> CAPS II Infantil M' Boi Mirim.....	32
<b>24. EXPRESSÃO CORPORAL NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL</b> CAPS II Infantil M' Boi Mirim.....	33
<b>25. PERFIL DE USUÁRIOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE HERNIORRAFIA SEGUNDO INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA EM UM HOSPITAL DIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> Hospital Dia - Hora Certa M' Boi Mirim.II.....	34
<b>26. A INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE NA PROMOÇÃO DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA</b> UBS Jardim Maracá.....	35
<b>27. GRUPO DE GESTANTES COMO FERRAMENTA DE ADEÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO</b> UBS Luar do Sertão .....	36
<b>28. DESIGN THINKING COMO MÉTODO INTERVENTIVO NA PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA</b> UBS Horizonte Azul.....	37
<b>29. PROJETO HUMANIZAR: UM PROFISSIONAL PREPARADO E CENTRADO, PARA UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE</b> Hospital e Maternidade Dalila Ferreira Barbosa.....	38

<b>30. BUSCA ATIVA OBSTÉTRICA HOSPITALAR</b> Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" / CEJAM .....	39
<b>31. OFICINA CULINÁRIA COM RECURSO TERAPÊUTICO NO ATENDIMENTO A PACIENTES HEMIPLÉGICOS</b> Centro Especializado em Reabilitação IV - CER IV M' Boi Mirim .....	40
<b>32. PROJETO CONVIVENDO NA MELHOR IDADE</b> UBS Integral Jd. Miriam II .....	41
<b>33. O ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO EM GRUPO NAS ALTERAÇÕES DE LINGUAGEM</b> NASF - Cidade Ipava .....	42
<b>34. INCORPORAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES "CUIDADOS AMIGOS DA MÃE" COMO UM DOS NORTEADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E GESTÃO</b> Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM .....	43
<b>35. DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE FERRAMENTA DE QUALIDADE PARA DIRECIONAR A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON EM BASE EXCEL</b> Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM .....	44
<b>36. RESULTADOS DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO OBSTÉTRICO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b> Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM .....	45
<b>37. A EXPERIÊNCIA DO USO DA REDE EM RECÉM-NASCIDO: A VISÃO DE UM MÉDICO NEONATOLOGISTA</b> Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM .....	46
<b>38. ILUMINAÇÃO EM SALA DE PARTO</b> Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM .....	47
<b>39. OS BENEFÍCIOS DO USO DO TOP NO MOMENTO DO PARTO</b> Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM .....	48
<b>40. AS EMOÇÕES MANIFESTADAS PELAS MULHERES NO PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</b> Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM .....	49
<b>41. COMPREENSÃO DOS SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELA MULHER NO VÍNCULO ENTRE MÃE E FILHO APÓS PARTO</b> Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM .....	50
<b>42. OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS E DAS GESTANTES A RESPEITO DO USO DO KIT VER CRESCEER PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA</b> Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM .....	51
<b>43. PARTO NA ÁGUA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</b> Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM .....	52
<b>44. "PROJETO A FADA DO DENTE"</b> USP .....	53
<b>45. TRATAMENTO ALTERNATIVO DE LINFEDEMA MURINO INDUZIDO UTILIZANDO CÉLULAS-TRONCO FETAIS</b> USP .....	54
<b>46. O PAPEL DA ODONTOLOGIA INTENSIVA</b> Hospital Municipal Evandro Freire - CEJAM/ RJ .....	55



**Anais**  
**4º Simpósio Científico Internacional**  
**CEJAM 2015**



**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS**  
**"DR. JOÃO AMORIM"**



## PARTICIPAÇÃO / CONTROLE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

COORDENAÇÃO TÉCNICA ADMINISTRATIVA- CEJAM OS – SÃO PAULO

Joyce Silva de Oliveira - Assistente Administrativo  
 Maria Laurinda David Moura de Couto – Assistente Social  
 Solange Aparecida dos Santos Pinto – Supervisora S.A.U

### INTRODUÇÃO

A expressão “Participação Social” surgiu e foi vastamente assumida no âmbito do SUS a partir da aprovação da Lei n. 8.142/1990 e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. A capacidade da sociedade de criar, construir e programar as várias formas de participação guarda relação direta com o grau de consciência política, de organização e de mobilização da própria sociedade, por meio do Conselho Gestor, Conferências de Saúde e Ouvidorias. Todos os serviços de Saúde sob gerenciamento CEJAM-OS localizados nos distritos administrativos Jardim Ângela e Jardim São Luiz possuem conselho gestor tripartite (50% usuários, 25% trabalhadores, inclusive terceirizados e 25% administrativo), tendo mandato de dois anos, com direito a uma reeleição e publicação em diário oficial. As reuniões são realizadas mensalmente, conforme cronograma definido pelos conselheiros e registradas em livro ATA. O objetivo deste trabalho foi caracterizar os conselheiros gestores do território - segmento usuário, de acordo com gênero e faixa etária. O levantamento desta informação possibilitará desenvolver estratégias que facilitem as ações no território e conhecer a população ativa.

### MÉTODO

Para elaboração deste trabalho utilizou-se pesquisa bibliográfica, estudo descritivo e análise da base de dados das Unidades de Saúde do território dos conselhos ativos, segmento usuário no período de julho de 2013 a julho de 2015.

### RESULTADOS

Observamos que no referido período havia 119 conselheiros do segmento usuário, conforme demonstrado no gráfico 1 dos conselheiros ativos, 50% são do gênero masculino e 50% são do gênero feminino. De acordo com o gráfico 2 a faixa etária com maior prevalência é de 61 a 83 anos.



Gráfico 1. Distribuição dos conselheiros gestores, segmento usuário, dos Serviços de Saúde de acordo com o gênero.

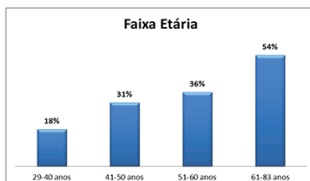


Gráfico 2. Distribuição dos conselheiros gestores - segmento usuário, dos Serviços de Saúde de acordo com faixa etária.

### CONCLUSÃO

Observa-se uma distribuição equânime dos conselheiros gestores - segmento usuário no que diz respeito ao gênero, informação muito positiva demonstrando a representatividade feminina. Em relação a faixa etária podemos observar uma prevalência de pessoas acima dos 60 anos, caracterizando uma idade com maior disponibilidade em participar das reuniões que são realizadas durante a semana.

### REFERÊNCIA

1. BRASIL. Constituição de República Federativa do Brasil: Brasília. 1988.
2. Planilha de controle de dados do Conselho Gestor/ Serviço de Atenção ao Usuário/ CEJAM 2015.
3. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080>
4. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142>





## ATENDEMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CEJAM COORDENAÇÃO TÉCNICA ADMINISTRATIVA

Hugo Mendes Pinto, Fabiana Camargo, Gisele Arronilas, Margarete Tonolli e Nara Nakao (Farmacêuticos)

### INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica conceitua o termo "Assistência Farmacêutica" como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. A Assistência Farmacêutica (AF) é parte integrante da Política Nacional de Saúde, tratando-se de uma política intersetorial em que a atribuição dos municípios envolve a execução da seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação; promoção da qualidade dos produtos e serviços e o acompanhamento e avaliação da utilização dos fármacos, de acordo com o referencial teórico adotado (Figura 1), (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2013). O objetivo deste trabalho é evidenciar a importância da Assistência Farmacêutica; divulgar, monitorar e melhorar o atendimento realizado nas Farmácias sob gestão do CEJAM OS.

### MÉTODO

Os métodos utilizados são de revisão bibliográfica e levantamento de dados de atendimentos das farmácias dos Serviços de Saúde sob a gestão do CEJAM OS, contabilizando o total de receitas dispensadas e não dispensadas.

### RESULTADO

A soma de prescrições dispensadas o objetivo de sinalizar, monitorar e melhorar, a produção das Farmácias sendo contabilizadas receitas da própria Unidade, outras Unidades da Rede Pública e Unidades Particulares.

As prescrições não dispensadas, também contam como produção de atendimento da Farmácia, onde os Técnicos e Farmacêuticos informam aos pacientes as seguintes justificativas: medicamento não é padrão da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME; medicamento padrão da REMUME que não foi abastecido pelo Central de Distribuição de Medicamentos e Correlatos – CDMEC; prescrição em desacordo com as Portarias 338/2014, 344/1998 e RDC 20/2011; acesso em outros serviços como o programa de Componente Especializado, Farmácia Popular do Brasil e Dose Certa; anexam filipeta de orientações ao prescriptor/paciente na prescrição, de acordo com a Portaria 338/2014; as Farmácias também quantificam as inconsistências em prescrições e notificam os médicos da própria Unidade ou de outras Unidades e Hospital M<sup>o</sup> Boi Mirim para melhoria no atendimento.

Figura 1. Referencial Teórico da Assistência Farmacêutica



Gráfico 1. Total de prescrições dispensadas e não dispensadas por Unidade de Saúde, Julho de 2015

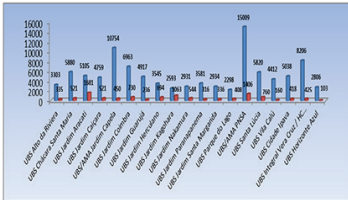
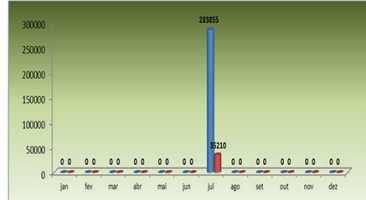


Gráfico 2. Total de prescrições dispensadas e não dispensadas nas Unidades sob gestão CEJAM, Julho de 2015



### CONCLUSÃO

Conclui-se que devido ao alto número de atendimentos nas Farmácias, se faz cada vez mais necessária a presença em tempo integral do Farmacêutico nos Serviços de Saúde, para prestar a devida assistência e garantir a segurança dos usuários, principalmente na administração dos medicamentos, o que resulta na adesão ao tratamento e melhoria na qualidade de vida do usuário.

### REFERÊNCIA

- Manual da Assistência Farmacêutica/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, volume I, nº 1, São Paulo – SP, 2013.

*"Agradeço aos Farmacêuticos, Técnicos de Farmácias e a Assistente Administrativa Adriana Freitas, que colaboraram no levantamento dos dados desta pesquisa e que realizam um excelente trabalho nas Farmácias."*





## Avaliação da qualidade de informações dos cartões de Pré-Natal dos serviços OS CEJAM

COORDENAÇÃO TÉCNICA ADMINISTRATIVA – CEJAM OS

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DOUTOR JOÃO AMORIM-CEJAM

Maurício Kucharsky- Médico Auditor; Ana Rita Moreira Barbosa-Enfermeira Auditora;

Fernanda Silva Fuscaldi-Gerente Qualidade

### INTRODUÇÃO

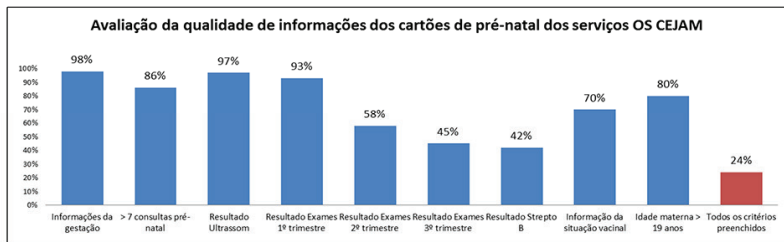
A avaliação da assistência utilizando a informação é importante para as mudanças na situação de saúde e doença da população e para a redução das disparidades sociais. No Brasil, as informações estão disponíveis em sistemas informatizados. Entretanto, há necessidade de melhorar a qualidade dos registros, desde as declarações de óbito e de nascidos vivos, o prontuário, a autorização de internação hospitalar (AIH) e outros sistemas de notificação de agravos, além de instrumentos importantes como o **CARTÃO DA GESTANTE** e a Caderneta de Saúde da Criança. Devido os dados apresentados o Centro de Estudos e Pesquisas João Amorim (CEJAM) em parceria com o Hospital M' Boi Mirim desenvolveu um projeto para avaliar o preenchimento dos cartões de pré-natal. Este estudo tem o objetivo avaliar o grau de adequação da assistência pré-natal prestada pelas unidades gerenciadas pela OS CEJAM segundo os critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) através das informações dos cartões de pré-natal.

### MÉTODO

Este estudo nacional de base hospitalar foi realizado entre março e junho de 2015. Foram elegíveis para o estudo todas as puérperas que realizaram parto no Hospital do M' Boi Mirim neste período, que residissem na área de abrangência das unidades gerenciadas pela OS CEJAM no distrito de Jardim Ângela. Os dados foram obtidos através de informações dos cartões de pré-natal, digitalizadas no momento da internação para o parto. Foram avaliados 637 cartões de pré-natal e considerou-se assistência pré-natal adequada os cartões que continham as informações da gestação, sete ou mais consultas de pré-natal, anotação completa das consultas, anotação do resultado de pelo menos um ultrassom obstétrico, anotação completa dos exames de 1º, 2º e 3º trimestres preconizados na rotina de pré-natal, anotação do resultado do Strepto B e informação sobre a situação vacinal da gestante.

### RESULTADOS

Observou-se que 98% dos cartões apresentavam informações da gestação; 86% realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, em média foram realizadas 10 consultas; 97% realizaram pelo menos um exame de ultrassom obstétrico, em média foram realizados dois exames por gestante; 93% apresentavam resultado de exames do 1º trimestre, 58% apresentavam resultado de exames do 2º trimestre e 45% apresentavam resultado de exames do 3º trimestre; 42% apresentavam resultado de exames de Strepto B; informações sobre a situação vacinal das gestantes foi observada em 70% dos cartões de pré-natal; 80% das gestantes tinham idade maior ou igual a 19 anos, em média as gestantes tinham 25 anos de idade. Preenchendo todos os critérios, somente 24% dos cartões de pré-natal avaliados foram considerados adequados.



### CONCLUSÃO

Os resultados são semelhantes e em alguns aspectos são até melhores em relação aos encontrados na literatura sobre a adequação do pré-natal, porém, os resultados não são favoráveis e indicam que a qualidade do pré-natal deve ser melhorada e que devem ser adotadas políticas de conscientização, tanto dos profissionais, como das próprias gestantes para realização de um pré-natal de forma adequada.

### REFERÊNCIA

1. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev. Panamericana Salud Pública, 2015; 37(3).
2. Poligiane RBS, Leal MC, et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, 2014; 19(7).
3. Corrêa MD, Tuneschiro MA, Lima MOP, Bonadio IC. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. Rev. Esc. Enferm. USP, 2014; 48.
4. Saavedra JS, Cesar JA. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, 2015; 31(5).





## PROTOCOLO DE SEPSE: UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

COORDENAÇÃO TÉCNICA ADMINISTRATIVA – CEJAM OS  
 CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DOUTOR JOÃO AMORIM-CEJAM  
 Ana Rita Moreira Barbosa-Enfermeira Auditora; Mauricio Kucharsky- Médico Auditor;  
 Fernanda Silva Fuscaldi-Gerente da Qualidade

### INTRODUÇÃO

Para identificação precoce dos quadros de septicemia acredita-se que a identificação da alteração dos sinais vitais, seja a base para a abertura do protocolo e o início do tratamento. A sepsé é definida como uma síndrome de resposta inflamatória, (SIRS), motivada por um agente agressor, associada à infecção sistêmica. No Brasil são identificados 45,1% de indivíduos que desenvolvem sepsé grave nos Prontos Socorros e UTI do PS e 34 % nas Enfermarias e UTI da Enfermaria, apresentam piora para choque séptico nas Unidades de Terapia Intensiva 15,1 %. Entende-se por quadro infeccioso aqueles que apresentam dois ou mais sinais de síndrome de resposta inflamatória sistêmica associada a uma disfunção orgânica.

### MÉTODO

Em parceria com o Hospital de Referência da Região foi elaborada proposta para implantação do Protocolo de sepsé que teve início em outubro de 2014 primeiramente na unidade AMA Jd Ângela e em dezembro 2014 nos outros oito serviços AMA que pertencem a Microrregião de M'Boi Mirim, gerenciado pela OS CEJAM. Por meio de um instrumento de avaliação de sinais vitais e sintomas, realizado por Enfermeiro, com utilização do score, o qual norteou a abertura por meio de valores calculáveis onde o mínimo é a pontuação "3". Os pacientes incluídos no protocolo foram atendidos com prioridade pela equipe médica, que concluiu o diagnóstico e indicaram as condutas, com monitoramento do tempo de atendimento que se preconiza 60 minutos.

### RESULTADOS

Foram eleitos para o protocolo 130 usuários no período de outubro de 2014 a julho de 2015. Dos usuários atendidos obteve-se 76 % de conformidade nos tempos de atendimento para o protocolo de sepsé. Dos que foram transferidos 56 % foram diagnosticados com sepsé e os outros 44 % estão relacionados a outras infecções. Dos 56% diagnosticados com sepsé a média de internação foi de um dia para casos sepsémia e seis dias para os casos de sepsémia grave, nenhum dos casos apresentou evolução para choque séptico ou óbito.



### CONCLUSÃO

O resultado obtido demonstra que as Unidades conseguiram identificar precocemente as alterações dos sinais vitais preditivas para sepsé. Evidenciando que a piora clínica do quadro infeccioso pode ser evitada quando iniciado o protocolo de sepsé precocemente, tendo em vista as ações implantadas e desenvolvidas pelas unidades de saúde, tais como o início do uso do antibiótico em até uma hora, hidratação e transferência prioritária para continuidade do tratamento intra-hospitalar. Todos os casos elegíveis ao protocolo foram classificados como sepsé e ou sepsé grave, sendo que não houve piora com evolução para sepsémia grave nos casos de sepsé ou choque séptico/óbito nos casos de sepsé grave, ratificando assim a importância da implantação deste protocolo na Microrregião de M'Boi Mirim.

### REFERÊNCIA

1. [http://www.ilas.org.br/upfiles/fckeditor/file/Relatorio\\_Nacional\\_dez\\_2014\\_final.pdf](http://www.ilas.org.br/upfiles/fckeditor/file/Relatorio_Nacional_dez_2014_final.pdf) Acesso 04/09/15-10:25.





## CAMPANHA REGISTRO SEGURO - SINAL VERDE PARA A QUALIDADE

COORDENAÇÃO TÉCNICA ADMINISTRATIVA – CEJAM OS  
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DOUTOR JOÃO AMORIM-CEJAM  
Maria Aparecida Domingues - Enfermeira Auditora; Mauricio Kucharsky – Médico Auditor;  
Fernanda Fuscaldi – Gerente da Qualidade

### INTRODUÇÃO

De acordo com a resolução nº 1.638/2002 do CFM, “o prontuário é um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. A confecção do prontuário em todos os atendimentos consiste em elemento essencial no que diz respeito à qualidade da assistência.”<sup>1</sup> Desta forma é de extrema importância conscientizar os colaboradores e incentivar o uso de práticas seguras assistenciais, favorecendo o manuseio e o registro nos prontuários, visto a complexidade relacionada a este processo, visando ainda à segurança das informações dos registros. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência na implantação da Campanha Registro Seguro – Sinal Verde para a Qualidade, que teve como objetivo sensibilizar os profissionais para a importância do registro dos atendimentos e favorecer quanto à conscientização de sua obrigatoriedade.

### MÉTODO

A Campanha transcorreu no período de janeiro a junho de 2015, no município de São Paulo, com 06 serviços de saúde da PMSB, gerenciados por uma Organização Social, que conta com uma Comissão de Qualidade e Subcomissões. Para a realização da campanha foi feito contato prévio e agendamento de reunião para sensibilização e apresentação de um banner contendo os 07 Passos para o Registro Seguro que permaneceu na Unidade por 10 dias. A avaliação da Campanha se deu através dos resultados de Auditoria de Prontuários realizada pela Equipe Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), com análise trimestral – Janeiro à março/2015 e abril à junho/2015, concomitante com a campanha.

### RESULTADOS

No total, 199 colaboradores foram sensibilizados com a Campanha Registro Seguro – Sinal Verde. Conforme tabela abaixo, todas as Unidades apresentaram melhora nos Resultados de avaliação nas Auditorias da Equipe CRP (Relatório Trimestral/2015). Antes da Campanha, as Unidades apresentavam em média 5,8 pontos de conformidade nos prontuários, sendo que após as ações a média de conformidade foi de 7,5 pontos. Evidenciando uma melhora de 17% nos registros dos prontuários.

Para a pontuação considerou-se os critérios de avaliação de Auditoria dos prontuários conforme abaixo, cada Serviço obteve pontuação de 0 a 10.

Organização do Serviço de Arquivamento de Prontuário	Caracterização do Prontuário	Qualidade da Informação - Atendimento Enfermeiro	Qualidade da Informação - Atendimento Médico	Qualidade da Informação - Atendimento Auxiliar/Téc. de Enfermagem/Equipe Multiprofissional	Nota (0 a 10)
1	1	3	3	2	10

Tabela 1. Conformidade dos prontuários por Unidade

UNIDADE 1	Antes da Campanha	Após a Campanha
Unidade A	3,99	7,53
Unidade B	5,44	7,54
Unidade C	6,20	7,51
Unidade D	6,40	8,66
Unidade E	6,99	7,30
Unidade F	5,99	6,63

Imagem 1. Banner da Campanha



### CONCLUSÃO

Diante do resultado exposto concluímos que a Campanha trouxe resultado positivo para a melhora dos Registros. Mostrando que ações educativas junto à equipe multiprofissional são de extrema importância, entendendo que esse é um processo contínuo e, devido à dinâmica da Unidade, complexidade do processo e aspecto legal envolvido, deve ser fortalecido constantemente.

### REFERÊNCIAS

- CFM. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.638/Deixe prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002.





## DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PELE EM SERVIÇO AMBULATORIAL NA REGIÃO SUL DE SÃO PAULO COORDENAÇÃO TÉCNICA ADMINISTRATIVA – CEJAM OS CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DR. JOÃO AMORIM

Ana Paula Ramos-Gerente; Adriana Ribeiro Pinheiro-Enfermeira; Maria Aparecida Domingues-Enfermeira;  
Priscila Fernanda Scaff-Enfermeira

### INTRODUÇÃO

O câncer de pele é o tipo de câncer mais comum e representa mais da metade dos diagnósticos de câncer. A incidência do câncer de pele tem experimentado um considerável aumento em nível mundial, fundamentalmente pela diminuição da camada de ozônio, a maior exposição da população à radiação ultravioleta e o aumento da expectativa de vida (BENEDET, 2004). Fatores raciais e mais comumente comportamentais têm contribuído para este aumento no nosso meio. A detecção precoce salva vidas (BARELLA, 2013). Há dois tipos básicos de câncer de pele, os não-melanoma (Câncer Cutâneo Não Melanocítico - CCNM), geralmente das células basais ou das escamosas, e os melanomas, que têm origem nos melanócitos (Melanoma Cutâneo-MC), as células produtoras de melanina (ROCHA, 2002). Sua grande frequência gera significativo ônus ao sistema de saúde, configurando problema de saúde pública (ROCHA, 2000). O diagnóstico deve ser baseado na história e manifestações clínicas do paciente, e principalmente no exame histopatológico da lesão. O objetivo deste trabalho é analisar os resultados de biópsia dos Serviços Ambulatoriais com atendimento de Cirurgia e Dermatologia que fazem parte da Rede Integrada de Serviços de Saúde da microrregião M'Boi Mirim, verificando a incidência do câncer de pele. Destacando a relevância da prestação deste serviço para detecção do câncer de pele na região.

### MÉTODOS

Esta pesquisa caracteriza-se por estudo do tipo exploratório, descritivo-quantitativo e foi realizada através da análise dos arquivos de resultados de exames de Anatomia Patológica obtidos em procedimentos cirúrgicos no período de março a agosto de 2015, em 02 Serviços Ambulatoriais localizados no Município de São Paulo. A coleta dos dados foi iniciada após autorização das instituições envolvidas e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido dos usuários envolvidos mediante parecer do comitê de ética SMS.

### RESULTADOS

Durante o período analisado foram realizados 747 procedimentos cirúrgicos com encaminhamento de material para análise histológica, destes 4,8% apresentaram resultado positivo para câncer de pele. Dentre os resultados observou-se: em 77,78% dos exames CARCINOMA BASOCELULAR, em 19,44% dos exames CARCINOMA EPIDERMÓIDE e em 2,78% dos exames CARCINOMA ESPINOCELULAR. Segundo literatura, os carcinomas basocelulares (CBC) constituem o mais comum carcinoma da pele, aparecendo nas estatísticas como responsável por cerca de 70 a 75% dos casos, apresentando menor potencial de malignidade.

### CONCLUSÃO

Diante do resultado apresentado, conclui-se a importância do Serviço Ambulatorial com realização de procedimento para o diagnóstico do câncer de pele, entendendo ainda que na maioria dos casos dá-se a resolução do problema mediante a retirada completa do tumor.

### REFERÊNCIAS

1. BENEDET, et al. Avaliação clínica e histopatológica dos pacientes portadores de Carcinoma Basocelular diagnosticados no Instituto de diagnóstico anatomo-patológico em Florianópolis. Disponível em: <http://www.scielo.org.br/actm/revista/pdf/artigos/111.pdf>. Acesso em 17 de julho de 2013.
2. ROCHA, F.P. et al. Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pre-malignas e malignas. Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Pelotas. 2002. RS, Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v36n1/18123.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2013.





## USO DE PLANILHAS ELETRÔNICAS COMO FERRAMENTAS DE APOIO À GESTÃO E QUALIDADE COORDENAÇÃO TÉCNICA ADMINISTRATIVA - CEJAM OS

Dion Carvalho – Supervisor Técnico; João Paulo Freitas – Enfermeiro; Patricia Ishida – Supervisor Técnico; Selma Machado – Supervisor Técnico.

### INTRODUÇÃO

O avanço das tecnologias e a ampliação do acesso à internet, para as Unidades Básicas de Saúde, proporcionou que fossem construídas e disponibilizadas “planilhas eletrônicas”, utilizadas como ferramentas de gestão que auxiliam no monitoramento de diferentes variáveis, levando conseqüentemente à melhora da qualidade da assistência.

### MÉTODO

A proposta deste trabalho é apresentar as planilhas utilizadas para o apoio à gestão das Unidades e a evolução do processo organizacional que resultaram de suas utilizações. Iniciamos o processo baseados no Microsoft Excel®, utilizado em todas as Unidades sob Gestão do CEJAM OS, com Estratégia de Saúde da Família. As planilhas construídas e utilizadas são:

- Vigilância Epidemiológica - Planilha de Controle de Tuberculose, Planilha Total de Notificações, Planilha de Fechamento API-Web;
- Saúde da Mulher - Planilha Livro de Papanicolau e Mamografia;
- Saúde da Criança - Planilha de Captação Recém-nascido.

### RESULTADOS

Com a utilização destes instrumentos, conseguimos melhorar o acompanhamento dos casos que estão referenciados e em destaque, podendo servir de base para ampliação da visão de gestão dos temas abordados e apoio aos gerentes para tomada de decisões e apontamento de situações de risco.

### CONCLUSÃO

Conclui-se que a utilização das Planilhas Eletrônicas e as diversas formas que estas podem compor, servem como uma simples e eficiente ferramenta de Gestão, podendo ser amplamente utilizada e incentivada. A ampliação das formas de acesso e a melhor otimização destes dispositivos devem ser alvo de apoio.

### REFERÊNCIAS

1. São Paulo. Secretaria da Saúde. Manual Técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde/Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.-2ed. – São Paulo: SMS, 2012
2. São Paulo. Secretaria da Saúde. Manual Técnico: saúde da criança nas Unidades Básicas de Saúde/Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.-2ed. – São Paulo: SMS, 2012







## DOCUMENTO NORTEADOR TABAGISMO: ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DOUTOR JOÃO AMORIM-CEJAM

Tatiana Mendes Alencar- Psicóloga e Supervisora de Saúde Mental; Hugo Mendes Pinto-Farmacêutico e Supervisor de Farmácia.

**Introdução:** Considerando que a Organização Mundial da Saúde apoia a redução da prevalência do tabagismo e que propõe um conjunto de medidas que visam reduzir e prevenir o consumo de tabaco, sendo este, monitorar o consumo de tabaco e das políticas de prevenção; proteger as pessoas de fumarem tabaco; oferecer ajuda para deixar o consumo de tabaco; advertir sobre os perigos do uso do tabaco; entre outras medidas, o Documento Norteador do Tabagismo vem corroborar para a implementação de medidas efetivas para redução do tabagismo dos usuários dos Serviços de Saúde. Este trabalho teve como finalidade a padronização do Controle do Tabagismo nos 17 Serviços de Saúde do Jardim Ângela, entre eles UBS (Unidade Básica de Saúde) e CAPS Alcool e Drogas, por meio da abordagem preconizada pelo Ministério da Saúde (Abordagem Intensiva do Tratamento do Tabagismo) com o objetivo de buscar a melhoria dos índices de cessação do tabagismo; assistência dos Serviços de Saúde e qualidade de vida do usuário.

### MÉTODO

Revisão bibliográfica a partir de informações e materiais sobre Tabagismo do Ministério da Saúde (INCA-Instituto Nacional do Câncer), do HCOR (Hospital do Coração), outros pesquisadores que discorrem sobre o tema e experiências dos autores na implantação do PNCT (Programa Nacional Controle do Tabagismo), na RISS (Rede Integrada de Serviços de Saúde). Implantação do Documento nos Serviços de Saúde sob Gestão do CEJAM OS, por meio de capacitação para os colaboradores responsáveis pelo Programa do Tabagismo nas Unidades, bem como a análise dos tratamentos realizados no período de janeiro de 2013 a julho 2015.

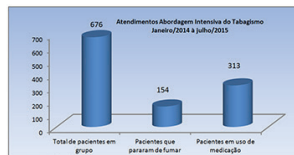
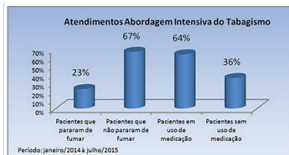
### RESULTADOS

\* Elaboração do Documento Norteador do Tabagismo abordando os assuntos: Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Rotina e Fluxograma de Atendimento; Abordagem Intensiva do Tratamento do Tabagismo; Diagnóstico clínico: critério de fumante e de dependência física à nicotina; Tratamento; tratamento medicamentoso; Abordagem cognitivo-comportamental; Registro do paciente; Implantação e padronização de impressos (instrumento de monitoramento do PNCT. Monitoramento de medicamentos; Avaliação inicial do tabagismo; Teste de fagerstrom; Avaliação motivacional; Benefícios de parar de fumar; Auto-observação; Avaliação pós grupo-tabagismo).

#### \* Colaboradores capacitados

\* Implantação do Documento Norteador Tabagismo nos Serviços de Saúde do DA (Distrito Administrativo) Jardim Ângela, sob Gestão do CEJAM OS e elaboração e implantação do instrumento de monitoramento das informações e indicadores referentes aos usuários que participam do PNCT, como por exemplo, taxa de cessação do tabagismo; utilização de medicamentos; escore no teste de fagerstrom, entre outros dados.

De acordo com os dados coletados, podemos verificar que no período de janeiro/2013 a setembro/2013, foram atendidos 213 usuários nos grupos de Tratamento Intensivo do Tabagismo, nos quatro Serviços de referência. A partir de outubro/2014, o CEJAM, em parceria com a SMS, ampliou a rede de Serviços com credenciamento de mais 13 Serviços que passaram a oferecer Tratamento para Tabagismo, totalizando 17 Serviços de Referência. Com a ampliação da rede, de janeiro/2014 a julho/2015, foram atendidos 676 usuários. A taxa de cessação de tabagismo entre todos participantes foi de 23%, superando a meta apontada pelas pesquisas, que indicam para uma taxa de 22% (Fior e et al, 2000). Neste mesmo período, cerca de 64% dos usuários utilizaram medicamentos durante o tratamento



### REFERÊNCIAS

- Diretrizes SBPT para cessação do tabagismo – 2008 - J Bras Pneumol. 2008; 34(10):845-880.  
 FIDRICH MC, BAILEY WC, COHEN S et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.  
 MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Consenso sobre Abordagem Tratamento do Fumante, 2001.  
 Portaria Nº 442 DE 31 DE AGOSTO DE 2004 – ANEXO I II.  
 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 1992.





## INTERVISÃO: O TERAPEUTA COMUNITÁRIO COMO ATOR E INVESTIGADOR NA PRODUÇÃO DO SABER

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DOUTOR JOÃO AMORIM-CEJAM  
STSBM-SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE M'BOI MIRIM – PMSP

MARIA LÚCIA R.G. GASSERT-Psicóloga e Intervisora de Terapia Comunitária; Priscila Teixeira-Psicóloga e Intervisora de Terapia Comunitária; Tatiana Mendes Alencar-Psicóloga e Terapeuta Comunitária e cols.



**Introdução:** Este trabalho é resultado de projeto elaborado pelos participantes da Intervisão de Terapia Comunitária do M'Boi Mirim, como reflexão sobre os significados de suas vivências neste contexto de educação permanente.

O substantivo Intervisão não é encontrado nos dicionários. Surgiu recentemente e consiste em metodologia de trabalho de equipe para autoaprendizagem, auto conhecimento qualitativo profissional e é utilizada na formação de Terapeutas Comunitários.

Seu objetivo é proporcionar a sistematização do trabalho dos terapeutas, a partir da partilha de suas experiências cotidianas de obstáculos, problemas e soluções. Utilizam-se práticas dialógicas com planejamento e rigor metodológico, para que o espaço se torne "palco de encantamento e prazer e interlocução visto que, quem lá está ensina e aprende" (Barreto 2008).

O Método Autobiográfico consiste em forma de construção de conhecimento que reivindica a subjetividade como articuladora de teorias. Vem sendo desenvolvido na formação de professores a partir da concepção de que ninguém forma ninguém. Formação resulta da reflexão sobre os percursos de vida em diálogos externos e internos com pessoas e teorias. A escolha deste método se fundamenta nos pilares teóricos de Resiliência, Pedagogia de Paulo Freire e Pensamento Sistêmico.

**Metodologia:** Foi utilizada a metodologia qualitativa autobiográfica. Os participantes são Terapeutas Comunitários e Co-terapeutas da Intervisão de Terapia Comunitária do M'Boi Mirim. Os instrumentos utilizados foram Documento Coletivo, Frases de Identificação da Formatura de Terapeutas Comunitários, Diário de Bordo dos Participantes.

**Resultados:** Observa-se que os terapeutas valorizam os seus processos de aprendizagem e os contextualizam em suas biografias como profissionais, pessoas e cidadãos.

**Considerações finais:** O processo terapêutico pode ser visto sob a lente da pedagogia, e a formação dos terapeutas pode ser pensada na linha do cuidado ao terapeuta, pela reflexão sobre sua vida pessoal e profissional, no processo de aprendizagem.

### Objetivo Geral

Conhecer o papel da Intervisão no fortalecimento da terapia comunitária e dos terapeutas e coterapeutas do M'boi Mirim.

### Objetivos Específicos

Conhecer os efeitos da Intervisão na formação profissional dos participantes

Conhecer os efeitos da Intervisão na história pessoal dos participantes.



### REFERÊNCIAS

- BARRENECHE-CORRALES, J. *Método autobiográfico: Pesquisa social: Histórias de vida ST 50 - Gênero, direito e psicanálise* em dissertação de mestrado "Refugiados colombianos no Brasil: interpretação de suas travessias internas". Barreche-Corrale, Johana. IFCR, UNICAMP, 2007.
- BARRETO, A de P. *Terapia Comunitária Passo a Passo*. 31 Ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.
- EREBEN, M. "Biografia e autobiografia". *Il significado del metodo autobiografico. Il metodo autobiografico. Semestre sulla condizione adulta e processi formativi* - 4. Otome, 1996. Milano, Edizione Angelo Guerini e Associati, 1996.
- FREIRE, P. "Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa". Paulo Freire - 31 edição, Editora: Paz e Terra, 2000.



CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS  
DR. JOÃO AMORIM



PREFEITURA DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE



## AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO DE CRIANÇAS DE 05 A 12 ANOS COM SOBREPESO EM DUAS EQUIPES DA ESF JARDIM CAIÇARA UBS JARDIM CAIÇARA

Enfermeira Patrícia Aparecida dos Santos e Mairim Debra Suarez Robles - Enfermeira

### INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença de alta prevalência no mundo e é responsável por sérias repercussões orgânicas e psicossociais, desde a infância até a vida adulta<sup>1</sup>. A obesidade é fator de risco para hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer<sup>2</sup>. Reconhecendo as implicações dos hábitos prejudiciais à saúde, faz-se necessário o estabelecimento de estratégias que influenciem mudanças comportamentais e, por conseguinte, o controle e prevenção de doenças ligadas ao estilo de vida<sup>3</sup>. O objetivo foi avaliar o perfil lipídico em crianças de 05 a 12 anos das equipes 7 e 8 da Unidade Básica de Saúde do Jardim Caiçara – São Paulo e estimular através do grupo de educação nutricional com os pais, realizado pela nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), hábitos de vida saudáveis, incluindo exercícios físicos, alimentação saudável e cuidados com o corpo.

### MÉTODO

Foi realizada uma consulta de enfermagem, com avaliação do peso, altura e IMC, solicitados exames laboratoriais e foi entregue a marcação do grupo de reeducação alimentar com a nutricionista. Foi realizada avaliação do colesterol e de triglicérides conforme tabela da Cienticalab. O grupo de reeducação alimentar foi realizado pela nutricionista do NASF no dia 30 de junho de 2015 às 9:00 na UBS Jardim Caiçara.

### RESULTADOS

Foi verificado que a metade das crianças avaliadas apresentaram níveis lipídicos limitrofes e 7 entre 10 crianças apresentaram algum tipo de obesidade.

### CONCLUSÃO

Houve um interesse dos pais pela pirâmide alimentar, e foram esclarecidas muitas dúvidas sobre alimentação adequada pela nutricionista do NASF, sendo de importância significativa a interação da unidade e serviços especializados nesse trabalho de reeducação alimentar.

### REFERÊNCIAS

- 1 - BERNARDI, Fabiana; CICHELERO, Cristiane; VITOLO, Márcia Regina. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Rev. Nutr., Campinas, v. 18, n. 1, Feb. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732005000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000100008>.
- 2 - SANTOS, Débora Martins; SICHIERI, Rosely – Rev. Saúde Pública - Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. Rio de Janeiro: 2005. p. 163<sup>9</sup>
- 3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n.12, Brasília: 2006, p.16.





## O MANEJO DA AMAMENTAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DO APOIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UBS JARDIM CAIÇARA NESTA PRÁTICA

### UBS JARDIM CAIÇARA

Elizabeth Satie Nakashima – Gerente/ Luzenilda Azevedo Alves – Enfermeira

#### INTRODUÇÃO

A amamentação é o ato de alimentar o bebê com o leite materno, vindo diretamente do peito, e deve ser exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida do bebê<sup>1</sup>. O leite materno é muito importante para o bebê, pois é um leite completo, contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas. No entanto, algumas das queixas comuns durante a amamentação é que elas não têm leite suficiente para seus filhos ou o leite é fraco<sup>2,3</sup>. Nesse contexto, observa-se a necessidade de rever o posicionamento do profissional diante da mulher que deseja amamentar. Na UBS Jardim Caiçara tem um grupo de amamentação que é realizado para as gestantes a partir de 28 semanas. Como a demanda ainda é pouca, os profissionais resolveram realizar esse trabalho como orientadores nos domicílios durante um período de 6 meses para saberem quais as dificuldades encontradas na amamentação.

#### MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e de caráter quantitativo realizada na UBS Jardim Caiçara no período de fevereiro a agosto de 2015. O trabalho foi realizado a partir de um questionário aplicado as nutrizes e de visitas domiciliares durante esse período de 6 meses e coleta de dados bibliográficos sobre amamentação.

#### RESULTADOS

Foi aplicado um questionário para 30 nutrizes na faixa etária de 15 a 38 anos de idade, das quais 20 são solteiras, 10 são casadas, 13 trabalham fora com carteira assinada, 17 não trabalham. Três nutrizes acham que amamentar é doloroso, 2 acham difícil e 25 acham fácil amamentar, onde 17 nutrizes continuam no aleitamento materno exclusivo e 13 estão no aleitamento materno complementado.

#### CONCLUSÃO

Muitas mães que deixaram de amamentar, justificaram o fato de terem interrompido a amamentação dizendo que tem pouco leite ou que o leite é fraco. As visitas dos profissionais de saúde nos domicílios das nutrizes foram de grande valia, pois os mesmos tiraram muitas dúvidas das nutrizes, tiveram o contato com os familiares, conheceram melhor o local onde elas amamentam. Esse acompanhamento por esse período de 6 meses foi muito valioso tanto para os profissionais de saúde como para as nutrizes.

#### REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada. Brasília: 2007. álbum seriado. 18p
- 2- ALMEIDA, J.A.G.de; Gomes, r. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 71-76, julho 1998.
- 3- SILVA, I.A. Enfermagem e Aleitamento Materno: combinando práticas seculares. rev.esc.enf.usp, v.34, n.4, p. 362-9, dez. 2000.



CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS  
"DR. JOÃO ANDROM"



SUS



PREFEITURA DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE



## DEPRESSÃO PÓS-PARTO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL UBS JARDIM CAIÇARA

Enfermeira Lorena Sousa Ruella Carvalho - Enfermeira

### INTRODUÇÃO

A DPP é um transtorno mental que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas que se iniciam de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto. Muitas vezes o diagnóstico é difícil, pois os sintomas podem ser facilmente confundidos com estresse ou tristeza corriqueira<sup>1</sup>. Os sintomas da DPP não se diferem muito dos sintomas de depressão comum que ocorre em outras fases da vida, sendo assim, pode ser diagnosticada e tratada se descoberta logo no seu estágio inicial. Contudo, infelizmente menos de 25% das mulheres acometidas têm acesso ao devido tratamento e apenas 50% dos casos de DPP são diagnosticados no estágio inicial<sup>1</sup>. Em São Paulo, numa amostra de 70 mulheres a prevalência de DPP encontrada foi de 37,1%, conforme apontado no estudo<sup>2</sup>. O objetivo é trazer o conhecimento geral, informações valiosas que podem por sua vez, auxiliar desde o diagnóstico até o tratamento da DPP.

### MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura, baseada em 16 artigos cuidadosamente analisados e selecionados, levando em consideração alguns critérios de exclusão, bem como sua relevância quanto ao tema.

### RESULTADOS

Os resultados encontrados nos artigos selecionados indicaram que a DPP no Brasil é tida como um importante problema de saúde pública, já que atualmente observa-se uma incidência de DPP de 10 a 42% em puérperas, sendo que aspectos socioeconômicos estão diretamente ligados ao desenvolvimento da DPP, uma vez que em mulheres de baixa renda a doença é mais frequente.

### CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que as precárias condições socioeconômicas da puérpera e a não aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciam o aparecimento de depressão no puerpério. A alta prevalência de depressão pós-parto encontrada reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento.

### REFERÊNCIAS

- 1- RUSCHI, G. E. C. et. al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29. n. 3, Porto Alegre, set./dez. 2007.
- 2- CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; CURY, A. F. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, v. 27, n. 4, Rio de Janeiro, abr. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000400004>>. Acesso em 12/03/2015.





## DIFICULDADES DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO SETOR DE CURATIVO DA UBS/ESF JARDIM CAIÇARA

### UBS/ESF JARDIM CAIÇARA

Mairim Debra Suarez Robles - Enfermeira  
Patrícia Aparecida dos Santos - Enfermeira

#### INTRODUÇÃO

A motivação para esse estudo surgiu a partir de dúvidas dos profissionais em relação à realização de troca de curativo, manuseio de coberturas especiais e realização de curativos. Uma vez que encontramos deficiência na grade curricular em relação a esta temática.

Cuidar de feridas é um processo dinâmico, complexo e que requer uma atenção especial, principalmente quando se refere à úlcera por pressão e feridas.<sup>1</sup>

Ferida é qualquer lesão no tecido epitelial, mucosas ou órgãos com prejuízo de suas funções básicas.<sup>2</sup>

Ferida é um problema sério que atinge entorno de 9% dos pacientes hospitalizados, principalmente os idosos e 23% dos pacientes acamados com cuidados domiciliares.<sup>3</sup>

#### MÉTODO

Realizamos um estudo de campo aplicando um termo de consentimento livre e esclarecido antes de realizarmos um pré-teste com a temática de curativos aplicados dentro do setor da unidade. O pré-teste apresenta 7 questões do quais abordam temas envolvendo: Limpeza da ferida, lesões não complexas, função da pele, procedimento de curativo, manuseio de cobertura especiais e localização anatômica.

#### RESULTADOS

Realizamos um pré-teste com os auxiliares de enfermagem da UBS/ESF Jardim Caiçara a fim de verificar: higienização da ferida, localização da ferida, manuseio de cobertura especial assim verificando o grau de instrução sobre a temática e pontuar as dificuldades encontradas para realizarmos o estudo.

Verificamos que há sim a deficiência em relação às temáticas pontuadas e que o curativo não é realizado de uma forma padrão havendo a necessidade de capacitação para os profissionais a fim de padronizar o procedimento e retirar dúvidas.

#### CONCLUSÃO

Verificamos que o papel do enfermeiro é de extrema importância a fim de explicar e retirar dúvidas dos auxiliares de enfermagem, pois pacientes com feridas necessitam de cuidados peculiares uma vez que a dor é a principal queixa deles. Sendo assim, oferecer-lhe melhor atendimento e capacitação é melhor opção uma vez que os auxiliares de enfermagem estão estritamente ligados a estes pacientes que vem a unidade para de trocar de curativos ou até mesmo retirar as dúvidas. Com este estudo verificamos que a padronização no setor de curativo é a garantia do trabalho com qualidade e a eficácia de uma cicatrização com sucesso.

#### REFERÊNCIAS

1. Candido LC. Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: Senac; 2001.
2. Bosqueiro MC, Guimarães C, Ferraz CRC, Bajay HM, Venega MC, Rogante MM, et al. Tratamento de ferida: grupo de estudos de feridas do hospital das Clínicas da Unicamp. [monografia] 1999.
3. Freitas Maria Célia de, Medeiros Adriana Bessa Fernandes, Guedes Maria Vilani Cavalcante, Almeida Paulo César de, Galiza Francisca Tereza de, Nogueira Jéssica de Menezes. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 Aug 25]; 32(1): 143-150. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-1447201100010019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-1447201100010019&lng=en).



CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS  
DR. JOÃO ANDROM



PREFEITURA DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE



## IMPLEMENTAÇÃO DE MÉTODOS DE IDENTIFICAÇÃO DE USUÁRIOS - SEGURANÇA NO ATENDIMENTO

### UBS VILA CALÚ

Angélica Kaoru Kajimoto Posseti  
Elisabete Pedra Domingues da Silva  
Eliene Ferreira Silva  
Janaina de Souza Maria Santos  
Luciana Pereira de Macedo Camelo



**Saúde da Família**

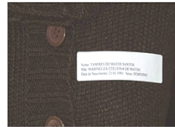
### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se assistido ao pleno desenvolvimento de política e estratégia globais em países com diferentes níveis de desenvolvimento. Dessa maneira, a opção estratégica pela segurança tem sido incluída nas agendas das instituições, organizações e sistemas de saúde. Mas, além de iniciativas que podem parecer uma questão de moda, a segurança do paciente tem fundamento legal e ético<sup>2</sup>.

A partir de 2006, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), acrescentou ao nível 1, o item gerenciamento de risco, exigindo que o critério de avaliação atenda aos requisitos formais, técnicos e de estrutura frente à segurança do paciente, conforme a legislação vigente<sup>3,4</sup>. Pensando nisso, o objetivo deste trabalho é discorrer sobre a experiência da implementação de métodos de identificação de usuários num serviço de saúde.

### MÉTODO

O presente trabalho propõe-se a descrever uma experiência exitosa na Unidade Básica de Saúde, Vila Calú situada no extremo Sul da Região de São Paulo, na implementação de métodos de identificação de usuários.



### RESULTADOS

Em abril de 2014 as comissões internas levantaram em discussões, a importância do processo de identificação. Instituiu-se então a entrega de crachás de identificação a todos os usuários e seus acompanhantes com a respectiva cor do seu setor de atendimento, contendo o cartão SUS como identificação dentro do crachá.

Em conjunto com esta ação, determinou-se a impressão de 4 etiquetas: 1 para identificação própria e as demais para identificação de formulários, contendo 3 descritores de identificação (nome, data nascimento e nome da mãe), para os usuários com consulta agendada, visando ainda a melhoria na legibilidade e identificação correta do paciente nos prontuários. Durante o atendimento, o profissional responsável confirma a identificação do usuário, confrontando com o crachá, e após o atendimento solicita a devolução do mesmo.

### CONCLUSÃO

A gestão eficiente do fluxo de usuários tornou-se um desafio para as instituições de saúde, sendo essencial assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa promovendo maiores níveis de segurança e satisfação.

Após efetividade do processo, notou-se a melhora nas ações de gerenciamento do fluxo de acesso e identificação dos mesmos, evitando esperas desnecessárias, troca de usuário em procedimentos e consultas, agilidade no atendimento, havendo ainda a possibilidade de ações setoriais imediatas.

O controle de acesso de pessoas é uma estratégia fundamental para garantir a segurança, uma vez que nele estão envolvidas pessoas, sendo eles colaboradores ou usuários.



### REFERÊNCIAS

- Oliveira, R. M.; Leição, I. M. T. A.; Silva, L. M. S.; Figueiredo, Sampaio; V. R. L. Gondim; M. M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery* 2014;18(1):122-129. <http://www.scielo.br/pdf>
- Quez, Á. A. M.; Monteiro, C. H.; Gonzalez, M. G.; Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(3):[08 telas] mai-jun 2010. <http://www.scielo.br/pdf>
- BASE, Tecnolgia Hídrica; LOURENÇO, Daniela Campos de Andrade; BIANCHINI, Suzana Maria and TRONCHINI, Daisy Maria Rizzato. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2013, vol.34, n. 3, pp. 196-200. ISSN 1983-1447. <http://www.scielo.br/scielo.php>





## PRÉ-NATAL DE GESTAÇÃO TRIGÊMELAR PELA ESF: RELATO DE CASO UBS - VILA CALU

Elisabete Pedra Domingues – Enfermeira ESF  
Laritzta Noriega Flores – Médica ESF – Programa Mais Médicos para o Brasil  
Agatha Rocha da Silva – Agente Comunitário de Saúde

### INTRODUÇÃO

Até a década de 70, a gestação tripla era um fenômeno exclusivamente espontâneo e bastante raro<sup>1</sup>. Segundo o Ministério da Saúde 2010, hoje a frequência com que ocorrem as gestações trigêmeas está relacionada aos procedimentos de reprodução humana assistida, também associados ao aumento da morbidade materna e mortalidade perinatal.<sup>2</sup> As complicações de gestação trigêmeas clínicas e obstétricas são frequentes, exigindo um pré-natal cuidadoso, e maior atenção à vitalidade fetal. Prematuridade é o maior desafio e os esforços se concentram no prolongamento da gravidez, visando melhorar as chances de sobrevivência dos neonatos.<sup>3</sup> Sendo a trigemelaridade natural um assunto atual e relevante e visto a importância da realização de um pré-natal seguro, adequado e garantido, este estudo tem por objetivo apresentar um relato de experiência vivido por uma Equipe Saúde da Família na periferia da região Sul de São Paulo.

### MÉTODO

Trata-se de um relato de caso acompanhado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) na condução do pré-natal de uma gestação trigêmea na UBS Vila Calu situada no extremo Sul da região de São Paulo. As experiências trazidas neste artigo são provenientes das visitas domiciliares, consultas, prontuários ocorridas nos meses de novembro de 2014 a maio de 2015.

### RESULTADOS

Gestante 33 anos, a abertura do SIS pré-natal ocorreu precocemente em 29/10/2014 no primeiro trimestre com 6 semanas. A gestação tripla foi corretamente diagnosticada pela USG, após ser encaminhada para Hospital de referência M'boi Mirim, classificando assim, alto risco. De acordo com protocolo do Ministério da Saúde, toda gestação de alto risco o atendimento deve ocorrer pela ESF e o Médico Especialista GO de Referência; sendo assim foi referenciada para unidade de alto risco. Realizadas 18 consultas sendo 6 delas no alto risco, acompanhada nas visitas domiciliares pela agente comunitária, enfermeira e médica da equipe. A gestação transcorreu sem alterações, não houve hospitalização, realizados 5 exames de USG, tratamento com ácido fólico, sulfato ferroso, e coleta de exames laboratoriais conforme orienta protocolo no 1º, 2º e 3º trimestre. Os exames como USG do primeiro trimestre forneceram subsídios importantes adequados ao acompanhamento. Houve o cuidado de encaminhar a gestante com 35 semanas para realização do parto cesáreo, como forma de segurança, face ao risco aumentado de complicações materno fetais, visto a gemelaridade tripla.

Em 09 de maio as trigêmeas univitelinas nasceram saudáveis, com 35 semanas de gestação, no Hospital público M' Boi Mirim, o qual realizou pela primeira vez desde sua inauguração em 2008 este tipo de parto. Com peso de 1.750g, 42cm (1º gemelar), 1.760g, 43cm (2º gemelar) e 1.725g, 40cm (3º gemelar), durante 35 dias permaneceram internadas para ganho de peso e treino de amamentação, nenhuma delas necessitaram de suporte oxigênio permanecendo em ambiente na Unidade de Cuidados Intermediários.



37 dias de vida



4 meses de vida

### CONCLUSÃO

Concluímos que, apesar de a gestação trigêmea ser rara em nossa vivência diária, os protocolos do Ministério da Saúde nos deram suporte suficiente para conduzir a assistência prestada no pré-natal, e forneceram informações úteis na orientação do casal, além de possibilitar o planejamento de estratégias eficazes para alcançarmos o sucesso. Constatou-se ainda o envolvimento da família em todo processo e a satisfação do profissional envolvido.

### REFERÊNCIAS

Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 2. ed. - São Paulo: SMS, 2012. 66 p. – (Série Enfermagem) Série Enfermagem Atenção Básica - SMS- São Paulo, 2015.  
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/sausedamulher>.







## A IMPLANTAÇÃO DA FERRAMENTA APORTE E DESENVOLVIMENTO NO PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL UBS - VILA CALU

Thomas Neves Beltrame – Encarregado Administrativo  
Neli Agenora da Silva – Gerente de UBS  
Ana Paula Machado – Supervisora de Serviço Social

### INTRODUÇÃO

Diante das necessidades e exigências atuais de mercado, as empresas têm buscado desenvolver o aporte de conhecimento de seus profissionais por meio do Plano de Desenvolvimento Individual – PDI. Tal plano tem por finalidade desenvolver competências necessárias nos profissionais que apresentam um baixo desempenho para que possam assumir determinadas funções dentro da organização e uma possível ascensão de sua carreira. Falconi Campo afirma que “para melhorar o ser humano é necessário fazer ‘APORTE DE CONHECIMENTO’”. (CAMPOS, 2004, p. 06) O PDI deve atender tanto os interesses da empresa, suas estratégias como também os anseios profissionais e pessoais do colaborador.

Se você quiser que eles deem tudo de si, ajude-os a descobrir qual é a sua contribuição no trabalho que realiza. O segredo está em fazer com que tenham mais autonomia e se sintam parte do “time”, e, mais do que tudo, ajam como se fossem donos da empresa. (BRUCE, 2006, p. 17).

Diante disso, a UBS Vila Calu busca apresentar com o presente trabalho a funcionalidade da ferramenta utilizada para monitoramento das ações mediante as avaliações do PDI.

### MÉTODOS

A UBS Vila Calu está localizada no distrito administrativo do Jardim Ângela, extremo sul da cidade de São Paulo. Atua na Atenção Básica e conta com quatro Equipes de Estratégia de Saúde da Família. Com os resultados do PDI, a Unidade buscou contribuir com o aprimoramento dos colaboradores e criou uma ferramenta de monitoramento de ações denominada “Aporte e Desenvolvimento”.

### RESULTADOS

Em setembro de 2014 foi realizado o processo de Avaliação de Desempenho pelos colaboradores dos Serviços de Saúde gerenciados pelo CEJAM.

Os resultados da Avaliação de Desempenho em Anexo I.

De posse dos resultados, foi identificada a necessidade de uma ferramenta de monitoramento, a qual foi obtida com o apoio da equipe de qualidade.

A ferramenta denominada “Aporte e Desenvolvimento” foi elaborada para possibilitar um acompanhamento mais eficiente do Plano de Desenvolvimento Individual e é monitorada pelo gerente ou encarregado do serviço de saúde.

Para cada competência em que seja gerado um PDI anualmente é definida uma ação de melhoria que busque aprimorar especificamente aquela competência deficiente. É estipulado um prazo e as responsabilidades são definidas pela liderança.

Quanto ao prazo estabelecido, no momento do feedback entre gestor, liderança e profissional é atribuída uma pontuação com a ferramenta GUT – Gravidade, Urgência e Tendência. O maior número apontado pela GUT deve ser levado em consideração no que diz respeito aos prazos. Independentemente dos prazos, o gestor local realizará o acompanhamento mensal das ações de melhoria, definindo o status de cada uma delas.

Nível Médio		Nível Superior	
Melhor Desempenho	Pior Desempenho	Melhor Desempenho	Pior Desempenho
Foco	Administrar conflitos	Conhecimento Técnico	Organização
Produtividade	Adaptação	Empatia	Cursos de especialização durante o ano
Conhecimento da Felção Terceirão	Criatividade	Respeito à Cultura, tradições, costumes e crenças	Estabelecer prioridades
Recursos			

Das 44 avaliações, foram gerados Planos de Desenvolvimento Individual- PDI para 15 colaboradores

### CONCLUSÃO

Concluímos que a implantação da ferramenta fortaleceu a capacidade da instituição em manter o compromisso tanto dos colaboradores quanto dos gestores em contribuir com o amadurecimento institucional decorrente do aperfeiçoamento das competências de maior fragilidade dos colaboradores e propondo ações consensuais objetivando a melhora contínua.

### REFERÊNCIAS

- Chiavenato, Idalberto – Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações – 4ª edição – Barueri, SP: Manole, 2014
- Chiavenato, Idalberto – Desempenho humano nas empresas: como desenhar cargos e avaliar o desempenho para alcançar resultados – 6ª edição revista e atualizada – Barueri, SP: Manole, 2009. (Série recursos humanos)
- CAMPUS, Vicente Falconi. TQC – Controle da Qualidade Total no estilo japonês. Minas Gerais: Editora Falconi, 2004.
- BRUCE, Anne. Como motivar sua equipe. Trad. Eduardo Refkaleff. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.



## ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE O PRIMEIRO ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE QUEIMADURA EM UM HOSPITAL PÚBLICO

HORA CERTA M'BOI MIRIM I

Nayara Aguilar Rezende/Enfermeira

### INTRODUÇÃO

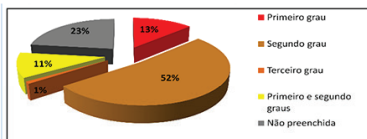
Paciente queimado é aquele que foi vítima direta ou indiretamente de injúria térmica, química, elétrica ou radioativa podendo esta injúria ser decorrente de alguns fatores desencadeantes como chamas, líquidos ou superfícies superaquecidas, frio, atrito ou fricção, causando lesões de maior ou menor complexidade, com a capacidade total ou parcial de destruição do tecido de revestimento corporal. Este estudo teve como objetivo identificar o perfil dos pacientes vítimas de queimaduras atendidos em um hospital geral da rede pública da Região Sul da cidade de São Paulo<sup>1</sup>.

### MÉTODO

Estudo do tipo interrelacional desenvolvimental retrospectivo através de formulário específico aplicado a 158 casos de atendimento. A análise foi realizada por meio de estatística descritiva<sup>2</sup>.

### RESULTADOS

A maioria dos pacientes era do sexo feminino (53,79%) da faixa etária de 31 a 40 e 41 a 50 anos, dentre as vítimas, 46,20% se declarou parda; a maioria da lesões foi de 2º grau (52%) sendo causadas por escaldadura de líquidos aquecidos (41,14%). O principal tratamento das lesões foi o curativo de sulfadiazina de prata (39,87%). A maioria dos pacientes atendidos receberam alta após atendimento (78,48%).



Variáveis	Categorias mais frequentes	%
Faixa etária	31 a 40 anos	22,15
Gênero	Feminino	53,79
Cor/Raça	Parda	46,20
Região	Mãos	25,95
Fator Causador	Líquido aquecido	41,14
Tipo	2º Grau	52,00
Tratamento	Curativo com Sulfadiazina	39,87
Resultados	Alta	78,48

### CONCLUSÃO

Concluiu-se que o perfil epidemiológico deste estudo destacou as principais características destes pacientes com o intuito de fornecer subsídios para posteriores intervenções de prevenção.

### REFERÊNCIAS

- 1- Tavares CS, Hora EC. Caracterização das vítimas de queimaduras em seguimento ambulatorial. Rev Bras Queimad. 2011; 10(4): 119-23.
- 2- Bello A. Análise descritiva de dados. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem . 4º ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2001.



**A redução da mortalidade por câncer de mama feminina na microrregião M’Boi Mirim como resultante da estratégia de parcerias público-privadas promovidas pelo Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” – CEJAM, durante vigência de Contrato de Gestão celebrado com a Prefeitura Municipal de São Paulo, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde**

**AMA PQ. STO. ANTÔNIO**

Sidney Rodrigo Balada Galarce

## INTRODUÇÃO

Promoção de parcerias público-privadas para atuação na redução do indicador de mortalidade por câncer de mama feminina na microrregião de M’Boi Mirim.

## MÉTODO

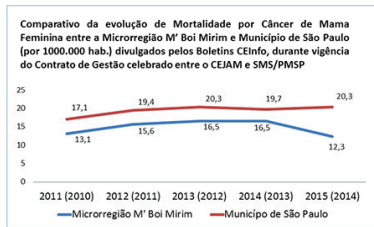
Análise comparativa do indicador de mortalidade por câncer de mama feminina apresentados nos últimos cinco Boletins da Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – CEInfo.

## RESULTADOS

A atuação conjunta de parcerias publico-privadas reduziu os indicadores de mortalidade por câncer de mama feminina na microrregião do M’Boi Mirim.

## CONCLUSÃO

O CEJAM entende que as parcerias público-privadas podem potencializar as ações de assistência desenvolvida pela Administração Direta.



## REFERÊNCIAS

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Boletins da Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo [acesso em 17 de set de 2015]. Disponível em:

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia\\_e\\_informacao/index.php?p=19289](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=19289)





## Grupo de Primeira Avaliação Infantil: Dispositivo de apoio diagnóstico CAPS II INFANTIL M BOI MIRIM

Beatriz Ruiz / Terapeuta Ocupacional  
Marcela Cury / Psicóloga  
Roberta Santos / Terapeuta Ocupacional  
Tatiane Rizzo / Fonoaudióloga  
Thais Takemoto / Psicóloga

### INTRODUÇÃO

Este trabalho propõe compartilhar a estratégia do Grupo de Primeira Avaliação Infantil do CAPS II M'Boi Mirim no processo investigativo – dispositivo de avaliação dinâmica e ampliada para verificação da necessidade ou não de tratamento no CAPSII. O grupo se apoia em três dispositivos embasados na psicanálise: 1) *Psicodiagnóstico Interventivo*: compreensão da totalidade do fenômeno em questão, desde a demanda manifesta até influências da dinâmica familiar sobre o desenvolvimento emocional da mesma; 2) *Entrevista Lúdica*: brinquedo como elo que possibilita ligar o mundo externo e o interno da criança, sua realidade objetiva e suas fantasias, sendo seu principal meio de comunicação - o brincar tem função essencial para conhecer a criança, sua vida, subjetividade e situação atual, já que é sua principal forma de expressão; 3) *Dispositivo Grupal*: dispõe do acaso e do inesperado a partir das relações que se formam, das situações lúdicas criadas e dos diferentes depoimentos trazidos; possibilita a criação de diferentes dinâmicas que desconstruam resistências e elucidam a real dinâmica familiar e psíquica.

### MÉTODO

Relato do desenvolvimento do grupo avaliação infantil: duração de uma hora e meia; condução por dupla de profissionais (psicólogos, fonoaudiólogos ou terapeutas ocupacionais); público-alvo: crianças em processo de avaliação. Grupo ocorre nas seguintes etapas: 1. *Contrato*: apresentação do serviço, fluxo/formato e proposta do grupo; 2. *Grupo das responsáveis*: coleta de informações sobre a criança (desenvolvimento, cotidiano, dados escolares, etc) e observação da dinâmica/papeis estabelecidos nas famílias através de entrevista interventiva, ou seja, com pontuações terapêuticas que buscam conscientização e transformações; 3. *Grupo das Crianças*: avaliação lúdico-terapêutica da maturação psíquica e orgânica, comunicação, cognição, (in)dependência, interação, posicionamento no grupo, comportamento e desenvolvimento da brincadeira e/ou produção gráfica – busca por alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e sinais de risco psicopatológicos de maior gravidade (crise); 4. *Devolutiva compreensiva-interventiva*: devolução do entendimento da equipe das questões e sugestão de atendimento(s);

### RESULTADOS

Compreensão da criança em sua subjetividade, de modo a identificar se a demanda no caso atende aos critérios para CAPSII. Caso se identifique tal nível de comprometimento, opta-se pela inserção no serviço; caso contrário, equipe segue o fluxo de encaminhamento implicado ao tratamento pertinente à demanda elucidada.

### CONCLUSÃO

Grupo mostra-se efetivo em seus objetivos específicos (compreender a demanda para inserir ou encaminhar), bem como nos secundários (intervenção terapêutica que promove já na avaliação mudanças de posicionamento subjetivo da criança e familiares). Dispositivo favorece fluxo eficiente e criterioso para não institucionalizar ou estigmatizar a criança, apontando questões também relativas ao contexto e desenvolvimento.

### REFERÊNCIAS

- Fonseca JF, Carlos KA, Gonçalves CMTS. Sintomatologia apresentada pela criança que participa de um processo psicodiagnóstico do tipo compreensivo: um estudo de caso. X Encontro de Iniciação à Docência, Paraíba, Universidade Federal da Paraíba/PRG, p. 1-6, 2008.
- Zavaschi MLS, Bergman DS. Centro de Atendimento psicossocial da Infância e da Adolescência (CAPSI). Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. São Paulo, Atheneu, 2012.





## A EXPRESSÃO ARTÍSTICA COMO ABORDAGEM ÀS FAMÍLIAS SOBRE OS DIREITOS NO SERVIÇO SOCIAL

CAPS INFANTIL II M'BOI MIRIM

Irene Gonçalves De Mello/ Assistente Social

### INTRODUÇÃO

O CAPS Infantil II M'Boi Mirim atende crianças e adolescentes com transtornos mentais severos acompanhados de suas famílias, visando o tratamento, a integração, inclusão social, com atendimentos multiprofissionais através de atividades terapêuticas. O trabalho com as famílias, realizado pelo Serviço Social objetiva apoiar estas no tratamento de seus filhos, bem como levar informações de cidadania e direitos, abordando temas, como violência doméstica, cidadania, estatuto da criança e do adolescente, políticas públicas entre outros. Para que os temas sejam assimilados e compreendidos pelas famílias positivamente, a proposta é incentivar a participação e discussão destes de forma descontraída, lúdica e com linguagem acessível à população alvo. Segundo Miotto (2002, pág.11), *"as ações socioeducativas estão relacionadas às ações que, através da informação, da reflexão ou mesmo da relação, visam provocar mudanças (valores, modos de vida)"*. Segundo Engelmann, *"a arte possibilita o ser humano a construir, reconhecer a sua própria cultura"*. (2008 p. 24).

### MÉTODO

São realizadas atividades semanais estruturadas no serviço, onde desenvolvemos propostas: dinâmicas de grupos, vivências, música, teatro, jogos, vídeos.

### RESULTADOS

É possível perceber que as utilizações das expressões artísticas e lúdicas favorecem a assimilação dos assuntos e descontração dos participantes, que consequentemente, se mostram mais espontâneos e colaborativos no processo terapêutico dos filhos.

### CONCLUSÃO

O trabalho informativo e educativo realizado de forma lúdica e artística, contribui positivamente para o fortalecimento e flexibilidade nas relações familiares, na redução de agravos, na autonomia, na percepção de futuro, na responsabilidade familiar/social e na apropriação dos direitos.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental no SUS, Os Centros de Atenção Psicossocial, Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil; Brasília, DF: Senado Federal, 1988;
- Miotto RCT. Reconstituindo o processo: a construção de uma outra cartografia para intervenção profissional dos assistentes sociais com famílias. Projeto de pesquisa. Florianópolis, 2002.
- Engelmann AA. Filosofia da Arte. Curitiba. Ibpx. 2008.





## A IMPORTÂNCIA DO ESPAÇO TERAPÊUTICO PARA FAMILIARES: ATIVIDADE EXTRAMURO CAPS INFANTIL M'BOI MIRIM

Maria Aparecida de O. Martins e Mônica Maia Prado/ Assistente Social e Farmacêutica

### INTRODUÇÃO

O acompanhamento oferecido pelo CAPS Infantil II M'Boi Mirim tem como objeto tanto crianças e adolescentes com transtornos mentais como a unidade familiar, a qual passa por situações de desgaste físico e emocional. No CAPS os familiares devem encontrar suporte adequado e apoio para manejar os usuários do serviço no domicílio e nas relações intrafamiliares. Para tanto, desenvolvemos alguns grupos de família, os quais contemplam ações de promoção da contratualidade *"Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiano-casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia."* (Coordenação de Saúde Mental, SMS, abril/2014).

Assim, definimos o primeiro passeio do grupo de familiares à praia como uma atividade extramuro. Esta atividade extramuro visou promover ao cuidador o conhecimento de um espaço terapêutico fora do seu território de convivência, fortalecer o vínculo do cuidador através do compartilhamento e troca de experiências, com o tratamento da criança ou adolescente, em projeto terapêutico singular (PTS) no serviço e promover a participação dos demais familiares corresponsáveis no cuidado da criança ou adolescente.

### MÉTODO

Relato de experiência de atividade extramuro com familiares que realizam acompanhamento no CAPSi. O evento foi planejado e estruturado pelos próprios integrantes do grupo sob supervisão dos colaboradores.

### RESULTADOS

Foi observado que este grupo ampliou o vínculo e a assiduidade no serviço; promoveu uma mudança na rotina dos familiares; sensibilizou os demais membros da família para participar do tratamento da criança no serviço e na residência.

### CONCLUSÃO

Concluímos que as ações de promoção de contratualidade são de suma importância em função do reconhecimento destas como um espaço terapêutico, de troca de experiências e de fortalecimento. A valorização dos familiares como protagonistas de ações e inclusão nos serviços de saúde mental.

### REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil [Internet]. Brasília, 2005 [Citado em 2015 Set 27]. [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)





## A luta antimanicomial em ato: a mudança da história de um adolescente institucionalizado desde a infância pelo acompanhamento psicossocial

CAPS INFANTIL II M'BOI MIRIM  
Marcela Morgado Cury / Psicóloga

### INTRODUÇÃO

Este trabalho propõe compartilhar estratégias do CAPS Infantil II M' Boi Mirim para a desconstrução da lógica manicomial ainda presente na sociedade. Enraizada nos valores sociais que estigmatizam a diferença por causar estranheza, tal lógica coisifica sujeitos que têm formas de ser recusadas pela normalidade construída socialmente, mas que também têm direitos, inclusive de serem diferentes e respeitados. Conforme a portaria 3088/2011, o CAPSI deve articular a rede, de modo a promover acompanhamento psicossocial às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, seguindo algumas diretrizes, dentre elas, a de respeitar direitos humanos, garantir autonomia, liberdade e exercício de cidadania. Portanto, promover cuidado que respeite o sujeito e combater a exclusão não é apenas mudar formato e discurso institucional: a luta antimanicomial impulsiona a desconstrução cotidiana na prática dos serviços de visões que, pela rotina, dificuldades e discursos sociais, objetificam o sujeito.

### MÉTODO

Relato de caso de institucionalização desde a infância até inserção no CAPSI: prognóstico desfavorável por quadro de significativa gravidade agravado por carência global de estimulação e exclusão social - medicalizado desde os 2 anos, sem escola ou tratamento até seus 16 anos; sucessivas internações e condutas desumanas - período almejado em domicílio. A partir do acompanhamento no serviço com projeto terapêutico singular em rede (oficinas terapêuticas, atendimentos nucleares com a família e articulações intersetoriais para ampliação clínica), o lugar social do adolescente começou a mudar: a suposição de um sujeito desejante, até então coisificado, pode dar voz e atribuir sentido às suas manifestações agressivas e falas aparentemente sem sentido; a família também pode começar a desconstruir papéis naquela dinâmica adoecida.

### RESULTADOS

A visão de "tratamento" da família (internação) e o histórico de recusas de cuidado e de possibilidades de pertencimento no coletivo elucidam a manutenção ainda atual da lógica hospitalocêntrica/manicomial que começou a ser desconstruída a partir de um novo olhar e posicionamento frente a suas formas de reagir ao sofrimento. Essa inédita forma de relação com o outro produziu uma importante mudança na posição subjetiva no caso: a aposta no adolescente, não mais assujeitado, potencializou protagonismo e evoluções prognósticas que vem evitando, há dois anos, internações e favorecem maior autonomia e laços sociais possíveis (ex: inserção no CECCO e APD). Com a quebra de paradigma pelo CAPSI, compreendendo seu diferente jeito-de-ser, nomeando suas frustrações e sofrimento canalizados em atos de fúria, tal comportamento pôde dar lugar a falas mais enlaçadas; a psicoterapia familiar e o trabalho extramuros favoreceram a ressignificação de seu espaço na família e sociedade.

### CONCLUSÃO

A luta antimanicomial não acabou; se faz a cada discussão, reavaliação, desconstrução de olhar, buscas por parcerias e quebras de (pré)conceitos. O adolescente ainda tem dificuldades que impulsionam a descrença familiar de sustentar seu lugar social, mas o CAPSI permanece na direção de um tratamento "estratégico para a inclusão social (...) através de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e nos vários espaços da cidade" (RAPS - 3088/2011). Este serviço luta cotidianamente por mudanças na compreensão social e na posição de seus usuários em sociedade.

### BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Portaria MS nº 3088. Brasília 2011





## APOIO MATRICIAL NO ÂMBITO ESCOLAR CAPS II INFANTIL M'BOI MIRIM

Deise Marques Trindade – Assistente Social e Tatiane Debortoli Rizzo – Fonoaudióloga

### INTRODUÇÃO

O espaço escolar é um ambiente privilegiado para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, tanto na promoção de fatores protetivos quanto na identificação de riscos e na redução de danos psicossociais. Conforme dados encontrados na cartilha da Atenção Psicossocial do SUS (2014) “a promoção de ambientes, ações e situações que visem ao desenvolvimento saudável de acolhida e aceitação, bem como de espaços reflexivos e críticos sobre quaisquer problemas identificados” (p.39). Sobre isso Bastos (2003) afirma que a troca de experiências e a interlocução entre pares possibilitam aos professores se interrogar a respeito das diferentes significações atribuídas aos “sintomas” dessas crianças, além de poder refletir sobre o mal-estar inerente ao campo da educação. Desta forma, a partir da escuta às diversas queixas e dificuldades dos educadores nas escolas do território apresenta-se esta proposta de trabalho como dispositivo para oferecer apoio matricial visando acolhimento, escuta e sensibilização ao trabalho de inclusão do aluno com algum tipo de transtorno mental. Cabe conceituar que o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada à equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa visando a ampliação da eficácia de sua atuação.

### MÉTODO

Relato de experiência do apoio matricial no âmbito escolar, realizado em encontros mensais com a duração de 1h. O projeto de intervenção prevê oito encontros: 1.Apresentação do projeto piloto, qualificação do atendimento e encaminhamento do CAPSi, 2.Rede de Atenção Psicossocial, 3.Rede Socioassistencial, 4.Projeto Terapêutico Singular os demais serão destinados a discussão de casos escolhidos pela escola. Ao final do processo, para avaliação qualitativa será aplicado um questionário sobre o trabalho oferecido.

### RESULTADOS

Ao final do projeto espera-se o fortalecimento das relações entre professores/alunos/familiares, favorecendo adesão e vinculação dos alunos aos equipamentos de saúde mental; melhoria na articulação da rede, visando o encaminhamento implicado; corresponsabilização dos educadores às questões do cuidado a saúde mental; melhora no manejo dos professores quanto às demandas de saúde mental.

### CONCLUSÃO

O método utilizado potencializa as transformações individuais e coletivas, a partir da quebra de paradigmas entre saúde mental e educação, favorecendo o desenvolvimento de habilidades/ potencialidades no enfrentamento do sofrimento psíquico e na ressignificação dos papéis dos educadores e alunos.

### REFERÊNCIAS

- Bastos, M. B. Inclusão escolar: um trabalho com professores a partir de operadores da psicanálise. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2003.
- Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público, Brasília; 2014.







## Expressão corporal na reabilitação psicossocial CAPS II INFANTIL M BOI'MIRIM

Roberta Gastaldelli Tavaloro Santos - Terapeuta Ocupacional

### INTRODUÇÃO

A expressão corporal é a manifestação de sentimentos ou de sensações internas, tanto quanto de conteúdos mentais quanto por meio de movimentos representativos ou simbólicos do corpo.

A utilização da prática corporal oferece ao usuário oportunidades para envolver-se ativamente na construção de sua realidade existencial, vivenciando sua própria subjetividade, de modo a constituir-se como pessoa, resignificando cenas do seu cotidiano.

Desta forma, trabalhar estes elementos permite a reapropriação do corpo e de suas sensações, permite a percepção dos sentimentos. Sensibilizar os usuários para o trabalho com o corpo e a redescoberta de novas formas de expressão e até mesmo de linguagem, significa dar lugar às novas dimensões de sua existência, poderá favorecer o rompimento de cristalizações ou até mesmo “das marcas” que a experiência de viver deixa no corpo.

### MÉTODO

Relato de experiência do grupo de expressão corporal. Este grupo se utiliza principalmente do incentivo e da sensibilização do usuário, para experimentar a vivência da simulação de sentimentos através da movimentação espontânea ou dirigida. Esta técnica favorece que diversas emoções sejam simbolicamente enfrentadas durante os exercícios e atividades propostas, isto possibilita a integração de conhecimentos/experiências anteriormente adquiridas e ainda favorece o bem-estar com a prática de exercícios físicos. Os temas são semi-dirigidos, isto é, estruturados previamente, no entanto em alguns momentos os participantes propõem atividades favorecendo a criatividade e movimentação espontânea.

### RESULTADOS

- Apropriação do espaço físico
- Melhoria no empoderamento do corpo, postura e suas formas de expressão.
- Obtenção ou evolução das noções de tempo e espaço e desenvolvimento da grupalidade.
- Aumento no desenvolvimento da coordenação motora.
- Maior conhecimento de seu corpo e dos movimentos e sensações possíveis.
- Adaptação comportamental em resposta a demanda do ambiente.

### CONCLUSÃO

O que se percebe nesse processo é a potencialização das diversas formas de expressão do corpo do sujeito, a possibilidade de “desmecanização”, além do autoconhecimento corporal e sensações.

Apropria-se progressivamente da imagem global de seu corpo, conhecendo e identificando seus segmentos e elementos, desenvolvendo cada vez mais uma atitude de interesse e cuidado com o próprio corpo.

### REFERÊNCIAS

- LIBERMAN, Flávia. O corpo como produção da subjetividade. *Cadernos de Subjetividade* - Dossiê: Corpo. PUC-SP, São Paulo, 5 (2): 371-383, dezembro 1997.
- LIBERMAN, Flávia. *Danças em Terapia Ocupacional*. São Paulo: Summus, 1998.

33





## PERFIL DE USUÁRIOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE HERNIORRAFIA SEGUNDO INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA EM UM HOSPITAL DIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO HOSPITAL DIA – HORA CERTA M'BOI MIRIM II

Karine Aguiar Machado – Enfermeiro

Thatiane Cristina Cardoso Faria Kletlinguer – Supervisor Técnico de Saúde

### INTRODUÇÃO

A mudança do pensamento médico sobre o valor terapêutico do repouso no pós-operatório abriu perspectiva para o desenvolvimento da cirurgia ambulatorial<sup>1</sup>. A cirurgia ambulatorial permite três grandes vantagens: menor custo, menor taxa de infecção e um maior número de atendimentos<sup>3</sup>. Entre as cirurgias de baixo risco e pequeno porte a herniorrafia é considerada uma das eleitas para serem realizadas a nível ambulatorial<sup>4</sup>. A Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) é uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil, ocupando a terceira posição entre todas as infecções. Sua incidência em média é de 2% a 5% para as cirurgias consideradas "limpas". O objetivo deste trabalho é caracterizar o perfil dos usuários submetidos à cirurgia de herniorrafia em Unidade Hospital Dia na região do extremo Sul da cidade de São Paulo, além de avaliar a incidência de infecções de sítios cirúrgicos.

### MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo realizado em um Hospital Dia. A amostra, determinada por procedimento não probabilístico, por conveniência, foi constituída por 110 pacientes, no período de 1º de março a 31 de agosto de 2015.

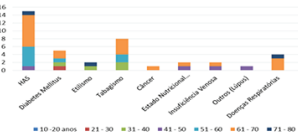
### RESULTADOS

Observa-se nos gráficos abaixo o indicador complicação pós-operatória segundo o gênero e o tipo de complicação. Verifica-se que 24 (21,81%) cirurgias de herniorrafias realizadas nesta amostragem tiveram pelo menos 1 sinal ou sintoma de complicação, sendo que destas complicações foi considerada infecção somente aquela que desenvolveu exsudato purulento e/ou reabordagem cirúrgica por deiscência associada a outros sinais e sintomas infecciosos<sup>5</sup>.



Quanto aos fatores de risco relacionados à faixa etária destacam-se maior incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) acima de 51 anos e doenças respiratórias acima de 61 anos.

### Fatores de Risco x Faixa Etária



A respeito dos cuidados pós-operatórios, segundo orientações da equipe de enfermagem, uma grande adesão aos cuidados pós-operatórios, sendo executados acima de 78% pelos usuários entrevistados.

Clinicamente, a ferida cirúrgica é considerada infectada quando existe presença de drenagem purulenta pela cicatriz. Esta pode estar associada à presença de eritema, edema, calor rubor, deiscência e abscesso. O gráfico 5 descreve a incidência de complicações que podem estar associadas.

### Sinais/Sintomas de Complicações



Estes estudo identificou duas (1,81%) infecções de sítio cirúrgico, sendo uma (1) devido à deiscência associada a eritema e edema que evoluiu para reabordagem cirúrgica e a outra com presença de exsudato purulento. As demais complicações discutidas foram classificadas como eventos característicos do processo de cicatrização da ferida operatória.

### CONCLUSÃO

Os dados obtidos neste estudo permitiram evidenciar que os pacientes atendidos tiveram excelente aderência aos cuidados pós-operatórios, orientados pela equipe de enfermagem, relacionando-se positivamente com a baixa taxa de infecção de sítio cirúrgico, contemplada aos parâmetros aplicados pela Center for Diseases Control and Prevention (CDC), em Atlanta/EUA, que varia de 2 a 5% em cirurgias consideradas limpas. Frente aos resultados observados, recomenda-se o incentivo à educação permanente dos usuários e dos profissionais de saúde a fim de mantermos as taxas de infecção de sítio cirúrgico baixas e boa aderência terapêutica.

### REFERÊNCIAS

- Palumbo LT, Paul RE, Emery FB. Results of primary inguinal hernioplasty. Arch. surg. 1952;64:384-94.
- Glassow F. Inguinal hernia repair using local anesthesia. Ann. royal coll. surg. engl. 1986;66:382-7.
- Ferrez EA. Infecção da ferida na Cirurgia do Aparelho Digestivo. Tese apresentada para provimento da vaga de Prof. Titular da Cirurgia Abdominal do CCS da UFPE, 1990.
- Kark AE, Kürzer MN, Belsham PA - Three thousand one hundred seventy-five primary inguinal hernia repairs: advantages of ambulatory open mesh repair using local anesthesia. J Am Coll Surg. 1998;186(4):447-556.





## A INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE NA PROMOÇÃO DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA UBS JARDIM MARACÁ

Everton Tumilheiro Rafael / Agente de Promoção Ambiental

### INTRODUÇÃO

A promoção de saúde tem sido motivo de uma constante busca de um valor conceitual consistente em que o importante papel das determinantes sociais sobre as condições de saúde vem se destacando<sup>1, 2</sup>. Segundo Silva<sup>3</sup>, "ante a complexidade do ideário socioambiental de promoção da saúde visualizam-se li-mites nas intervenções setoriais, isoladas e frag-mentadas". Presença de lixo, problemas com arborização e energia elétrica, canteiro central de aparência desagradável, odor, acessibilidade prejudicada, presença de animais sinantrópicos e, ainda, uma área particular de esgoto ao céu aberto, eram os principais fatores da popularmente conhecida rua Gêmeas, além disso, riscos de desabamento por toda a rua.

### MÉTODO

Sensibilizada diante dessa realidade, a Agente Comunitária de Saúde discutiu o caso com o Agente de Promoção Ambiental (APA) e o Gestor Local do "Programa Ambientes Verdes e Saudáveis" (PAVS) e realizaram reuniões com a comunidade, inicialmente, com quatro moradores em uma garagem cedida por um deles. Foram convidados os demais profissionais da Equipe Saúde da Família (cor vermelha) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em grupos educativos de saúde. Moradores eram incentivados a utilizarem ferramentas públicas de solicitação de serviços. Juntamente ao Gerente da UBS, foram contatados através de ofícios, e-mails e reuniões, com apoio da STS-CL, outros setores do governo local. Setores de limpeza urbana, fiscalização, obras, meio ambiente, saneamento básico, iluminação/energia elétrica, ONG de serviço social e outros atores de políticas públicas participaram desse processo.

### RESULTADOS

Revitalização da rua (figuras 1 e 2), instalação da Academia da Terceira Idade (ATI – figura 3) e moradores sensibilizados (figura 4).

### CONCLUSÃO

Diante de uma realidade multidimensional de território, se requer práticas profissionais interdisciplinares e estratégias intersetoriais para a promoção da saúde de indivíduos e comunidades. Profissionais da ESF possuem ferramentas dialógicas e viabilizam a operacionalização de ações de diversos atores e setores locais.

### REFERÊNCIAS

<sup>1</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

<sup>2</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – 3 ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

<sup>3</sup>Silva, KL. et. al. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4361-4370, 2014





## GRUPO DE GESTANTES COMO FERRAMENTA DE ADEÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LUAR DO SERTÃO Enfª Karine Rodrigues Jardim; Enfª Lília Lucia Costa Dias

### INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo revisar na literatura a importância da educação em saúde das gestantes na adesão ao aleitamento materno exclusivo.

### MÉTODO

Revisão narrativa da literatura de artigos. Descritores: educação em saúde, aleitamento materno e pré-natal. Bases de dados: Scielo e Lilacs. Critérios de inclusão: Artigos em língua portuguesa/inglesa e relacionados com o tema. Foram selecionados 6 artigos dos 35 encontrados.

### RESULTADOS

A educação das mulheres para a lactação durante o período pré-natal contribui para o sucesso do aleitamento materno; identificação precoce das gestantes resistentes ao aleitamento materno exclusivo; necessidade de apoio às equipes, para que se mantenham seguras em suas habilidades e conhecimentos, para a contínua promoção do aleitamento materno; a mãe com autoestima assegurada é capaz de resistir a pressões contra amamentação; a consulta de enfermagem é insuficiente para tirar as dúvidas. Aparentemente, há uma falha nas ações educativas durante o pré-natal.

### CONCLUSÃO

É necessária a persistência dos profissionais, no sentido de que sejam propostas e implementadas atividades e estratégias que visem à melhoria das ações educativas no pré-natal.

### REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Breast-feeding. The technical basis and recommendations for action. Geneva: World Health Organization; 1993.  
Ciampo LAD, Ferraz IS, Daneluzzi JC, Ricco RG, Junior CEM. Aleitamento Materno Exclusivo: Do Discurso à Prática. São Paulo, 2008.





## DESIGN THINKING COMO MÉTODO INTERVENTIVO NA PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Roger Fonseca Franca – Gerente da UBS Horizonte Azul  
Caroline Carapiá Ribas Lisboa – Gerente Administrativa Regional

### INTRODUÇÃO

Design Thinking se refere à maneira do designer de pensar partindo da premissa de que não se pode solucionar problemas com o mesmo tipo de pensamento que os criou.<sup>3,4</sup> É uma estratégia que permite a atuação em diversas situações, desde a elaboração de um projeto, criação de um serviço, ou resolução de problemas complexos através de um processo iterativo que envolve empatia, ideação e prototipação.<sup>2,3</sup> A escolha de uma abordagem metodológica baseada em Design Thinking se torna totalmente adequada para apoiar a inovação no SUS pois, além de tornar compreensível e interpretável a complexidade de situações e problemas de governo, este processo é reconhecidamente uma abordagem de rápida execução e implementação, que permite a co-criação de serviços. Design de Serviços é uma técnica interdisciplinar para auxiliar na inovação/aperefeiçoamento de serviços a fim de torná-los mais eficientes e eficazes.<sup>1,3</sup> Foi objetivo deste estudo transformar a prática de profissionais em relação à vigilância dos marcos do desenvolvimento infantil nas Unidades Básicas de Saúde, em um curto espaço de tempo, utilizando o Design Thinking.

### MÉTODO

A intervenção foi realizada com 170 profissionais das UBS Jd. Macedônia, Pq. Do Engenho e Luar do Sertão por meio de duas oficinas com carga horária total de 8 horas. Na primeira sessão os profissionais foram sensibilizados para um olhar ampliado no que tange a Atenção à Saúde da Criança, e então, foram desafiados a melhorar, em pouco tempo, o preenchimento dos marcos do desenvolvimento infantil, utilizando métodos criativos e inovadores. Todos realizaram uma atividade de empatia, com o objetivo de conhecerem o problema, testando o próprio serviço onde estão inseridos. A segunda sessão foi composta por quatro fases: descobrir, definir, desenvolver e entregar, utilizando-se dos conceitos e ferramentas do Design Thinking para otimizar o processo de elaboração do projeto. Após o término do processo, as equipes elaboraram um protótipo com a finalidade de testar e identificar falhas na ideia a ser implementada. Para finalizar, todas as ESF preencheram o PM Canvas, ferramenta de elaboração de projetos, que servirá de guia para a execução das ações durante os próximos 4 meses.

### RESULTADOS

A utilização do Design Thinking na Atenção Básica se mostrou eficaz pois em um curto período de tempo foi capaz de fazer com que as equipes elaborassem soluções específicas para a sua realidade. Portanto, este trabalho resultou em acelerar o processo de desenvolvimento das equipes, fazendo com que cada uma percorresse caminhos diferentes, mas visando o mesmo objetivo. No final da intervenção obteve-se 18 projetos estruturados para atingir a meta estabelecida de preenchimento adequado das Cadermetas de Saúde da Criança.

### CONCLUSÃO

A abordagem do Design Thinking mostrou que é possível respeitar o perfil de cada equipe, e encorajar os profissionais a criarem soluções que sejam perfeitas para o contexto da sua área de atuação. Esta abordagem é totalmente nova na Saúde Pública. A inovação pode ser a única maneira de resolver os problemas complexos que o SUS vem enfrentando atualmente, e o Design Thinking deve proporcionar o começo de uma era onde os serviços públicos oferecerão experiências fabulosas aos seus usuários a partir deste pensamento e método.

### REFERÊNCIAS

1. Agune, Roberto. *Dá pra fazer: Gestão do conhecimento e inovação em governo*. São Paulo, SP. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional, 2014.
2. Brown, Tim. *Design Thinking: Uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias*. Campus, 2010.
3. Stickdorn, Marc. *Isto é Design Thinking de Serviços*. Porto Alegre, RS. Bookman, 2014.



**PROJETO HUMANIZAR: UM PROFISSIONAL PREPARADO E CENTRADO, PARA UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE**  
**HOSPITAL E MATERNIDADE DALILA FERREIRA BARBOSA**  
 MATHEUS ALEXANDRE CARVALHO DA SILVA / AUXILIAR TÉCNICO ADMINISTRATIVO  
 FELIPE SOARES CHAGAS / AUXILIAR TÉCNICO ADMINISTRATIVO

**INTRODUÇÃO**

A humanização traz como significado uma ação ou efeito de humanizar, de tornar humano ou mais, tornar benévolo ou afável. Na área da saúde, a humanização atua diretamente na transformação dos modelos de atenção e de gestão dos serviços e sistemas, alterando a interação entre as equipes de profissionais e pacientes. Um dos seus principais objetivos é proporcionar, além da qualidade de vida, um melhor, mais humano e agradável atendimento aos beneficiários, com melhores condições de trabalho e relações sociais à equipe de colaboradores.

Cada um é protagonista nessa história, com seu papel e função, por isso deve-se considerar as pessoas de uma maneira integral, como portadoras de suas particularidades e reais necessidades, já que as alterações emocionais também afetam a sua saúde. É importante destacar que o homem precisa de um pouco mais de compaixão, buscando compreender as necessidades do outro e reconhecendo nos mesmos um ser humano com falhas, defeitos, dores e necessidades, assim como ele. Mas, para que isso aconteça é necessário que o homem respeite o ser humano que é, possuindo amor próprio, pois a partir do momento que o seu olhar muda, tudo a sua volta também irá se alterar.

**OBJETIVO:** Identificar na equipe de colaboradores o nível de conhecimento sobre a PNH (Política Nacional de Humanização) e seus dispositivos.

**MÉTODO**

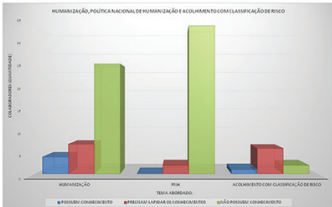
Pesquisa do tipo qualitativa realizada em duas unidades de Pronto Atendimento da região do Alto-Tietê. Dos componentes em meio as duas unidades, selecionou-se 70% dos funcionários, sendo somente da equipe de higienização, administração, assistência social e recepção, e aproximadamente 60% da equipe de enfermeiros. A colheita das amostras baseou-se em uma etapa, ora classificada como:

- **Dos conceitos à fundamentação teórica pessoal:** cada funcionário foi designado para o preenchimento de um questionário composto por três questões, avaliando seus conhecimentos sobre humanização, PNH (Política Nacional de Humanização) e acolhimento com classificação de risco, neste aspecto a questão foi voltada principalmente à equipe de enfermagem.

**RESULTADOS**

No que se refere à humanização, foi constatado que aproximadamente 19% dos colaboradores não tem clareza do conceito e 70% informaram não possuir conhecimento sobre o tema. Em relação a PNH e seus dispositivos, identificou-se que cerca de 95% dos mesmos, declararam desconhecimento sobre a política.

A respeito do dispositivo acolhimento com classificação de risco, 67% dos respondentes classificaram-se de modo a lapidar suas concepções e 22% não ter fundamentação teórica para a justificativa da questão.



*"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana."*  
 Carl Gustav Jung

**CONCLUSÃO**

Os dados empíricos dessa pesquisa constatarem e possibilitaram a visualização de que, para a implantação ou realização de forma gradativa e eficaz de todos os parâmetros de um atendimento humanizado e de qualidade, é de extrema importância ações educativas voltadas a valorização, conscientização e capacitação das equipes sobre a importância e conceito da humanização, da PNH e seus dispositivos, pois as mesmas não se constituem apenas de uma técnica, mas de orientações para a mudança de paradigmas e postura, tanto ética quanto profissional e que, portanto, só terá assegurado seu lugar nas relações entre colaboradores e pacientes quando se mostrar indispensável o que o profissional espera e conquista em seu trabalho.

**REFERÊNCIAS**

Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização PNH. Ministério da Saúde. 2013;111.  
 Campos GWF. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface-Comunic. Saúde, Educ. 2005;17(9):389-3.  
 Jung CG. Psicologia do Inconsciente. Ed Vozes. 1985; 7(4).



## BUSCA ATIVA OBSTÉTRICA HOSPITALAR CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS “DR JOÃO AMORIM” / CEJAM

Anastácia Lopes de Oliveira Basile - Coordenadora do Programa Parto Seguro à Mãe Paulistaana – CEJAM  
 Sandra Ferreira Silva de Almeida – Supervisora de Enfermagem pelo Programa Parto Seguro à Mãe Paulistaana – CEJAM  
 José Carlos Riechelmann – Sexologista certificado pela FEBRASGO/AMB. Mestre em Ciências pela FSP/USP. MBA em gestão de serviços de saúde pelo FGV.  
 Alberto Jorge Guimarães – Gerente Médico do Programa Parto Seguro à Mãe Paulistaana - CEJAM.  
 Maíse August de Faria - Supervisora de Enfermagem pelo Programa Parto Seguro à Mãe Paulistaana - CEJAM.

### INTRODUÇÃO

Busca Ativa Obstétrica Hospitalar (Busca Ativa) procedimento técnico, humanizado e inovador em vigilância epidemiológica às gestantes. Surgiu em resposta à peregrinação<sup>1</sup> e ausência de vínculo da gestante na proximidade do parto com o hospital de sua referência, demonstra a preocupação de gestores e extensão do cuidado a essa população, Portaria Municipal-SP 0143/2012<sup>2</sup>. Efetiva-se pelo contato telefônico com monitoramento do enfermeiro obstetra às mulheres que com 37 semanas ou mais procuram assistência nos oito hospitais municipais com convênio Parto Seguro à Mãe Paulistaana, e são dispensadas após consulta médica por ausência de indicação para internação: pródomos, queixa de diminuição da movimentação fetal e pós-datismo.

### Objetivos:

- Levantar a quantidade de gestantes com idade gestacional  $\geq$  37 semanas que procuram o serviço e a quantidade de orientações telefônicas feitas pela Busca Ativa;
- Divulgar quantidade de gestantes que retornam ao hospital de sua referência para o parto, e possíveis implicações.

### MÉTODO

A Busca Ativa, com abordagem quantitativa dos resultados da Busca Ativa em oito hospitais municipais de São Paulo no período de 2013 a 2014; população amostral 40.949 gestantes com idade gestacional  $\geq$  37 semanas que compareceram à Admissão Obstétrica dos oito hospitais e foram dispensadas após consulta médica por ausência de indicação para internação. A coleta de dados utilizou formulário específico e registros dos livros de parto e relatórios gerenciais. Esse trabalho foi autorizado pela Autarquia Hospitalar Municipal e Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim, em conformidade com a resolução 466/12.

### RESULTADOS

- Incremento de 5% do número de partos entre 2013 e 2014 (Figura 1);
- 40.949 mulheres monitoradas pela Busca Ativa entre os anos de 2013 e 2014 (Figura 2);
- 54.989 contatos telefônicos para orientação pela Busca Ativa com intensificação da de 9,12% dos contatos telefônicos no período de 2013-2014 (Figura 3);
- Aumento em 8% do retorno para o parto no hospital de referência entre os anos de 2013 a 2014 (Figuras 4 e 5).

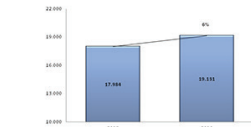


Figura 1 Percentual do aumento de partos entre os anos de 2013 – 2014.

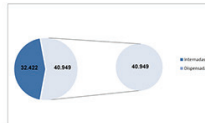


Figura 2 Busca Ativa de 40.949 gestantes com idade gestacional  $\geq$  37 semanas no período de 2013-2014.



Figura 4 Busca Ativa – Retorno para o parto no hospital de referência 2013.

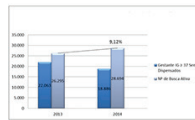


Figura 3 Busca Ativa – Monitoramento das Orientações no período de 2013-2014.

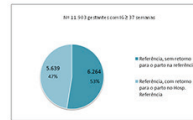


Figura 5 Busca Ativa – Retorno para o parto no hospital de referência 2014.

### CONCLUSÃO

A Busca Ativa Obstétrica Hospitalar apresenta-se como nova proposta de gestão humanizada à gestante no final da gravidez. A Busca Ativa reforçou a referência para o parto. Consequentemente fortaleceu o vínculo da gestante com a instituição e profissionais, corroborando para a redução da peregrinação da mulher no momento do parto.

### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 465.
2. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Autarquia Hospitalar Municipal. Portaria n. 0143, de 19 de junho de 2012 – SURG/ANM. Aprova o Protocolo de Busca Ativa. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. São Paulo, 37 (113) p. 23 a 24.





## OFICINA CULINÁRIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO ATENDIMENTO A PACIENTES HEMIPLÉGICOS CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – IV – CER-IV M'BOI MIRIM

Eva Elisandra Silva Pereira – Terapeuta ocupacional  
Karla Dias Tomazella – Nutricionista

### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como uma de suas prerrogativas a garantia de acesso do usuário à saúde em tempo adequado. O acesso ao serviço no centro especializado em reabilitação (CER) está fortemente relacionado à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades dos usuários atendidos[1].

A hemiplegia consiste em uma seqüela neurológica caracterizada por paralisia em um hemicorpo (uma das metades do corpo) causando, dependendo da área atingida, limitações funcionais, como alterações de tônus (contração mínima de um músculo em repouso), de coordenação e de equilíbrio. Estas limitações interferem nas atividades de vida diária (AVD) do portador de hemiplegia, como por exemplo, as atividades de comer, manter a higiene pessoal, evitar perigos, cozinhar, fazer compras e realizar trabalhos domésticos. Nos adultos, a hemiplegia, geralmente ocorre devido a um acidente vascular encefálico [2,3,4,5].

A terapia ocupacional tem como objetivo auxiliar o indivíduo com hemiplegia, em sua adaptação do quadro instalado, reforçando e facilitando a aprendizagem de habilidades essenciais para a vida diária e por meio das atividades básicas de vida (ABVD), promover o alcance da autonomia do indivíduo possibilitando o protagonismo do mesmo em sua vida [3,5].

A alimentação adequada traz benefícios e melhor eficácia ao tratamento de reabilitação dos pacientes com hemiplegia por fornecer os nutrientes necessários a fim de manter ou recuperar seu estado nutricional [8].

A oficina culinária é uma ferramenta metodológica educativa que utiliza o trabalho estruturado em grupos, focado em uma questão central, a fim de proporcionar um contexto socializador e permitir a vivência prática dos participantes na elaboração de um produto alimentício definido [6,7].

Diante da necessidade do indivíduo com hemiplegia ao retorno às AVD's, a opção da oficina culinária se torna interessante como recurso na terapia ocupacional.

O objetivo do trabalho foi o de verificar a oficina culinária como recurso terapêutico no atendimento a pacientes com hemiplegia.

### MÉTODO

Trata-se de um ensaio clínico, onde 15 pacientes, entre homens e mulheres, com hemiplegia, participaram mensalmente, durante o período de maio a julho de 2015, da oficina culinária envolvendo os atendimentos de terapia ocupacional neurológica e nutrição.

Durante a sessão, que teve como duração, o período de 1 hora, os pacientes eram convidados a participarem das etapas de pré – preparo e preparo da elaboração culinária tema da sessão, sendo que esta preparação tinha como objetivo trazer itens alimentares com composição nutricional saudável.

O pré-preparar e preparo feito pelos pacientes, foi acompanhado pela terapeuta ocupacional, que abordava os movimentos necessários para desenvolver as AVD e ABVC que compoem a elaboração culinária.

Após a preparação pronta, esta foi degustada pelos pacientes.

### RESULTADOS

Na oficina culinária, os pacientes colocaram em prática os treinamentos de AVD desenvolvidos durante as sessões de terapia ocupacional. Observou-se que a maioria dos pacientes conseguiu colocar na prática do pré-preparo e preparo dos alimentos, os ensinamentos transmitidos durante os atendimentos da terapia ocupacional, relacionando as ABVD (no caso, da alimentação) através da estimulação funcional motor, realizando os movimentos de pinça, prensão (palmar, cilíndrica esférica), alcance, encaixe.

Dessa forma, os pacientes alcançaram autonomia sendo os protagonistas no processo de reabilitação.

### CONCLUSÃO

A oficina culinária como recurso terapêutico, mostrou-se uma opção de ferramenta para o trabalho de adaptação às AVD e ABVD no atendimento de terapia ocupacional a pacientes com hemiplegia.

### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instruções de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Carvalho AC et al. Projeto Hemiplegia – Um modelo de fisioterapia em grupo para hemiplégicos crônicos. *Arq Ciênc Saúde*. 2007; 34 (3): 363-368.
3. Virginia IV et al. Terapia de movimento induzido pela restrição na hemiplegia: um estudo de caso único. *Frontier Psychol*. 2008; 15 (3): 298-303.
4. Mahalik N, Payman P, Alreza A. Effect of Motor Imagery on the F-Wave Parameters in Hemiparetic Stroke Survivors. *Ann Rehabil Med*. 2015; 39 (3): 403-408.
5. Adriano CF et al. A reabilitação funcional do membro superior de pacientes esqueléticos, pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC). *Rev Neurociênc*. 2010; 28 (2): 179-185.
6. Adriano MS et al. Oficina culinária como ferramenta de educação alimentar e nutricional para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *transf@ Internet*. 2014 [acesso em 2015 15 ago]. Disponível em: <http://www.abreptologia.org.br/index.php/abreptologia>.
7. Simpósio SUS. Oficina de culinária: instrumento para mudança de comportamento alimentar. In: Anais do 2. Seminário Nacional de Educação Profissional e Tecnológica; 2010. 1-16; Belo Horizonte, Brasil. Minas Gerais: Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais.
8. Oliveira, TRPB, Radtschi, ALA. Inserção do nutricionista na equipe de atendimento ao paciente em reabilitação física e funcional. *Rev Nutr*. 2005; 18 (8): 601-611.







# 4º Simpósio Científico INTERNACIONAL CEJAM 2015

## PROJETO Convivendo na melhor idade

UBS INTEGRAL JD. MIRIAM II – ORGANIZAÇÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA - OSASC  
ELIANA YOKO YAGI, Renata Tomás e Tânia Alves Holovach/Coordenadoras Programa Acompanhante de Idosos; Munira Alex/Assessoria Técnica; Josiane Mello/Gerente da UBS.

### INTRODUÇÃO/OBJETIVO

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI) existe na UBSI Jd. Miriam II desde agosto de 2013 e tem como objetivo promover assistência ao idoso em situação de fragilidade e vulnerabilidade social (Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, 2012). O programa visa trazer melhorias de condições da autonomia, funcionalidade, integração e participação na sociedade a estes idosos, dentro dos requisitos básicos de qualidade de vida de forma autônoma e independente.

Atualmente o PAI possui 161 idosos matriculados que são atendidos por 12 profissionais denominados Acompanhantes Comunitários do Idoso – ACI, e por equipe interdisciplinar da área da saúde composta por médicos como generalistas, geriatra, psiquiatra e ginecologista, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico, educador físico e equipe de saúde bucal. Todo o processo de planejamento, gestão e avaliação do programa, bem como a supervisão dos ACIs é realizado por três coordenadoras com formação em Serviço Social.



Dentre as atividades já existentes no PAI, foi elaborado o Projeto Convivendo na Melhor Idade que tem como propósito principal fomento de grupo com os idosos para a promoção da saúde por meio do lazer e a socialização. Estudos indicam que este tipo de recurso ajuda a prevenir a depressão, que comumente acompanha outras doenças, muitas delas crônicas (Feres; Contino, 2013) e é uma das mais prevalentes em idosos (Ibge, 2010). Por dificuldades de acesso à recursos de saúde e outros direitos por parte de muitos idosos, falta de condições físicas e de autonomia, falta de suporte social e familiar, o isolamento social e a solidão é algo provável a ocorrer (Santos; Vaz, 2008). Assim, o recurso grupal é um satisfatório recurso para a melhoria do serviço ofertado, pois auxilia o paciente na construção de sua identidade social, uma vez que possibilita um reconhecer no outro a realidade do envelhecimento (Barros, 2012).

### MÉTODO

O grupo é programado mensalmente intercalando atividade na UBS tais como festa junina, festa da primavera, evento do dia internacional da pessoa idosa e festa de final de ano e atividades externas como museus, parques, cinema e teatro. Para a realização desse projeto, contamos com a parceria de uma cooperativa de transportes urbanos do território, que tem disponibilizado micro-ônibus adaptado para todas as atividades, tanto interna, quanto externa, assim possibilitando a participação de todos os idosos nas atividades. Contamos também com outras parcerias como na área da alimentação e estamos em busca de novos colaboradores. Em cada evento contamos com os profissionais da unidade que auxiliam na organização e no acompanhamento dos idosos, priorizando sua saúde, segurança e bem estar durante as atividades.



### RESULTADO

Com o PAI, além de todos os benefícios já alcançados como melhoria de condições clínicas, acesso aos serviços básicos e especializados da saúde, melhoria de suporte familiar e social, recuperação de pequenas ações do dia-a-dia por parte dos idosos, as atividades de socialização já estão promovendo:

- Cultura da saúde, alegria e não da doença;
- Trabalho em equipe e cooperação dos profissionais;
- Aproximação entre os profissionais da unidade e os idosos;
- Socialização entre os idosos do Programa;
- Melhoria na auto estima dos idosos;
- Reinscrição dos idosos na sociedade;
- Garantia de acesso à lazer e cultura.



## #convivendonamelhoridade

### REFERÊNCIAS

- Barros JF. Ser idoso: a importância dos grupos de terceira idade na afirmação e na construção da identidade social das pessoas idosas. Santa Cruz do Sul. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Universidade de Santa Cruz do Sul, 2012.
- Brasil. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União 5 jan 1994.
- Feres RCA; Contino ALB. A importância dos grupos na terceira idade para prevenção e tratamento da depressão. REVISTA CIENTÍFICA DA FAMNINAS – V. 9, N. 2, MAIO-AGO. DE 2013.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE: Rio de Janeiro, 2010. [Acesso em 09 set 2015]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedvida/indicadoresbásicos/sinteseindicadores2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedvida/indicadoresbásicos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf).
- Santos GA, Vaz CE. Grupos da terceira idade, interação e participação. IN ZANELLA, AV., et al., org. Psicologia e práticas sociais. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.
- Secretaria de saúde do Município de São Paulo. Coordenação de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa do Município de São Paulo. Documento Norteador Programa Acompanhantes de Idosos, 2012.



CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS  
"DR. JOÃO AMORIM"



PREFEITURA DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE



## O Acompanhamento Fonoaudiológico em Grupo nas Alterações de Linguagem

### NASF – Cidade Ipava

Ana Karolina Laranjeiras Rabaça Fonoaudióloga

#### INTRODUÇÃO

Grandes partes das queixas relatadas em triagem, trazidas pelos responsáveis dos pacientes, referem-se às alterações de fala e linguagem. Acredita-se que as dificuldades estejam intimamente relacionadas ao histórico familiar, falta de estimulação, âmbito familiar entre outros. É tão importante a necessidade de identificação precoce nessas alterações no desenvolvimento da criança, evita posteriores alterações educacionais e sociais posteriormente. A aprendizagem em grupo favorece o desenvolvimento do aprendiz em referência, porém o tratamento nesses casos normalmente é longo, mas trás seus benefícios. O presente estudo tem como objetivo fundamentar experiências de trabalho em grupo com crianças que apresentam alteração de linguagem, mostrar que o acompanhamento em grupo é eficaz e trás seus benefícios e a evolução dos casos.

#### MÉTODO

Foi realizada uma triagem em 15 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de três a cinco anos em uma UBS. O grupo foi realizado semanalmente, com duração de uma hora com as crianças e vinte minutos com os responsáveis. Os critérios de exclusão serão: má formação congênita, deficiência intelectual e com comprometimento motor ou neurológico. O protocolo utilizado foi o ABFW, nas áreas de fonologia e vocabulário, foi aplicado individualmente. Foram utilizados materiais lúdicos como caixa lúdica, jogo da memória de fonemas, sons, histórias para trabalhar discriminação auditiva com a bandinha, ponto e modo articulatório.

#### RESULTADOS

Observa-se uma grande evolução dos pacientes em acompanhamento fonoaudiológico em grupo houve a instalação dos fonemas alterados, melhora do atraso de linguagem e os responsáveis estão mais presentes na estimulação dos filhos.

#### CONCLUSÃO

Conclui-se que o tratamento fonoaudiológico em grupo nas alterações de linguagem é eficaz devido à assiduidade no tratamento, realização das atividades propostas em casa, orientação escolar e maior conhecimento dos responsáveis. Se realizado com atividades bem planejadas e com objetivos claros, pode contribuir significativamente para o desenvolvimento da linguagem.

#### REFERÊNCIAS

1. MENDES, Juliana Coelho de Paula et al. Fatores associados a alteração da linguagem em crianças pré-escolares. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* [online]. 2012, vol.17, n.2, pp. 177-181. ISSN 1982-0232. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342012000200013>
2. Rezende MA, Beteli VC, Santos JLF. Avaliação de habilidades de linguagem e pessoaisociais pelo Teste de Denver II em instituições de educação infantil. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(1):56-63.
3. Kato MA. No mundo da escrita: uma perspectiva psicolinguística. 4a ed. São Paulo: Editora Ática; 1993.
4. Bee H. A criança em desenvolvimento. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 2003.





## INCORPORAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES “CUIDADOS AMIGOS DA MÃE” COMO UM DOS NORTEADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E GESTÃO CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA “DR JOÃO AMORIM”/CEJAM

Anatália Lopes de Oliveira Basile – Coordenadora do Programa Parto Seguro à Mãe Paulista pelo CEJAM.  
 Márcia August de Faria – Supervisora de Enfermagem do Programa Parto Seguro à Mãe Paulista – CEJAM.  
 Rosimeire da Silva Criscuolo – Supervisora de Enfermagem do Programa Parto Seguro à Mãe Paulista – CEJAM.  
 Dalila Vieira de Almeida – Supervisora de Enfermagem do Programa Parto Seguro à Mãe Paulista – CEJAM.

### INTRODUÇÃO

Parto Seguro inicia atividades em outubro de 2011 nos hospitais municipais de São Paulo com indicadores próprios e do Ministério da Saúde. Desse 04 seguem as Inicativas Hospital Amigo da Criança (IHAC). Em 2014 o Sistema Único de Saúde redefine critérios de habilitação do IHAC com estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à mulher englobando os “Cuidados Amigos da Mãe”<sup>1</sup>. Surge o desafio da implantação de novos critérios nas maternidades municipais, com Parto Seguro como:

- Garantir à mulher um acompanhante de sua livre escolha para todo o processo;
- Ofertar líquidos e alimentos leves;
- Incentivar movimento durante o trabalho de parto;
- Garantir ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade;
- Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massajeadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias; e
- Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos: rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, com justificativa à mulher e documentado em prontuário.

O presente estudo tem como objetivo compartilhar a incorporação dos critérios recomendados pelos Cuidados Amigo da Mãe, aos indicadores e a boa prática da assistência ao parto e nascimento.

### MÉTODO

Trata-se de relato de experiência de gestão nesse processo no período de 2014, nos 08 hospitais com Parto Seguro à Mãe Paulista. Desde a implantação do Programa em 2011 já existiam alguns indicadores que foram contemplados nos cuidados amigos da mãe em 2014. Foram incluídos quatro (04) indicadores:

- Proteção às membranas ovulares no trabalho de parto;
- Maior redução percentual de episiotomias;
- Uso da ociosina sintética de forma restrita no trabalho de parto e parto;
- Posição de parto diferente da litotômica.

Ações necessárias para a inclusão dos novos indicadores: alinhar com o parceiro Autarquia Hospitalar Municipal (AHM); melhoria da ambiência<sup>2</sup>; reformulação e criação de novos impressos<sup>3</sup> para adequação; comunicado oficial da diretoria da AHM das coordenações do Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim, a todos colaboradores da assistência hospitalar com Parto Seguro e capacitação da equipe.

### RESULTADOS

- Mais partos com proteção das membranas (média mensal: 94,08%);
- Menos traumas perineais (média mensal: 17,69% de taxa de episiotomia); e
- Média mensal de 97,32% de partos em posição diferente da litotômica.

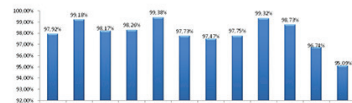


Figura 1. Taxa de Partos por Cesariana (de 0 a 100%) em 2014. N= 8.249.

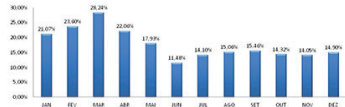


Figura 2. Taxa de Partos Instrumentais (de 0 a 25%) em 2014. N= 8.249.

### CONCLUSÕES

Conclui-se que esses novos indicadores agregam qualidade na assistência, credibilidade ao programa e incorporação das recomendações dos cuidados amigos da mãe reconhecimento da promotora pública e reavaliação do Título Hospital Amigo da Criança em um dos hospitais recentemente avaliados. Além de menor morbidade materna devido a redução de traumas perineais.

### REFERÊNCIAS

- 1-Brazil. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasil. Ministério da Saúde. Em 22 de maio de 2014. Disponível em: [http://brs.ms.saude.gov.br/brs/saude/leis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://brs.ms.saude.gov.br/brs/saude/leis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html). Acesso em 08 de setembro de 2015.
- 2-Brazil. Ministério da Saúde Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015 Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial da União. Em 7 de janeiro de 2015. REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, BRASÍLIA – DF, 2015 p.30.
- 3-São Paulo (Município). Secretária Municipal de Saúde, Autarquia Hospitalar Municipal. Portaria n. 172, de 06 de julho de 2012-SUP/GIAHM. Altera a Portaria 0218/2011-SUP/GIAHM, publicada em DOC de 28/09/2012 página 21, que trata do registro das ações assistenciais e dos documentos aplicáveis no Projeto Parto Seguro/Mãe Paulista, acrescentando o ANEXO VIII-SAE PATOLÓGICO. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. São Paulo, v. 57, n. 126, p. 20-21.





## DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE FERRAMENTA DE QUALIDADE PARA DIRECIONAR A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON EM BASE EXCEL CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS “DR. JOÃO AMORIM”/CEJAM

Anatália Lopes de Oliveira Basile - Coordenadora do Programa Parto Seguro à Mãe Paulista pelo CEJAM.  
Alessandra Nascimento Cruz Moreira - Supervisora de Enfermagem do Programa Parto Seguro à Mãe Paulista - CEJAM.

### INTRODUÇÃO

Para executar a Classificação de Robson (método de classificação que fornece estrutura de acompanhamento, auditoria e uma ação orientada para análise das taxas de cesáreas). O desenvolvimento da ferramenta direcionadora e facilitadora para filtrar as variáveis obstétricas, que são:

- Paridade
- Idade gestacional
- apresentação fetal
- tipo de parto
- trabalho de parto
- parto anterior
- indução de parto
- parto múltiplo

Todas as variáveis acima são as que constam registradas em livro de parto em base Excel. A importância dessa ferramenta de qualidade, apresentada nesse estudo está em favorecer a Classificação de Robson em tempo real a cada mês, para a avaliação do gestor com equipe assistencial. O objetivo proposto é apresentar e aplicar ferramenta de qualidade direcionadora para Classificação de Robson em base Excel.

### MÉTODO

A metodologia utilizada foi relato de experiência da utilização de ferramenta de qualidade denominada **quadro modelo direcionador (QMD)** para Classificação de Robson. Ferramenta esta que utiliza conhecimento aplicado em software com uso de tecnologia leve dura. O período em que foi feita a filtragem (exclusão dos grupos de gestantes já classificadas) com o QMD foi de maio a julho de 2015. Esse QMD faz parte de projeto de Capacitações em Classificações de Robson. Já aprovado pelo Comitê de Ética. CAAE: 47950415.4.0000.0086 Este quadro foi desenvolvido em planilha Excel preenchido com as variáveis obstétricas norteadoras dos dez grupos de Robson<sup>1</sup>. No desenvolvimento do QMD optou-se por fluxo dos grupos com menos variáveis serem os primeiros a serem classificados. O QMD possui 09 colunas para as variáveis obstétricas e 12 linhas para os dez grupos<sup>1</sup> e títulos.

**QUADRO MODELO DIRECIONADOR (QMD)**

VARIÁVEL	PARA	PC	TRABALHO DE PARTO			PARTO		INDICAMENTO
			TRABALHO APRESENTADO	TRABALHO PARTO	INDICOU	INDICATIVO F/V/C	PARTO/CESESÁRIO/ E/PA	
0	0	0	0				N, C/ F	SIM
0	0	0	TRANSV				N, C/ F	NÃO
0	0	0	CEF				N, C/ F	NÃO
0	0	0	PELV				N, C/ F	NÃO
0	0	0	PELV				N, C/ F	NÃO
1	0	1	0				N, C/ F	NÃO
1	0	1	CEF				N, C/ F	NÃO
1	0	1	0	SIM	SIM		N, C/ F	C
1	0	1	0	NÃO	NÃO		N, C/ F	C
1	0	1	0	NÃO	SIM		N, C/ F	NÃO
1	0	1	0	CEF			N, C/ F	NÃO
1	0	1	0	SIM	NÃO		N, C/ F	NÃO
1	0	1	0	NÃO	SIM		N, C/ F	NÃO
1	0	1	0	NÃO	NÃO		N, C/ F	C
1	0	1	0	CEF			N, C/ F	NÃO
1	0	1	0	SIM	NÃO		N, C/ F	NÃO

### RESULTADO

O resultado foi a aplicação QMD na Classificação de Robson para 5.138 casos reais de partos do período referido, com resultado satisfatório.

### CONCLUSÃO

Concluiu-se que a ferramenta que utiliza conhecimento aplicado em software desenvolvida apresentada QMD foi de fácil aplicação e otimizou o tempo para Classificação de Robson de dados lançados em planilha Excel. Além de permitir revisão dos casos a qualquer momento.

### REFERÊNCIAS

- Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: WHO; 2015.  
Verissimo CA, Gomes RF, Matozinhos M, Matos T, Sepúlveda F, Azevedo L. Implementação dos 10 group Classification System: compreender o parto cesariano. Rev méd. Lisboa [Internet]. 2013; p.3-5.  
Tortoni MR, Betran AP, Souza JP, Moriédaki M, Widmer M, Allen T, et al. Classifications for caesarean section: A systematic Review. Rev méd. [Internet]. 2011 Janeiro; 20;6(1).Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> acesso em: 05/fev2015.





## RESULTADOS DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO OBSTÉTRICO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DR JOÃO AMORIM - CEJAM

Keila Barros Braga Stango – Supervisora técnico-administrativa do Parto Seguro à Mãe Paulista – CEJAM  
 Anafânia Lopes Oliveira Basile – Coordenadora do Programa Parto Seguro à Mãe Paulista – CEJAM  
 Alberto Jorge Guimarães – Gerente médico do Programa Parto Seguro à Mãe Paulista-CEJAM  
 Ginalia Zamboni Cremonesi Médica Ginecologista e Obstetra - Diretora Técnica do Hospital e Maternidade Municipal Professor Mário Degni.

### INTRODUÇÃO

O Acolhimento Obstétrico com Classificação de Risco segundo O Ministério da Saúde<sup>1,2</sup>, e modelos de assistência internacional<sup>3</sup> é recomendado com intuito de reduzir morbimortalidade materna e neonatal, promovendo melhoria da qualidade e segurança na assistência. O Acolhimento Obstétrico com Classificação de Risco, realizado por profissional especializado, garante assistência mais segura, humanizada e individualizada, quando suas queixas integralmente, com encaminhamento ao atendimento médico em tempo adequado a partir da urgência e emergência identificadas. Os objetivos deste estudo são: apresentar o processo de sistematização da assistência, seus resultados e o importante papel desempenhado pela equipe multiprofissional.

### MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional descritivo retrospectivo realizado no período de maio de 2014 a abril de 2015, em oito hospitais municipais de São Paulo com atuação do Programa Parto Seguro. Esse trabalho é parte de um estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa – SMS/SP, CAEE nº 45104715.7.0000.0086, segundo recomendações da resolução 466/12. A amostra populacional foi constituída por mulheres atendidas no Acolhimento Obstétrico com Classificação de Risco conforme protocolo instituído<sup>4</sup>. Os dados foram coletados dos livros de registros das unidades e tabulados através de planilha Excel<sup>®</sup>. Foram levantados dados de 178.645 registros dos livros de acolhimento e livros de parto.

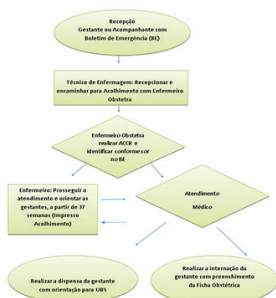
### RESULTADOS

O processo de sistematização da assistência pode ser descrito através de um fluxo, representado na figura 1. O papel da equipe multiprofissional no processo de acolher a gestante e seus familiares consiste principalmente em utilizar ferramentas como a comunicação adequada, educação, respeito, trabalho em equipe, rapidez e análise crítica da situação. Como resultados observamos a realização de 15.060 procedimentos de apoio diagnóstico e tratamento, representados na tabela 1. Em relação a classificação de risco, considerando que o maior risco recebe a cor vermelha e o menor risco a cor azul, observamos no gráfico 1 a distribuição dos casos classificados, conforme a cor atribuída, segundo protocolo<sup>5</sup>.

### CONCLUSÕES

Percebemos que a maior população atendida encontra-se na classificação de cor verde, que são considerados casos pouco urgentes, com tempo de espera para atendimento até 60 minutos, considerando o grau de gravidade e risco. Observamos que em casos mais urgentes identificados, que correspondem às cores vermelha e laranja, onde a ação do enfermeiro obstetra na classificação de risco é determinante para a decisão final, houve ação em 6.843 casos, onde o enfermeiro obstetra foi o principal agente responsável para o encaminhamento da gestante ao atendimento médico, ao centro obstétrico ou sala de parto. O Acolhimento Obstétrico com Classificação de Risco, com atuação da equipe multidisciplinar, incluindo o enfermeiro obstetra, com oihar para a humanização, garante assistência com maior segurança e resolutividade.

Figura 1 - Fluxo de Atendimento no Acolhimento Obstétrico com Classificação de risco.



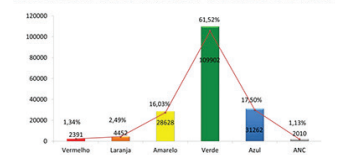
Fonte: Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco SMS ANH/ 2012.

Tabela 1 - Procedimentos de apoio realizados nos oito Hospitais Municipais com Parto Seguro, no período de maio de 2014 a abril de 2015.

Procedimento	n
EXAMES LABORATORIAIS	40.886
ULTRASSONOGRAFIAS OBSTÉTRICAS	13.843
CARDIOTOCIOGRAFIAS	58.344
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES	36.987
<b>TOTAL DE PROCEDIMENTOS</b>	<b>150.060</b>

Fonte: Livros de registro de Acolhimento das unidades 2014 e 2015.

Gráfico 1 - Distribuição do Acolhimento Obstétrico com Classificação de Risco por cores, nos oito Hospitais Municipais com Parto Seguro (N = 178.645) / média mensal = 22.330.



Legenda: ANC: Mulheres Acolhidas, porém não classificadas. Fonte: Livros de registro de Acolhimento 2014 e 2015.

### REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento à alta qualidade e classificação de risco: um paradigma ético e técnico no cuidado ao usuário. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Urgência. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Indícios e evidências matemáticas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 113 p.
- MacKay (autor; Mariani) (trad.). Emergência Obstétrica. In: grupo. Maternidade: Maternidade. 2006.
- São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Autarquia Hospitalar Municipal Portaria n. 0281 de 20 de setembro de 2012. 1009/ANH. Estabelece o uso das cores para registro das ações assistenciais regim realizado e desresumido. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. São Paulo, 16 (2012), p. 27-28.
- São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Autarquia Hospitalar Municipal Portaria n. 0281 de 20 de junho de 2012. 1008/ANH. Aprova o Protocolo de Acolhimento Obstétrico com Classificação de Risco. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. São Paulo, 57 (2012), p. 26.



## A EXPERIÊNCIA DO USO DA REDE EM RECÉM-NASCIDO - A VISÃO DE UM MÉDICO NEONATOLOGISTA

### CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA "DR. JOÃO AMORIM"/CEJAM

Autores Márcia Dias Zani/ Médica Neonatologista. Responsável Técnica do setor de Neonatologia do Hospital Alípio Corrêa Netto e Consultoria de Neonatologia do Programa Parto Seguro à Mãe Paulista pelo CEJAM.

#### INTRODUÇÃO

O ambiente de uma UTI neonatal pode ser estressante para o Rn (Recém-nascido) internado<sup>1,2</sup>. O desenvolvimento da tecnologia e ampliação de conhecimentos permite que mais prematuros sobrevivam; mas, para que isso aconteça eles são submetidos a procedimentos dolorosos e excessivos estímulos, sem o filtro do ambiente uterino para os proteger<sup>1,2</sup>. Assim, existe a tendência de ficarem estressados podendo ter prejuízos ao desenvolvimento neurológico e às suas funções reguladoras. Na tentativa de minimizar esses danos são utilizadas técnicas de acomodação e acolhimento do Rn e entre as opções que vem sendo utilizadas está a rede para dormir. A rede vem sendo utilizada em alguns serviços de neonatologia com relatos positivos sobre seus efeitos calmantes nos Rns. A rede acolhe e envolve o corpo e proporcionando o estímulo do sistema vestibular através da ação da gravidade. A ideia é reproduzir o aconchego do útero da mãe e posicionar o Rn para que se organize do ponto vista neurológico, pois o mesmo não consegue fazer isso sozinho. O objetivo desse relato é descrever o que se observou ao utilizar a rede para acomodação dos Rns, através do olhar de uma médica neonatologista no Hospital Alípio Corrêa Netto.



Fonte: INFOJAM maio de 2015

#### MÉTODO

• Relato da experiência da utilização das redes. Os critérios de inclusão foram:

- Rns estáveis clinicamente;
- Recebendo nutrição enteral oral ou por sonda;
- Sem acesso venoso;
- Em ar ambiente; e
- Com peso até 2000 g.

• Os Rns foram acomodados na rede quando acordados e caso a mãe estivesse presente para realização da posição canguru era dada preferência ao contato pele a pele.

#### RESULTADOS

Os Rns colocados nas redes apresentaram rapidamente sinais de conforto e os que apresentavam choro foram se acalmando, a maioria até entrar em sono profundo. Os pais que presenciaram seus filhos acomodados em redes expressaram sua alegria por sentirem no método uma forma de dar tranquilidade e aconchego ao Rn, associando isso à ideia de carinho e cuidado. Tradicionalmente associada a descanso e lazer, a rede passou a ser vista pela equipe hospitalar e pelos familiares como uma maneira de cuidar amorosamente e promover a recuperação dos Rns. A equipe de enfermagem não manifestou dificuldades em manusear as redes, pois as mesmas são fáceis de instalar e colocar, tendo alta adesão para o método. Pela visão de neonatologista percebi que os Rns ficam mais tranquilos e se movimentam menos quando estão nas redes, o que pode refletir em um desenvolvimento melhor e com menor índice de alterações do subsistema autonômico, pois poupa as energias do Rn. Isso pode levar a maior ganho de peso e menor tempo de internação e englobar qualidade de cuidado para os pacientes os quais recebem um tratamento para minimizar o estresse nas unidades neonatais.

#### REFERÊNCIAS

- 1-Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru. 2ª ed.Módulo 2, Seção 5. Brasília: Editora do Ministério da Saúde,2011. P. 51-68.
- 2-Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru. 2ª ed.Módulo 4, Seção 11. Brasília: Editora do Ministério da Saúde,2011. P. 115-42.



## ILUMINAÇÃO EM SALA DE PARTO CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA “DR JOÃO AMORIM”/CEJAM

Michelle Gonçalves da Silva / Enfermeira Obstetra  
Livia Shélida Pinheiro Rodrigues / Enfermeira Obstetra

### INTRODUÇÃO

A iluminação influencia a vida cotidiana em nossas mais simples atividades e estado de humor. Nos espaços de saúde, tal influência é mais intensa, uma vez que as pessoas normalmente estão fragilizadas e necessitando de estímulos positivos para a sua recuperação. Embora a função básica da luz seja proporcionar visibilidade, ela também contribui na criação do caráter dos espaços, influenciando as sensações de bem estar dos usuários<sup>1</sup>. Em um levantamento bibliográfico sobre o histórico da iluminação nos estabelecimentos de saúde não se encontrou relatos específicos com os ambientes de parto, pois esta cultura era de fato domiciliar até o século XX. Porém o ambiente hospitalar e em particular as salas de parto são extremamente iluminadas por luzes artificiais. Esta preocupação é compreendida dentro de um contexto que busca a humanização da assistência ao parto em todos os seus aspectos. O objetivo deste estudo foi verificar o nível de iluminação em sala de parto em 5 maternidades e compará-los aos níveis de iluminação preconizados pela ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas)<sup>2</sup>.

### MÉTODO

Estudo exploratório descritivo. Local de estudo: As maternidades escolhidas são públicas e atendem exclusivamente ao SUS, sendo que quatro (A, B, C e D) localizam-se no município de São Paulo (SP) e uma (E) localiza-se no município de Uberlândia (MG) e os partos são realizados em diferentes ambientes, tais como: CPN (Centro de Parto Normal), CO (Centro Obstétrico) e CC (Centro Cirúrgico). Coleta de dados: ocorreu nas dependências destes cinco hospitais. A intensidade da luz foi verificada com todas as luzes acesas incluindo o foco cirúrgico e, uma outra mensuração foi realizada somente com os focos cirúrgicos ligados e posicionados na parte inferior da mesa com o feixe de luz direcionado para o local onde rotineiramente é acomodado a região perineal da parturiente. Utilizou-se um equipamento denominado luxímetro para registrar a iluminância em lux (lx). O horário da coleta dividiu-se em mensurações diurnas e noturnas somente para o ambiente de CPN devido este sofrer interferências de iluminação externa.

### RESULTADOS

Os resultados são apresentados a seguir:

- Hospital A e E: a coleta de dados ocorreu no ambiente de CO, cujo as médias de iluminação foram idênticas, com todas as luzes acesas foi de 402,4lx e de iluminação somente com os focos cirúrgicos ligados foi de 50,6lx;
  - Hospital B: a coleta de dados ocorreu no ambiente de CO, cujo as médias de iluminação com todas as luzes acesas foi de 1050,4lx e de iluminação somente com os focos cirúrgicos ligados foi de 84,8lx. Neste mesmo hospital também houve a coleta no ambiente de CPN em dois períodos: diurno e noturno. No período diurno, as médias de iluminação com todas as luzes acesas foi de 254,5lx e de iluminação somente com os focos cirúrgicos ligados foi de 37,6lx;
  - Hospital C e D: a coleta de dados ocorreu no ambiente de CC, cujo as médias de iluminação com todas as luzes acesas foi de 1200lx (C) e 1430lx (D) e de iluminação somente com os focos cirúrgicos ligados foi de 87lx (C) e 150lx (D). Nestes hospitais também houve a coleta no ambiente de CPN em dois períodos: diurno e noturno. No período diurno, as médias de iluminação com todas as luzes acesas foi de 305,3lx (C) e 317,9lx (D) e de iluminação somente com os focos cirúrgicos ligados foi de 41,1lx (C) e 54,6lx (D);
- No Brasil, os critérios para medição e avaliação de iluminação em ambientes são fixados pela ABNT, por meio da NBR 5413 – Iluminância de Interiores visando o conforto da comunidade destinada a cada situação. O nível de iluminação traz como parâmetros para salas de partos a iluminância de 150 à 300 lx<sup>(3)</sup>. Ao analisarmos nossos resultados notamos que o ambiente de CPN é o único que com todas as luzes acesas atende as normas estabelecidas, sendo que os demais ultrapassam a recomendação chegando a níveis de iluminância sugeridos para cirurgias de alta complexidade. Porém todos os ambientes quando estão somente com os focos cirúrgicos ligados apresentam valores abaixo no nível mínimo recomendado, contudo o ambiente de penumbra é altamente defendido pelos estudiosos que prezam o resgate ao parto natural e com menor intervenção possível e trazem este ambiente como uma tecnologia do cuidado, embasados em estudos de fisiologistas que interpretam um fenômeno na mudança do nível de consciência por meio da redução do estímulo neocortical da parturiente e que a forte iluminação o estimula gerando a sensação de estar sendo observado e dificultando o processo de parturição<sup>3</sup>.

### CONCLUSÃO

Concluímos que há a necessidade dos hospitais se adequarem as normas já estabelecidas sobre iluminação em sala de parto desde 1992, pois a iluminação é uma tecnologia do cuidado e de grande influência para a parturição, observamos também que o ambiente de CPN mais uma vez traz melhores benefícios a parturiente. Contudo esta normatização é antiga e necessita de mais estudos sobre o impacto da iluminação na parturiente para redefinição dos valores recomendados e elucidação deste campo ainda com muitas lacunas na ciência.

### REFERÊNCIAS

1. Peccin A. Iluminação Hospitalar [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
2. Brasil. Iluminância de interiores – NBR 5413. Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT. Rio de Janeiro, 1992.
3. Odent M. A identificação do amor. São Paulo: Terceira Margem; 2000.





## OS BENEFÍCIOS DO USO DO TOP NO MOMENTO DO PARTO CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA “DR JOÃO AMORIM”/CEJAM

Gisele Aparecida Claro - Supervisor Técnico Administrativo do Parto Seguro à Mãe Paulistana - CEJAM  
Sue Ellen Pedroso - Supervisor Técnico Administrativo do Parto Seguro à Mãe Paulistana - CEJAM  
Anatália Lopes de Oliveira Basile - Coordenadora do Programa Parto Seguro à Mãe Paulistana pelo CEJAM  
Valéria Kely Vieira - Supervisora Responsável Técnica do Programa Parto Seguro à Mãe Paulistana - CEJAM

### INTRODUÇÃO

O uso do TOP está presente desde o início no Programa Parto Seguro. Em 2015 foram adquiridos novos TOP's de tecido maleável e confortável e com numerações diferentes, para o uso na sala de parto. Desde então sua utilização vem sendo avaliada. O objetivo desta pesquisa é relatar a visão sobre os benefícios do uso do TOP.

### MÉTODO

A metodologia utilizada foi relato de experiência das supervisoras, quanto ao uso do TOP, nos oito hospitais onde atuam as equipes de enfermagem do Parto Seguro à Mãe Paulistana. O TOP é uma faixa de tecido justa e maleável, que é colocado sobre as mamas da parturiente. Ele é vestido quando a parturiente é encaminhada para a sala de parto e logo após o nascimento ele é abaixado, para acomodar o recém-nascido e levantado em seguida, favorecendo o contato pele a pele<sup>1</sup>.

### RESULTADOS

O TOP teve uma avaliação positiva. O principal benefício relatado é a segurança que o TOP oferece para a mãe, para o bebê e para a equipe que assiste ao binômio, uma vez que o bebê fica protegido pelo TOP e outros benefícios como:

- contato direto da mãe com o seu bebê;
- promoção do aleitamento materno<sup>2</sup> na primeira hora de vida;
- formação de vínculo entre o binômio;
- manutenção da temperatura corporal do bebê;
- colonização do bebê pela flora bacteriana<sup>3</sup> materna; e
- preservação da privacidade da mulher.

### CONCLUSÃO

Podem-se concluir que são vários os benefícios do uso do top para a mulher e para o seu bebê. É indicado para todos os tipos de parto, pois não só oferece segurança e conforto para o binômio, mas também para as equipes que prestam os cuidados, devendo ser estimulado e preconizado como de rotina.

### REFERÊNCIAS

1. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Selbert ERC, Martins, NM. Contato pele a pele entre mãe e filho: significado para as mães e contribuição para a enfermagem. REBen. 2010 nov/dez; 63(6): 998-1004.
2. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano MAS. Percepção das mulheres a cerca do contato precoce e amamentação em sala de parto. Acta Paul Enferm. 2006; 19(6): 427-432.
3. Brasil. Atenção à Saúde do Recém Nascido: Guia para profissionais de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações programáticas Estratégicas. 2ed - Ministério da Saúde 2012, página 34.



Fonte : Parto Seguro – Hospital Waldomiro de Paula







## AS EMOÇÕES MANIFESTADAS PELAS MULHERES NO PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS “DR JOÃO AMORIM”/CEJAM

Michelle Gonçalves da Silva / Enfermeira Obstetra  
Livia Shéllida Pinheiro Rodrigues / Enfermeira Obstetra

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas os estudiosos vêm discutindo a necessidade de compreender de forma mais ampla os contextos naturais, por meio de estudos sobre as manifestações e expressões emocionais dos indivíduos, repensando um antigo paradigma de que emoção e razão seriam mecanismos distintos. Assim, passa-se a considerar que estes dois mecanismos estão interligados, junto às funções do córtex pré-frontal e do sistema límbico. Sob tal perspectiva, a emoção tem poder de interferir na racionalidade, nas relações pessoais, nas ações motoras e processos decisórios, além de ser expressada por meio de expressão facial, entonação da fala, gestos e variações posturais<sup>1</sup>. O nascimento de um filho representa um marco na vida de uma mulher, pois a gestação e o nascimento de um bebê repercutem profundamente nos planos físico, mental, emocional e social. Nenhum outro evento na vida de um ser humano é tão complexo quanto o parto, pois ele envolve dor, sobrecarga emocional, vulnerabilidade, possíveis danos físicos e até a morte, além de representar uma mudança definitiva de papéis, incluindo a responsabilidade de cuidar e de promover o desenvolvimento de outro ser humano, totalmente dependente<sup>2</sup>. **Objetivo:** realizar uma revisão integrativa da literatura sobre as emoções manifestadas pela mulher no parto.

### MÉTODO

Revisão integrativa, na qual a busca na literatura científica foi realizada no período de janeiro/2003 a janeiro/2013, sem restrição de idiomas, em três bases de dados: LILACS, MEDLINE e CINAHL. Os dados foram organizados por análise temática.

### RESULTADOS

Foram selecionados 18 artigos que exploraram as manifestações emocionais positivas ou negativas das mulheres, em cinco momentos distintos: no final do 3º trimestre da gestação; no parto; no pós-parto em relação ao tipo de parto; emoções remanescentes de partos traumáticos e aquelas geradas a partir das interações com os profissionais de saúde. Do total da amostra, 8 artigos apresentam-se na língua portuguesa e 10 na língua inglesa. Quanto aos profissionais de saúde que realizaram os estudos dividem-se em: médicos (2), psicólogos (5), “midwives” (3) e enfermeiros (8). Quanto ao método, prevaleceram os estudos qualitativos (12), sendo que os demais dividem-se em pesquisa bibliográfica (1) e quantitativa (5).

### CONCLUSÃO

A emoção é intensamente vivenciada e demonstrada pela mulher no processo de nascimento, seja por meio de emoções positivas ou negativas. Porém, ao analisar os estudos nos deparamos com a responsabilidade e influência que um profissional pode exercer no processo, interferindo nas manifestações emocionais das parturientes. Portanto, cabe a todo profissional de saúde, em especial a nós enfermeiras obstetras, instrumentalizar-se de preceitos essenciais da formação para um atendimento individual, holístico e humanizado às pacientes, promovendo melhores manifestações emocionais. Contudo novos estudos devem ser realizados sobre o tema para elucidação deste campo ainda pouco explorado e para instrumentalizar as melhores práticas na assistência ao parto.

### REFERÊNCIAS

- Ayers S, Pickering AD. Women's expectations and experience of birth. *Psychology and Health*, 2005; 20 (1): 79-92.  
Bylund CL. Mother's involvement in decision making during the birthing process: a quantitative analysis of women's online birth stories. *Health Communication*, 2005; 18 (1): 23-9.





## COMPREENSÃO DOS SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELA MULHER NO VÍNCULO ENTRE MÃE E FILHO APÓS PARTO CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS “DR. JOÃO AMORIM”/CEJAM

Isabel Cristina Pereira Matos - Supervisora de Enfermagem do Programa Parto Seguro à Mãe Paulistana - CEJAM.

Cintia Kuramoto - Enfermeira Obstetra do Programa Parto Seguro à Mãe Paulistana - CEJAM.

Katia Regina Motoda - Enfermeira Obstetra do Programa Parto Seguro à Mãe Paulistana - CEJAM

Tissiane de Cassia Mestre - Enfermeira Obstetra do Programa Parto Seguro à Mãe Paulistana-CEJAM

Anatália Lopes de Oliveira Basile - Coordenadora do Programa Parto Seguro à Mãe Paulistana-CEJAM

### INTRODUÇÃO

Na assistência humanizada ao parto e nascimento preconiza-se que os profissionais proporcionem a aproximação entre a mãe e o bebê no pós-parto imediato, em contato pele a pele<sup>1</sup>. Os cuidados podem ser prestados mantendo-se e respeitando esse momento de interação, para que se reforce o estabelecimento precoce do vínculo<sup>2</sup>. A partir da vivência das enfermeiras obstetras, do convênio Parto Seguro- Autarquia Hospitalar – Secretária Municipal de Saúde, ao realizar o parto e proporcionar o contato pele a pele imediato, emergiu o interesse em pesquisar o significado para a mulher do contato pele a pele. **Objetivo:** O estudo objetivou compreender a vivência do contato pele a pele no pós-parto imediato.

### MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, cujos participantes foram treze puérperas que vivenciaram o contato pele a pele logo após o nascimento de seus filhos. Aprovação do projeto pela Comissão de Ética do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya CAAE 44443615.2.0000.5279, situado no município de São Paulo. A coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro a dezembro de 2014 por intermédio de entrevista com pergunta aberta e fechadas

### RESULTADO

Com o conhecimento do perfil sociodemográfico, constatou-se não haver adolescentes e inexistência de analfabetismo no grupo estudado. A respeito do histórico obstétrico, verificou-se uma predominância de secundíparas. Na análise fenomenológica, a questão norteadora “*O que você sentiu quando seu bebê assim que nasceu foi colocado na barriga, em contato com sua pele?*” permitiu emergir a experiência vivida que foram destacadas em três categorias: comparação com o parto anterior, prazer e vínculo e importância do profissional. Na categoria *Comparação com parto anterior*, a puérpera valoriza o parto atual através de sua experiência vivida, estando mais preparada para atenção à riqueza dos detalhes que ela não teve e oportunidade de vivenciar no parto anterior. Na categoria *Prazer e Vínculo, aborda-se o vínculo precoce entre a mãe e seu bebê, que evidencia toda a espera decorrida da gestação, a percepção da mulher quando ela pode, pela primeira vez, apreciar seu filho e vivenciar fortes emoções*<sup>4</sup>. As mulheres, em suas descrições, relatam seus sentimentos de plenitude e realização, no qual proporcionam amor e aconchego, favorecendo assim a união entre mãe e bebê<sup>3</sup>. O sistema sensorial estava bastante aguçado nas mães, sendo um deles o olfato, onde verificou-se que, diante de tantos estímulos, quase simultâneo, diante da chegada do bebê, o cheiro não passou despercebido. A descrição do momento único, em que acontece o primeiro reconhecimento do bebê e os sentimentos de emoção são referenciados de diferentes maneiras. O momento do nascimento, como um momento único de intimidade profunda entre mãe e filho, traduz toda a espera decorrida da gestação<sup>5</sup>. *Na Importância do Profissional, o apoio da equipe de enfermagem é fundamental neste momento de transição, em que a mulher muda de identidade e passa a ser mãe e nutriz. É o enfermeiro obstetra e sua equipe que podem iniciar o contato e proporcionar à mulher o primeiro reconhecimento de mãe-filho, agora fora do ventre*<sup>6</sup>.

### CONCLUSÃO

Conclui-se que a vivência do contato pele a pele no pós-parto imediato é uma experiência transformadora na vida da mulher, proporcionando diversos benefícios e um momento único para a mulher, sendo fundamental a participação da enfermagem no estabelecimento desse contato.

### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Almeida EA, Martins Filho J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. Ver Ciê Míd 2004; 13(4): 381-8.
2. Cruz DCS, Sumann NS, Spindola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe bebê. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4): 690-7.
3. Gasparetto S, Bursat VR. Necessidade de um trabalho preventivo em maternidade: instruções sobre o comportamento recém-nascido. Rev Bras Res Des Hum [periódica. Internet]. 1994[citado 2005 out. 20];(2). Disponível em <http://www.fsp.usp.br/CDH.htm>
4. Matos TA, Souza MS, Santos EKAS, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 nov-dez;63(6): 998-1004.





## OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS E DAS GESTANTES A RESPEITO DO USO DO KIT VER CRESCER PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS “DR. JOÃO AMORIM”/CEJAM

Anatália Lopes de Oliveira Basile - Coordenadora do Programa Parto Seguro à Mãe Paulista pelo CEJAM;  
Valéria Kely Vieira - Supervisora RT do Programa Parto Seguro à Mãe Paulista - CEJAM  
Diana Moreira - Gerente Técnico Regional – Treinamento e Desenvolvimento – CEJAM

### INTRODUÇÃO

Nas consultas de pré-natal, nem todas gestantes têm acesso à Ultrassonografia (US)<sup>1</sup> mensal, a sites e outros meios de comunicação que abordam o tema desenvolvimento fetal e que contenham orientações sobre autocuidado durante esse período. A importância desse material educativo é possibilitar às gestantes visualizar o crescimento e desenvolvimento de seu filho e facilitar a comunicação do profissional com a gestante. Esse estudo questiona se o material foi de fácil manuseio para o profissional e favoreceu comunicação com a gestante durante consulta do pré-natal e se facilitou a compreensão visual da gestante quanto ao desenvolvimento de seu filho.

#### Os objetivos foram:

- Verificar se o material educativo “Kit Ver Crescer” foi de fácil manuseio;
- Levantar entre os profissionais se o material auxiliou na comunicação do desenvolvimento fetal durante consulta com a gestante;
- Levantar entre as gestantes se o material auxiliou a compreensão visual do desenvolvimento de seu filho;
- Verificar o interesse da gestante em acompanhar mensalmente o desenvolvimento do seu filho, por meio do “Kit Ver Crescer.”

### MÉTODO

O método do estudo foi de intervenção na consulta médica e de enfermagem<sup>2,3</sup> do pré-natal com o uso do “Kit Ver Crescer”, que consiste em nove (09) lâminas que apresentam o crescimento e desenvolvimento fetal, conforme idade gestacional, de forma visual, para aplicação após consulta de pré-natal. O período de realização da pesquisa foi de junho a julho de 2014.

A amostra populacional constituiu da opinião de 64 médicos, 74 enfermeiros e 346 gestantes, a respeito do Kit. Os profissionais que responderam o formulário são pertencentes às equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família, Unidades de parceria com a Organização Social M’Boi Mirim e o Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”.

O formulário constituiu de 02 perguntas, uma aberta e outra fechada, para cada categoria profissional e para as gestantes. Os dados foram lançados em planilha Excel para elaboração de tabelas com frequência e porcentagem absoluta. O estudo foi aprovado pela Supervisão Técnica de Saúde de M’Boi Mirim – Política Municipal de Humanização – Comissão de promoção à Saúde e Desenvolvimento em 24/06/2014.

### RESULTADOS

Os resultados encontrados foram:

- 64 (39,1%) médicos e 74 (48,6%) dos enfermeiros acharam o manuseio muito fácil;
- 63 (98,4%) dos médicos e 74(100%) enfermeiros disseram que o “Kit Ver Crescer” auxiliou na comunicação com a gestante durante consultas de pré-natal.
- 100% das gestantes entrevistadas acharam que o “Kit Ver Crescer” auxiliou na compreensão do desenvolvimento do seu filho;
- 344 (99%) gestantes referiram que gostariam de acompanhar o desenvolvimento do seu filho pelo “Kit ver Crescer”; e
- 02 (1%) referiram que infelizmente conheceram o Kit no final da gestação.

### CONCLUSÕES

Concluiu-se que o “Kit Ver Crescer” foi de fácil manuseio e contribui para comunicação com gestante nas consultas de pré-natal do médico e do enfermeiro, a respeito do desenvolvimento fetal. Além de favorecer abordagem de orientações que às vezes não constariam nas consultas de rotina.

Também facilitou a compreensão das gestantes quanto ao desenvolvimento do seu filho, conforme referido pela maioria, o desejo de continuar acompanhando a gestação com o “kit ver crescer”.

### REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico. Brasília (DF); 2005.
2. Zampier MFM. Cuidado Humanizado no Pré-Natal: Desafios e Contribuições da Enfermagem. PROENF-Programa de Atualização em Enfermagem. Porto Alegre: Artemed; 2010.p. 37-68
3. Rios CT, Vieira MF. Ações educativas no pré-natal; reflexão sobre a consulta de enfermagem como espaço para educação em saúde. Ciências e Saúde Coletiva. 2007; 12: 477-486.





## PARTO NA ÁGUA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS “DR JOÃO AMORIM”/CEJAM

Lívia Shéllida Pinheiro Rodrigues/ Enfermeira Obstetra  
Michelle Gonçalves da Silva/ Enfermeira Obstetra

### INTRODUÇÃO

Atualmente, presenciamos um crescente movimento no sentido de abandonar o modelo tecnocrático e cada vez mais aderir a um modelo de atendimento mais humano e individualizado, com o mínimo de intervenções desnecessárias. O parto na água vem se mostrando uma das formas mais suaves de parto, com notórios efeitos de relaxamento e controle da dor para a mulher. Durante a prática clínica, as autoras puderam perceber tais efeitos e realizaram este estudo a fim de conhecer mais sobre os benefícios e possíveis malefícios deste tipo de parto. Objetivou-se realizar uma revisão integrativa da literatura sobre parto na água.

### MÉTODO

Utilizou-se a estratégia PICO, a qual pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas para construção da seguinte pergunta norteadora: “O parto na água é uma alternativa possível e segura ao parto convencional?” A busca na literatura foi realizada no período de janeiro/2009 a maio/2014, de publicações em inglês, português e espanhol, em quatro bases de dados: MEDLINE (via Pubmed), SCOPUS, LILACS e CINAHL utilizando-se as palavras-chave *water/ água AND Birth/ parto*.

Foram selecionados 16 artigos que abordaram resultados de parto na água para mãe e/ou para o neonato e um deles também abordou a percepção de enfermeiras parteiras a cerca do parto aquático

### RESULTADOS

Os dados foram organizados por análise de dois temas principais: 1- resultados maternos, onde durante a análise foi subdividido em Traumas Perineais; Duração do Trabalho de Parto; Necessidade de Medicação no Trabalho de Parto; Infecção e Hemorragia Pós-Parto; Custo-Benefício; Ocorrência de Partos Normais Espontâneos e Percepção do Parto na Água e 2- resultados neonatais, subdivididos em Índice de Apgar, Reanimação e Admissão em Unidade de Terapia Neonatal; Morbidades Respiratórias/ pH do Sangue do Cordão Umbilical e Rotura de Cordão Umbilical Intra-Parto. Concluiu-se que o parto na água está associado a maior bem-estar materno e ocorrência de partos espontâneos, a menores quantidades de intervenções, como episiotomia e medicações para dor no trabalho de parto, possui bom custo-benefício, pois há menos gastos com reparação perineal. Faz-se necessário cuidado para evitar roturas de cordão umbilical no parto aquático, pois foi uma intercorrência associada a este tipo de parto, devido à tração do cordão no momento de levar o bebê à superfície. Não houveram diferenças significativas nos índices de infecção materna e hemorragia intra-parto e pós-parto, quando comparado ao parto convencional. Os índices de Apgar, ocorrência de morbidades respiratórias do bebê e admissão em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal também não foram significativamente diferentes dos encontrados no parto convencional.

### CONCLUSÃO

Conclui-se que o parto na água é seguro para a mãe e para o neonato em uma gestação de risco habitual, além de favorecer um parto com menos intervenções.

### REFERÊNCIAS

1. Diniz CSG. “O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto”. Cartilha do Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas questões para o campo da saúde. USP; 2010.
2. Enning C. O Parto na água: um guia para pais e parteiros. Brasileira ed. São Paulo: Editora Manole; 2000. 139 p.
3. Odent M. Água e sexualidade: a importância do parto ecológico. Brasileira ed. Florianópolis: Editora Saint Germain; 2004. 159 p.
4. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD000111.
5. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-am Enfermagem maio-junho, 15(3); 2007.



## “Projeto A Fada do Dente”

### Investigação dos fenótipos neuronais envolvidos no transtorno do espectro do autismo e na distrofia muscular de Duchenne

Graziela Conceição Pignatari<sup>1</sup>, Fabiele Baldino Russo<sup>1</sup>, Isabella Rodrigues Fernandes<sup>1</sup>, Raphael Marques de Almeida Rosa da Cruz<sup>2</sup>, Katia de Oliveira Pimenta Guimarães<sup>1</sup>, João Leonardo Rodrigues Mendonça Dias<sup>1</sup>, Fernanda Rodrigues Cugola<sup>1</sup>, Lígia Nishida<sup>1</sup>, Larissa Batista da Costa<sup>1</sup>, Patrícia C. B. Beltrão Braga<sup>1,2</sup>  
 1. Laboratório de Células-Tronco-FMVZ-USP  
 2. EACH-USP

#### INTRODUÇÃO

O projeto A Fada do dente surgiu em 2008 com o objetivo estudar os mecanismos biológicos envolvidos no transtorno do espectro do autismo (TEA). O TEA é um quadro do neurodesenvolvimento identificado por critérios de diagnóstico que incluem déficits na comunicação e interação social; padrões de comportamento, interesses e atividades restritivos e repetitivos, como movimentos estereotipados. Fatores ambientais e predisposição genética têm sido associados ao TEA. A prevalência do TEA é alta e vem crescendo nos últimos anos, com 1 em cada 68 crianças no EUA. No Brasil não há dados sobre a prevalência, mas acredita-se que cerca de 2 milhões de brasileiros apresentem algum tipo de autismo, usando como base a prevalência mundial de 1%. Em 2010, outra doença entrou para o estudo no Projeto A fada do dente, a distrofia muscular de Duchenne (DMD), uma patologia neuromuscular causada pela mutação no gene da distrofina, localizado no cromossomo X, levando a degeneração muscular ao longo da vida do paciente. Esta doença também tem sido associada a déficits cognitivos e falta de habilidade comportamental devido a produção inadequada da distrofina no Sistema Nervoso Central (SNC), principalmente da Dp71, que é considerada a isoforma da distrofina mais abundante no cérebro. A grande dificuldade de estudar a biologia do autismo, ou outras doenças que afetam o sistema nervoso, é a falta de acesso às células do SNC. Com a descoberta do método para produção de células-tronco pluripotentes induzidos (iPSC) em 2006/2007 hoje é possível modelar doenças utilizando células de um paciente específico para produzir células do SNC e realizar estudos que ajudem a elucidar os mecanismos da doença, preservando a genética do paciente, o que só seria possível por biópsia do tecido cerebral, ou seja, um procedimento invasivo. Portanto, o projeto a fada do dente visa produzir neurônios derivados de iPSC reprogramadas a partir de células-tronco de dente decíduo esfoliado (SHED) de indivíduos com autismo e DMD, e estudar morfológica, molecular e funcionalmente esses os neurônios, comparando-os com neurônios de indivíduos sem essas doenças. Importante salientar que a tecnologia da modelagem permite criar uma plataforma para testar medicamentos *in vitro* com objetivo de reverter o fenótipo alterado, desenvolvendo novas terapias para o autismo e DMD.

#### MÉTODOS

As células-tronco de polpa dentária foram obtidas a partir do dente decíduo doado ao projeto A Fada do Dente. Após a obtenção, as células-tronco de polpa dentária foram submetidas ao processo de indução da pluripotência e em seguida, vários passos foram realizados até chegar em células neurais (neurônios e astrócitos).

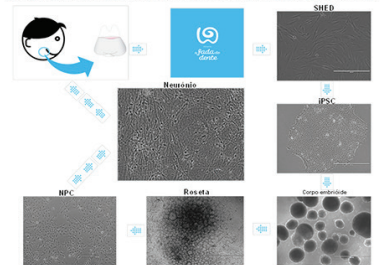
#### PASSOS UTILIZADOS ATÉ A OBTENÇÃO DAS CÉLULAS NEURAIS (NEURÔNIOS E ASTRÓCITOS)



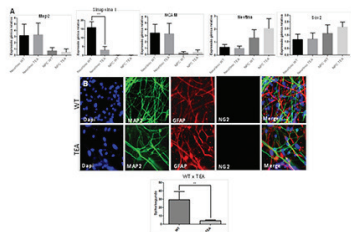
Fonte: Russo et al., 2015

#### RESULTADOS

##### DIFERENTES TIPOS CELULARES FORAM OBTIDOS ATÉ CHEGAR NOS NEURÔNIOS



##### DIFERENÇAS MORFOLÓGICAS, MOLECULARES E FUNCIONAIS FORAM ENCONTRADAS ENTRE INDIVÍDUOS TEA E NÃO TEA (WT)



#### CONCLUSÃO

A modelagem de doenças utilizando células-tronco da polpa do dente para produzir neurônios é um procedimento viável, com obtenção de neurônios e astrócitos funcionais. Em todos os passos observamos diferenças nas células dos indivíduos com TEA e sem. Dessa forma, uma plataforma para drogas foi gerada podendo ser utilizada para teste de fármacos.

#### REFERÊNCIAS

- BELTRÃO BRAGA, C. C. et al., (2013). Feeder-free derivation of induced pluripotent stem cells from human immature dental pulp stem cells. *Cell transplantation*, 2013;22: 1397-405.
- BELTRÃO BRAGA, C. C. et al., (2014). Disease in a dish: induced pluripotent stem cells as a novel model for developmental disorders. *Cytometry Part A*, 85(1), 12-17.
- CUGOLA, F. et al., (2010). Role of neural reticulation-associated *Dyrh* (highly-pneumo product Dp71) in excitatory synaptic organization, synaptic plasticity and behavioral functions. *PLoS One*, 4(8): e49574.
- GONZALEZ, D. H. (2012). Genetics of autism spectrum disorders. *Trends in Cognitive Science*, 15(3):489-94.
- MARBOTTE, M. C. et al. (2005). Model for Neural Development and Treatment of Rett Syndrome Using Human Induced Pluripotent Stem Cells. *Cell*, 143:625-35.
- RUSSO, F. B. et al. (2015). Induced pluripotent stem cells remodeling neurologic disorders. *World journal of neurology*, *in press*.
- SOMMER, B. C. (2005). Induction of pluripotent stem cells from adult human fibroblasts by defined factors. *Cell*, 119(2):683-872.

## “Tratamento alternativo de linfedema murino induzido utilizando células-tronco fetais”

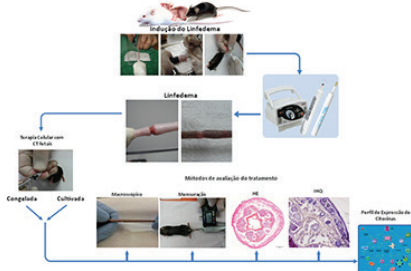
Dias JLM1, Russo FB1, Fernandes IR1, Cruz RMAR1, Guimarães, KOP, Ferrão JSP, Nascimento N2, Migliano MA1, Beltrão-Braga PCB13, Pignatari GC1

1. Laboratório de Células-tronco – FMVZ-USP
2. Centro de Biotecnologia do Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares
3. EACH - USP

### INTRODUÇÃO

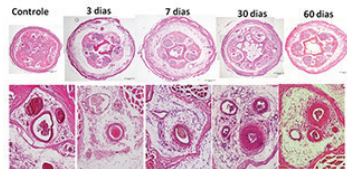
O linfedema é uma condição crônica que predispõe a uma substancial morbidade e perda da função do órgão ou tecido afetado. Ele não tem cura e em longo prazo leva a dificuldades físicas e psicológicas para o paciente, tornando-se um grande desafio para os médicos. Infelizmente, é triste constatar que aproximadamente 400 anos após a descoberta dos vasos linfáticos, não há cura para o linfedema, sendo o tratamento baseado em drenagem linfática manual através de massagem e limitadas intervenções de fisioterapia, ambas visando redução do volume de edema, o que fornece alívio parcial para os indivíduos afetados que não garantem o desaparecimento da fibrose, aparentemente irreversível. Por isso, estudos que proporcionem novas intervenções, como a terapia celular com células-tronco, são de grande interesse. Neste trabalho, dois protocolos de indução de linfedema foram testados, um baseado no protocolo de Tablizar onde, foi realizada uma ablação na circunferência completa da cauda por eletro-cautério, apresentando regressão espontânea após 15 dias, e o segundo, protocolo de Shimizu, que faz uma ablação na circunferência da cauda usando caneta cauterizadora, mantendo o linfedema por 60 dias. O monitoramento do linfedema na cauda foi feito através de acompanhamento clínico, registro fotográfico e mensura do diâmetro caudal por paquímetro a cada 2-3 dias. Ao final do estudo os animais foram eutanasiados e suas caudas foram submetidas a análises histológicas e imuno-histoquímicas. Vários protocolos de descalcificação foram testados e alguns se mostraram eficientes para análises histológicas, porém quando submetidos aos ensaios imuno-histoquímicos utilizando anticorpos específicos não foi possível observar a marcação dos vasos linfáticos. Um ensaio piloto de terapia celular foi realizado em duas condições: injetando células-tronco derivadas de saco vitelino (CTSV) ou membrana amniótica humana, provenientes de cultivo celular CTMAC) ou usando as mesmas logo após descongelamento direto (CTMAF), sendo ambas administradas imediatamente após a indução do linfedema. Os resultados mais promissores em relação a redução do edema foram obtidos com a injeção das células que eram mantidas em cultivo celular. Entretanto, novos experimentos precisam ser realizados.

### MÉTODOS

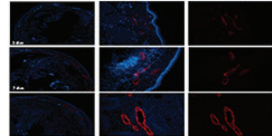


### RESULTADOS

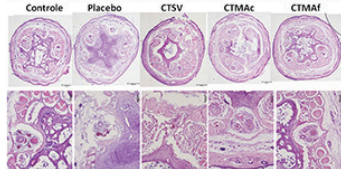
Indução de linfedema por protocolo Shimizu et al 2012 em camundongos C57/BL6



Marcação de vasos linfáticos utilizando o anticorpo anti Lyve-1 (RD)



Análise histológica após tratamento do linfedema com CT mostrou diminuição do edema



### CONCLUSÃO

Foi possível obter um modelo de linfedema murino de forma estável e crônica. Após injeção das células-tronco de saco vitelino de cães foi possível observar diferenças histológicas entre os animais tratados e não tratados sugerindo que a injeção destas células podem ser benéficas para o tratamento do linfedema. Em relação ao tratamento com células-tronco da membrana amniótica humana, os resultados mais promissores em relação à redução do edema foram obtidos com a injeção das células que eram mantidas em cultivo celular.

### REFERÊNCIAS

1. CHOI K et al. "Inhibition of redox by superoxide dismutase: Role in promoting lymphatic vessel regeneration." *Angiogenesis*. 11 (4) p. 29-34. 2008.
2. KRISHNAN S et al. "Inhibits membrane properties and corrects phenotype of amniotic membrane vesicles in vitro." *Cell and Tissue Res*. 310 (2) p. 371-382. 2010.
3. KIMURA T et al. "In vivo and ex vivo lymphatic vessel regeneration by adipogenic stem cells." *Cancer Research*. 68 (16) p. 3633-3638. 2008.
4. KIMURA T et al. "In vivo and ex vivo lymphatic vessel regeneration by adipogenic stem cells." *Journal of Cellular Biochemistry*. 107 (1) p. 10-18. 2010.
5. KIMURA T et al. "In vivo and ex vivo lymphatic vessel regeneration by adipogenic stem cells." *Journal of Cellular Biochemistry*. 107 (1) p. 10-18. 2010.
6. KIMURA T et al. "In vivo and ex vivo lymphatic vessel regeneration by adipogenic stem cells." *Journal of Cellular Biochemistry*. 107 (1) p. 10-18. 2010.



## O PAPEL DA ODONTOLOGIA INTENSIVA

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE - CEJAM/RJ

Flávia De Almeida Ramos Lobão/ Odontointensivista

Márcio Viçoso Barcellos Duarte/ Médico Intensivista

Leonardo Guerreiro / Médico Intensivista

Gleiciane Sant' Anna Vargas / Enfª Educação Permanente

**INTRODUÇÃO** - A odontologia Intensiva atua na vigilância constante da cavidade oral do doente crítico, identificando focos infecciosos e estabelecendo práticas para prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV).  
**Objetivos:** Descrever as práticas da Odontologia Intensiva na unidade de terapia intensiva do Hospital Municipal Evandro Freire.

**MÉTODO** - Pesquisa descritiva-exploratória realizada entre os meses de outubro de 2014 à fevereiro de 2015 à partir da implantação de Protocolos de higiene oral na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) através de Educação Continuada da equipe multidisciplinar.

**RESULTADOS** - Após inclusão do serviço de odontologia intensiva com a implantação dos protocolos de higiene oral e qualificação dos profissionais foi verificado uma melhoria nas práticas assistenciais relacionados aos cuidados da cavidade oral e consequente diminuição da prevalência de PAV.

**CONCLUSÃO** - Concluiu-se o quão importante é a presença do odontointensivista na UTI para mudanças das práticas assistenciais relativas aos cuidados com a cavidade oral para prevenção da PAV e consequentemente diminuição do tempo de permanência dos pacientes críticos, assim como diminuição dos custos relativos a ela.

### REFERÊNCIAS

- 1 - Kahn S, Garcia CH, Galan JJ, Namen FM, Machado WAS, Silva JJA, et al. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do Estado do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Colet 2008; 13(6):1825-31.
- 2 - Vilela MCN, Ferreira GZ, Santos PSS, Rezende NPM. Cuidados bucais e pneumonia nosocomial: revisão sistemática. Einstein (São Paulo) vol.13 no.2 São Paulo Apr./June 2015 Epub May 01, 2015.





**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS  
"DR. JOÃO AMORIM"**