



5º Simpósio Científico

INTERNACIONAL

CEJAM 2016



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

Centro de Estudos e Pesquisas “Dr João Amorim”

Rua Dr Lund, 41 – Liberdade, São Paulo/SP

CEP 01513-020

Telefone: +55 11 3469-1818

E-mail: cejam@cejam.org.br

Site: www.cejam.org.br

Expediente

Local:

Auditório Moise Safra

Avenida Albert Einsten, 627 - Morumbi - São Paulo/SP

Data:

09 e 10 de agosto de 2016

Atividades Pré-Simpósio:

08 de agosto de 2016

Tema:

Ciência, Inovação e Segurança na Prática Assistencial

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Simpósio Científico Internacional CEJAM: Ciência, Inovação e Segurança na Prática Assistencial. (5. : 2016: São Paulo, SP).

Anais do 5º Simpósio Científico Internacional CEJAM: Ciência, Inovação e Segurança na Prática Assistencial, de 09 a 10 de agosto de 2016. Resumos dos Projetos de Melhoria Contínua– São Paulo: CEJAM, 2016.

Evento realizado pelo Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” – CEJAM.

145 p.

ISSN:

1. Saúde - Eventos.

CDU

Sumário

Carta da Superintendência	6
Carta do Presidente do Simpósio.....	6
Prêmio Dr. João Amorim	7
Trabalhos Científicos.....	7
Projetos de Melhoria Contínua – PDCA.....	7
Trabalhos Científicos	8
LISTA DE VERIFICAÇÃO OBSTÉTRICA PRÉ OPERATÓRIA (CHECKLIST) QUALIDADE E SEGURANÇA APLICADA NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA PERIFERIA DE UM GRANDE CENTRO	8
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – EM FOCO A GESTÃO ASSISTENCIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	9
IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO OPORTUNA EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO: PERFIL DO USUÁRIO ATENDIDO.....	11
SAÚDE E SABOR: O RESGATE DO CONHECIMENTO POPULAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	12
CONSULTÓRIO NA RUA E A COORDENAÇÃO DO CUIDADO FRENTE AO TRANSPLANTE DE CÓRNEA EM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	13
A UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS REMOTOS DE COMUNICAÇÃO NA ÁREA DE NUTRIÇÃO.....	14
RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE NASF "TECENDO A VIDA".....	15
O USO DE PRÁTICAS DE RELAXAMENTO, MEDITAÇÃO E MINDFULNESS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III – CAPS AD III.....	16
RELIGIOSIDADE DAS VÍTIMAS DE LESÃO AXONIAL DIFUSA.....	17
O IMPACTO FINANCEIRO E DE QUALIDADE COM A DETERCEIRIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO EM UM HOSPITAL MUNICIPAL COM GESTÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL.....	18
A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE À ASSISTÊNCIA NO HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE.....	19
LISTA DE VERIFICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA (CHECKLIST): QUALIDADE E SEGURANÇA APLICADA NA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NA PERIFERIA DE UM GRANDE CENTRO.....	20
MORTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE IDOSOS E NÃO IDOSOS TRAUMATIZADOS: ESTUDO COMPARATIVO.....	21
EXPERIÊNCIA EXITOSA NO ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL DOS GRUPOS DE CAMINHADA/ALONGAMENTO E GRUPO DE DANÇA-AFROMIX NA UBS JARDIM MACEDÔNIA.....	22
ABORDAGEM INTEGRAL AO PRÉ-NATAL HUMANIZADO EM PARCERIA COM A ODONTOLOGIA.....	23
SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL.....	24
EXPERIÊNCIA DE OFICINA DE ARTESANATO COMO PRÁTICA DE INTERVENÇÃO DE PACIENTES COM DIAGNOSTICO DE PARALISIA CEREBRAL.....	25
ATENDIMENTO HUMANIZADO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	26
SÍFILIS NA GESTAÇÃO: AS DIFICULDADES EM REALIZAR O TRATAMENTO ADEQUADAMENTE.....	28
IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE AUDITÓRIA DE PRONTUÁRIOS NO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	29
SHANTALA – O TOQUE QUE TRAZ FORTALECIMENTO E QUALIDADE NO VÍNCULO MÃE E BEBÊ.....	30
A INTERSETORIALIDADE NA QUALIDADE E SEGURANÇA DO AMBIENTE.....	31
OTIMIZAÇÃO DA FILA DE ESPERA DA REGULAÇÃO, ATRAVÉS DE USO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO DE SUA CLIENTELA.....	32
TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES CRÍTICOS: COMPLICAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA.....	33
MOBILIZAÇÃO PRECOCE NO PACIENTE CRITICO NA UTI ADULTO.....	35
MUITO ALÉM DA DOR FÍSICA: ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NO AUTOCUIDADO DE MULHERES COM DOR CRÔNICA.....	37
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE A DETECÇÃO PRECOCE DE CRIANÇAS COM AUTISMO.....	38
PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA: UMA FERRAMENTA MUITO IMPORTANTE PARA O AUMENTO DA SEGURANÇA DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	40
EXPERIÊNCIA EXITOSA RELACIONADO A GRUPO DE IDOSOS VIVENCIADO PELA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	41
CONSTRUÇÃO DE LINHA DE CUIDADO ÀS CRIANÇAS, APÓS INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EPISÓDIO DE VIOLÊNCIAS.....	42
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO NOVAS MODALIDADES DE ATENÇÃO NA REDE BÁSICA DO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES : ACUPUNTURA E AUTOMASSAGEM.....	43
UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE PDCA PARA POTENCIALIZAR AS VAGAS LIVRES DA AGENDA MÉDICA, GERADAS PELO ABSENTEÍSMO E PERDA PRIMARIA NUMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	44
PARTO PREMATURO: CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES E DA ASSISTENCIA PRE-NATAL DE UMA POPULAÇÃO DA ZONA SUL DE SAO PAULO.....	45
CIRURGIA SEGURA: O DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO DA DEMARCAÇÃO DA LATERALIDADE.....	48
TERAPIA COMUNITÁRIA INSERIDA NO CONTEXTO DE TRATAMENTO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DISPOSITIVO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	49
CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ACADEMIA DE SAÚDE DE UMA UBS INTEGRAL.....	50
EMBALANDO OS PAIS NA REABILITAÇÃO: GRUPO DE ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DIRECIONADO AO PAIS DE BEBÊS DE RISCO NO CENTRO DE REABILITAÇÃO.....	51
QUALIDADE EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE.....	52

O PAPEL POTENCIAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORNECER INFORMAÇÕES SOBRE PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER BUCAL	53
DEPRESSÃO: ASPECTOS PSICOFISIOLÓGICOS.....	54
VIOLÊNCIA AO PROFISSIONAL DE SAÚDE EM SEU LOCAL DE TRABALHO E O IMPACTO QUE ELA CAUSA NO SEU COTIDIANO PROFISSIONAL E PSICOSSOCIAL	55
QUEBRANDO PARADIGMAS: VIOLÊNCIA - NÃO FIQUE EM SILÊNCIO	56
EFEITO DA INSULINA TÓPICA NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM RATAS CASTRADAS	57
QUALIDADE ASSISTENCIAL: IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE "BEM ESTAR"	59
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL - MANEJO E TRATAMENTO DO ESTRESSE OCUPACIONAL.....	60
REALIZAÇÃO DO PROJETO FARMÁCIA + PAVS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA REGIÃO CAMPO LIMPO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	61
Projetos de Melhorias Contínuas (PDCA).....	62
PRODUTIVIDADE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADULTO E INFANTIL E MELHORIA NO ACOLHIMENTO DA SALA DE ESPERA DO PRONTO SOCORRO	62
PROGRAMA VIVA BEM.....	64
REDUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA MEDICAÇÃO SEM NECESSIDADE DE REAVALIAÇÃO MÉDICA E ORGANIZAÇÃO DO FLUXO.....	66
REDUÇÃO DA TAXA DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS EM UTI NEONATAL	68
EVOLUÇÃO FISIOLÓGICA DO TRABALHO DE PARTO.....	70
CONTA CERTA - FARMÁCIA	72
PROJETO AMIGO PET COIMBRA: ENFRENTANDO PRÁTICAS DE ABANDONO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS	74
REDUÇÃO DO TEMPO PORTA-ECG NO PRONTO SOCORRO	78
MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE GESTANTES	80
IMPLANTAÇÃO DO PLANO INDIVIDUAL DE PARTO NO AMBIENTE HOSPITALAR	82
IDENTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO ALERTA.....	84
IMPLANTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS INSUMOS MÉDICOS HOSPITALARES.....	86
CONFIRMAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ANTES DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	88
IMPLANTAÇÃO DO ESTOQUE MÍNIMO NAS SALAS DE PROCEDIMENTOS.....	90
ACOLHIMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	92
IMPLANTAÇÃO DE ETIQUETA DE ALERTA PARA SOLUÇÕES INTRAVENOSAS	94
CONTROLE DE RASTREABILIDADE, VALIDADE E QUANTIDADE DOS MEDICAMENTOS NOS SETORES DE ENFERMAGEM.....	96
IDENTIFICAÇÃO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE	98
ANÁLISE DOS PARAMETROS FÍSICO-QUÍMICOS e MICROBIOLÓGICOS DA ÁGUA	100
ADESÃO DO PROTOCOLO SEPSE PEDIÁTRICA NO HOSPITAL MUNICIPAL MOYSÉS DEUTSCH - M'BOI MIRIM.....	102
UNIFICAÇÃO DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO E VIGILÂNCIA DE RISCOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOYSÉS DEUTSCH - M'BOI MIRIM... ..	104
AMPLIANDO O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL	105
REDUÇÃO DA TAXA DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA AO CATETER DE HEMODIÁLISE NO HMMD	107
AVALIAÇÃO INICIAL DO RECÉM-NASCIDO PELO NEONATOLOGISTA SOBRE O VENTRE MATERNO.....	109
ESTUDO DOS INDICADORES DAS CESÁREAS DOS GRUPOS PREDOMINANTES DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON: CRIAÇÃO DE INSTRUMENTO	111
CRIAÇÃO DO INDICADOR PROTEÇÃO DAS MEMBRANAS OVULARES	113
BUSCA ATIVA DE ERRO DE MEDICAÇÃO	115
GERENCIAMENTO DE RISCOS NA ATENÇÃO BÁSICA	117
CONTA CERTA - GERAL M'BOI MIRIM.....	119
MONITORAMENTO DAS METAS DE PERCENTUAL DE CURA NOS PACIENTES DE TUBERCULOSE ATRAVÉS DO SIS-VIGIMASTER	121
BEM VINDOS À "TERRA PROMETIDA"	123
REDUÇÃO DA TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR RELACIONADA A DISPOSITIVO INVASIVO	127
O "PENSAMENTO LEAN" NA RECEPÇÃO DA UBS HORIZONTE AZUL	129
REGISTRO DO INDICADOR EPISIOTOMIA EM PRIMÍPARAS NO PARTO SEGURO À MÃE PAULISTANA.....	132
INDICADOR EPISIOTOMIA EM PRIMÍPARAS NO PARTO SEGURO À MÃE PAULISTANA.....	134
GESTÃO DA MELHORIA NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO	136
FARMACOECONOMIA - FARMÁCIA.....	139
Comissão Executiva.....	141
Comissão Científica.....	142
Comissão de Trabalhos Científicos.....	142
Comissão Curso Pre-Simposio	143
Comissão Organizacional e Social.....	144

Carta da Superintendência

Caro Participante

Em nome dos dirigentes do Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim", queremos dar-lhes nossas boas vindas, desejando que o evento contribua significativamente em benefício da comunidade que assistimos e no aprimoramento científico dos colaboradores da nossa Instituição.

Agradecemos aos palestrantes e pesquisadores pela importante contribuição de cada um para o sucesso deste evento.

A Superintendência

Carta do Presidente do Simpósio

Caros conferencistas, palestrantes, participantes e organizadores, é com muita honra e responsabilidade que venho até vocês dar-lhes boas vindas ao nosso 5º Simpósio Científico Internacional CEJAM!

Nosso evento deste ano traz algumas novidades em termos organizacionais, científicos e temáticos para os quais chamamos a atenção.

Com foco no tema central - "Ciência, Inovação e Segurança na Prática Assistencial" - dedicamos o dia 08 de agosto à realização de cursos pré-simpósio, onde profissionais com excelência nas práticas acadêmicas e assistenciais dividirão com os participantes seu conhecimento, cujos programas certamente acrescentarão muito em suas práticas diárias.

O Simpósio como um todo terá uma abordagem em todos os níveis de atenção aos quais o CEJAM está inserido, iniciando suas atividades na manhã do primeiro dia (09/08) com temas voltados ao atendimento de urgência e emergência, tanto pré quanto intra-hospitalares. No mesmo dia, no período vespertino, abordaremos temas da assistência hospitalar e suas complexidades. No dia 10 de agosto, durante a manhã, trataremos de assuntos voltados à atenção básica e fecharemos nossa programação interagindo todas as áreas de interesse naquilo que representa nossa maior busca: uma rede de atenção à saúde integrada, informatizada, garantindo à população um atendimento digno de suas necessidades.

Para tanto, contaremos com renomados palestrantes, nacionais e internacionais, para a construção deste importante momento de discussão da saúde em nosso país, trazendo exemplos e mostrando realidades por nós produzidas em 25 anos de experiência na atenção à saúde pública.

Todos os participantes terão a oportunidade de enviar suas produções científicas, para as quais nossa organização concentrou todos os esforços em produzi-las academicamente, publicando-as em anais através do cadastro do Simpósio no ISSN (*International Standard Serial Number*). Também teremos amplo espaço para a divulgação de projetos de melhoria contínua, ambos apresentados eletronicamente.

Toda esta grande produção teve como foco a parte mais interessada do Simpósio: vocês!

Portanto, aguardamos a todos com o compromisso em oferecer-lhes cursos, palestras e produção científica com aquilo que temos de melhor: nosso caloroso abraço e a enorme satisfação em tê-los conosco!

Sejam muito bem-vindos!

Sergio Dias Martuchi – Presidente do 5º Simpósio Científico Internacional do CEJAM

Prêmio Dr. João Amorim

Trabalhos Científicos

1º lugar: “IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE AUDITORIA DE PRONTUÁRIOS NO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE” Dirley Glizt e Elaine Augusto (UBS Jardim Macedônia - São Paulo/SP).

2º lugar: “TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES CRÍTICOS: COMPLICAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA” Pedro Henrique da Costa, Raissa Correia de Souza, Tamyres Araújo Donato, Lais Rocha Pires e Monique Guedes Curi (Hospital Aliança – Salvador/BA).

3º lugar: “MOBILIZAÇÃO PRECOCE NO PACIENTE CRÍTICO NA UTI ADULTO” Ulisses Vicente Pereira, Roberto Navarro e Thiago Fernandes (Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch - M’Boi Mirim – São Paulo/SP).

Projetos de Melhoria Contínua – PDCA

1º lugar: “REDUÇÃO DA TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR RELACIONADA A DISPOSITIVO INVASIVO” Patrícia Thomas de Souza, Joelma Ramos da Silva, Paula Renata Meira e Tatiane Ocon Nascimento (Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch - M’Boi Mirim – São Paulo/SP).

2º lugar: “REGISTRO DO INDICADO DE EPISIOTOMIA EM PRIMÍPARAS NO PARTO SEGURO À MÃE PAULISTANA” Michelle Carreira Marcelino, Eliene de Paula Rodrigues e Isabel Cristina Pereira (Parto Seguro à Mãe Paulistana – São Paulo/SP).

3º lugar: “AVALIAÇÃO INICIAL DO RECÉM-NASCIDO PELO NEONATOLOGISTA SOBRE O VENTRE MATERNO” Rosimeire da Silva Crisculo, Sue Ellen Santos, Athene Maria de Marco, Ana Maria Rezende e Maria Helena Baptista (Parto Seguro à Mãe Paulistana – São Paulo/SP).

4º lugar: “PROJETO AMIGO PET COIMBRA: ENFRENTANDO PRÁTICAS DE ABANDONO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS” Everton Tumilheiro Rafael e Luciana Ribeiro Maciel (UBS Jardim Coimbra – São Paulo/SP).

5º lugar: “REDUÇÃO DO TEMPO PORTA-ECG” Natalia Braz, Carlos Abreu, Edwin Adolfo Tito e Ana Paola de Camargo (Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch - M’Boi Mirim – São Paulo/SP).

Trabalhos Científicos

LISTA DE VERIFICAÇÃO OBSTÉTRICA PRÉ OPERATÓRIA (CHECKLIST) QUALIDADE E SEGURANÇA APLICADA NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA PERIFERIA DE UM GRANDE CENTRO.

Jessica Aparecida da Silva <jessicaaps19@gmail.com>.

Resumo

Introdução: Com o avanço da tecnologia em saúde, têm se aumentado o numero de procedimentos cirúrgicos incluídos partos cesáreos. No entanto, todos os procedimentos cirúrgicos possuem riscos de complicações hemorrágicas ou anestésicas. Assim foram implementados protocolos para cirurgia segura em diversos países, e que constituem ações importantes para prevenção de eventos indesejáveis aos atos cirúrgicos. Com o objetivo de oferecer estratégias para minorar estes riscos, em 2008 a OMS - Organização Mundial de Saúde, definiu a lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC).

Objetivo: Avaliar a eficácia e aplicabilidade de uma lista de verificação (checklist) pela enfermagem na sala de cirurgia obstétrica imediatamente antes do ato operatório.

Metodologia: Estudo observacional de revisão das auditorias realizadas de Agosto de 2014 a Maio de 2016 em um hospital publica na periferia de um grande centro.

Descritores: Segurança do paciente, Cirurgia obstétrica, Enfermagem.

Resultado: A adesão no inicio do estudo em 2014 após revisão de 124 auditorias (checklist cirúrgico obstétrico) foi de 80% e em dezembro do mesmo alcançou-se 100% de adesão. Já em 2015 foram realizadas 160 auditorias da lista de verificação que permaneceu com 100% de taxa de adesão. No ultimo período de estudo, entre janeiro á maio de 2016 foram realizadas 36 auditorias com resultado de também 100% de adesão.

Conclusão: A correta execução das auditorias - checklist cirúrgico obstétrico - confirmada por nossa investigação contribuiu para a prevenção e redução de eventos

Referências Bibliográficas

Boeckmann LM, Rodrigues MCS. Segurança cirúrgica na cesárea: Revisão integrativa. Rev. Cogitare Enferm. 2015, Out/dez; 20(4):758 - 766.

Fonseca RMP, Peniche ACG. Enfermagem em centro cirúrgico: Trinta anos após criação do sistema de assistência de enfermagem perioperatório. Rev. Acta Paul Enferm. 2009.

Filho GRM, Silva LFN, Ferracini AM, Et Al. Protocolo de cirurgia segura da OMS: O Grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. Ver. Bras Ortop.2013.

Carvalho, R. Martins GS. Realização do Time Out pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. Rev. Sobecc. São Paulo, 2014; 19(91): 18-25.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf].

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – EM FOCO A GESTÃO ASSISTENCIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Caroline Carapiá Ribas Lisboa <caroline.lisboa@cejam.org.br>.

Resumo

Em um país com problemas tão graves como o Brasil, de desigualdades sociais extremas, investir na primeira infância constitui-se em uma estratégia política de mais alta relevância. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família, proporciona um cenário privilegiado para a implantação efetiva das medidas necessárias ao trabalho com o desenvolvimento infantil. Para ajudar na organização de ações, considerando os determinantes do desenvolvimento infantil, acredita-se que sensibilizar os profissionais de saúde para uma maior integração nos diferentes níveis, pode fortalecer a implantação de uma linha de cuidado para saúde da criança.

Objetivo: Avaliar a efetividade de uma intervenção junto a equipes de Saúde da Família, com foco no desenvolvimento infantil, para melhorar as práticas voltadas à Atenção à Saúde da Criança.

Métodos: Trata-se de um estudo de intervenção, controlado, randomizado, em que um grupo de profissionais que prestam assistência às crianças, cadastradas na Estratégia Saúde da Família recebeu uma intervenção e foi comparado a outro grupo que não recebeu. A intervenção consistiu em oferecer uma capacitação voltada à vigilância do desenvolvimento infantil aos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários que prestam atendimento às crianças cadastradas na Estratégia Saúde da Família.

Resultados: Com relação ao desempenho no pré e pós testes por categoria profissional, observou-se que os agentes comunitários de saúde apresentaram melhora significativa de conhecimentos após a intervenção ($p < 0.01$). Em relação à vigilância dos marcos do desenvolvimento infantil os dois grupos apresentaram aumento no percentual de preenchimento após a intervenção (grupo controle de 44 para 72%; $p=0,00$ vs grupo intervenção 59 para 73%; $p<0,035$). Quando indagadas sobre as possíveis orientações ofertadas sobre DI pelo médico ou enfermeiro da Equipe Saúde da Família, observou-se um aumento considerável no número de respostas afirmativas no grupo intervenção comparado ao grupo controle, sendo esse aumento estatisticamente significativo ($p=0,002$).

Conclusões: A intervenção realizada apresentou-se como um método simples, de baixo custo e fácil de ser aplicada aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, podendo ser um importante meio de contribuição para a operacionalização da vigilância do desenvolvimento infantil, fortalecendo as consultas de puericultura para uma atenção à saúde da criança voltada não só ao ganho ponderal como aos marcos do desenvolvimento, detecção precoce de desvios e sua consequente prevenção, ocorrendo um salto qualitativo ao cuidado integral. Potencial de Aplicabilidade: Acredita-se que o estudo poderá contribuir para a incorporação da vigilância ao desenvolvimento infantil nos processos de trabalho dos profissionais das Unidades Básicas. Tendo em vista os resultados apresentados, pretende-se ampliar a capacitação para outras equipes, a fim de potencializar as ações voltadas à Promoção Desenvolvimento Infantil.

Referências Bibliográficas

- Alves CR, Lasmar LM, Goulart LM, Alvim CG, Maciel GV, Viana MR et al. Quality of data on the child health record and related factors. *Cad Saude Publica* 2009;25:583-9
- Arimatea, J.E Práticas alimentares de crianças menores de um ano: as orientações de profissionais de saúde e as recomendações do Ministério da Saúde. *Ceres* 2009;4(2):65-78.
- Baltieri L, Santos DC, Gibim NC, Souza CT, Batistela AC, Tolocka E. Motor performance of infant attending the nurseries of public daycare centers. *Rev Paul Pediatr.* 2010;28:283-9.
- Brown, Tim. Design thinking: uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- Bairros, Jaqueline de; Belz, Caroline Weingärtner; Moura, Maristela; Oliveira, Sélia Gomes; Rodrigues, Tânia Terezinha; Silva, Stefani Cavalheiro; Costa, Fátima Terezinha da. Infância e adolescência: a importância da relação afetiva na formação e desenvolvimento emocional. In: 16. Seminário Pesquisa e Extensão Institucional de Ensino, 4-6 out 2011; Santa Cruz-BR. [acesso em DIA MÊS ANO]. Disponível em: <http://livrozilla.com/doc/701733/inf%C3%A2ncia-e-adolesc%C3%Aancia--a-import%C3%A2ncia-da-rela%C3%A7%C3%A3o-afetiva>
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70 [original publicada em 1977], 2009.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF); 2009.
- Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF); 2002. (Cadernos de Atenção Básica, nº11. Normas e Manuais Técnicos)
- Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança: passaporte para a cidadania. Brasília (DF); 2011.
- Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF); 2012.

- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF); 2004.
- Brasil. Constituição (1988). Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988, Artigo 199.
- Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(4):1260-1268.
- CEInfo. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Referência: 2008 [acesso em 10 de julho de 2015]. Disponível em www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo
- Ceres GV, Knauth DR, Hassen M. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo; 2000.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. Aspectos jurídicos da proposta das Organizações Sociais Autônomas. Parecer jurídico nº 031/97. Brasília (DF); 1997. 16p.
- Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A Desnutrição e Obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 (Sup 2):S332-S340.
- Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília (DF); 2005.
- Dezoti AP, Alexandre AMC, Tallmann VAB, Maftum MA, Mazza VA. Rede social de apoio ao desenvolvimento infantil segundo a equipe de saúde da família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem Rev Anna Nery*, 2013;17 (4):721-729.
- Eyken EDV, Riberiro CDM. Desenvolvimento infantil: seus agentes e as políticas públicas do município do Rio de Janeiro. *Physis* [acesso em 15 out 2015]; 22(3): 1085-1099. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01037331201200030001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300013>.
- Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [acesso em 15 out 2015]; 65(1):148-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167201200010002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100022>.
- Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington: OPAS; 2005.
- Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK. Continuing education on child development for primary healthcare professional: a prospective before-and-after study. *São Paulo Med J*. 2014; 132(4) 211-8
- Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde Pública*. 2013;19(6): 1691-1699.
- Gaiva MAM, Silva FB. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. *Rev Enfermagem*. UFPE on-line. 2014;8(3):742-9.
- Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. *Rev paul. Pediatr*. São Paulo. 2008;26(2):106-112.
- Marino E, Pluciennik, Gabriela Aratangy. Primeiríssima infância da gestação aos três anos: percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2013.
- Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001. t.2.
- Mendes, EV. Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
- Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília(DF); 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 11. Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília (DF); 2005.
- Ministério da Saúde. Ministério da Saúde e municípios : juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde. 2. ed. Brasília (DF); 2013.
- Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Estud. av.* [online]. 2003 [acesso em 17 de novembro de 2015];17(48):48-7-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142003000200002>.
- Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A Enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. *Revi Rene*. Fortaleza, 2011;12(1): 73-80.
- Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc*. 2004; 13(3):44-57.
- IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília(DF):MP, SPI; 2014.
- Oliveira LL, Costa VMR, Requeijo MR, Robolledo RS, Pimenta AF, Lemos SMA. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para a vigilância do desenvolvimento infantil. *Rev Paul Pediatr*.2012;30(4): 479-85.
- OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, DC; 2005.
- Pina JC, Mello DF, Mishima SM, Lunardelo SR. Contribuições da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):142-8.
- Reichert APS, Vasconcelos MGL, Eickmann SH, Lima MC. Avaliação da implementação de uma intervenção educativa em vigilância do desenvolvimento infantil com enfermeiros. *Rev esc enferm*. USP.2012[acesso em 15 out 2014];46(5):1049-1056. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00806234201200050003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S008062342012000500003>.
- Reicher, APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Rev*. 2012; 13(1): 114-26.
- São Paulo (Estado). Lei Complementar no 846, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 05 jun 1998.
- São Paulo (Estado). Resolução SS142, de 24 de outubro de 2008. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 30 out 2008.
- SEADE-Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Referência: 2008. Síntese de Resultados das Regiões Metropolitanas [acesso em 04 de fevereiro 2015]. Disponível em <http://www.seade.gov.br>
- SEADE- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Referência: 2010. Síntese de Resultados das Regiões Metropolitanas [acesso em 04 de fevereiro 2015]. Disponível em <http://www.seade.gov.br>
- Shonkoff JP. Building a new biodevelopmental framework to guide future of early childhood policy. *Child Dev*. 2010; 81(1):357-67.
- SIAB-Sistema de Informação da Assistência Básica. Referência: setembro/2013. Sistema de Informações da Atenção Básica [acesso em 04 de fevereiro 2015]. Disponível em <http://www.seade.gov.br>
- Sigolo ARL, Aiello ALR. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. *Paidéia*. 2011;21(48):51-60.
- Silva FB. A Caderneta de Saúde da Criança na percepção dos profissionais que atuam na rede básica de saúde de Cuiabá-MT [dissertação de mestrado]. Cuiabá-MT: Universidade Federal de Mato Grosso; 2014.
- Schneider A, Ramires VR. Primeira infância melhor: uma inovação em política pública. Brasília (DF): UNESCO;2007.
- Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ Pesq*.2005;31(3):443-466.
- Veleda AA, Soares MCF, César-Vaz MR. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças. *Rev Gaúcha Enferm*.2011;32(1): 79-85.
- Venancio SI, Martins MCN, Sanches MTC, Almeida H; Rios GS, Frias PG. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na Atenção Básica. *Cad Saúde Pública*. 2013. 29(11):2261-2274..
- Young M, organizador. Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010.
- Zepone SC, Volpon LC, Ciampo LA. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30 (4):594-9.
- Zoboli ELCP, Fracolli LA, Chies, AM. Nossas crianças: toda hora é hora de cuidar. *Revista de Cultura e Extensão USP*. 2010; 4:17-24.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO OPORTUNA EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO: PERFIL DO USUÁRIO ATENDIDO

Raquel Kaori Nagai <raquelnagai@gmail.com>.

Resumo

Introdução: Em 2015, a Área Técnica da Pessoa com Deficiência iniciou a implementação do “Protocolo de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil – CER/NIR”, instrumento avaliativo baseado em escalas do desenvolvimento infantil (Denver II, Gesell, David Werner) e instrumentos anteriormente registrados no Caderno de Orientação Técnica do SUS, para os bebês nascidos na cidade de São Paulo, acompanhados no SUS e encaminhados para os serviços de reabilitação da rede. Este protocolo tem como objetivo a análise das aquisições esperadas no desenvolvimento do bebê de 0 a 24 meses e evoluções nas idades de 36, 48 e 60 meses. Preconiza-se a aplicação do instrumento por equipe multiprofissional a partir do acolhimento do bebê de risco e o ideal é que seja avaliado o mais precocemente possível, para intervenção oportuna imediata¹. A atual pesquisa visa apresentar o perfil do bebê de risco atendido em um centro de reabilitação da cidade de São Paulo a partir da análise do Protocolo, no período entre jan-mar/16.

Objetivo: Realizar análise quantitativa e criar subsídios para melhoria do Protocolo de Intervenção Oportuna através do perfil do bebê de risco incluso no serviço de reabilitação.

Método: Foram analisados 34 prontuários de jan-mar/16 (n=34). Os dados foram coletados do referido Protocolo, a fim de montar o perfil dos pacientes atendidos. A análise estatística foi realizada através de número e frequência simples.

Resultados: Após a coleta de dados o perfil mostrou que: As crianças avaliadas não são abrigadas (94%), faixa etária materna de 20 |- 30 anos (35,3%), 94% fizeram pré natal que começou no 1º trimestre (73,5%), 62% foi gravidez de risco, 43% apresentaram sífilis na gestação, 73% dos partos ocorreram no HMBM, deste 47% cesárea, 61% apresentaram Apgar entre 7 |- 10, 35% permaneceram 3 dias no hospital, dos que passaram por procedimento, 38% foram por fototerapia e 02, 79% amamentaram no hospital e 94% foram inclusos no serviço de reabilitação. Discussão: Após os resultados obtidos, notamos que em muitos prontuários não constam informações essenciais. Talvez isto ocorra por: falta de dados documentados (relatório de alta e Caderneta de Saúde da Criança), porque não está preenchido, não foi realizado ou por falha profissional. Já o termo “triagem metabólica” não está bem definido para a equipe multi realizar preenchimento adequado. Por falta de definição de “mamadeira”, a diferença de resultados entre este termo e “aleitamento materno” pode ocorrer pois em muitos casos o bebê pode estar recebendo leite materno concomitantemente à mamadeira contendo fórmula².

Conclusão: Através desta pesquisa foi possível perfilar a população atendida no centro de reabilitação. Podemos observar possíveis melhorias no protocolo; sugerimos a criação de indicadores que priorizem o acompanhamento e reabilitação e melhor treinamento dos profissionais afim de coletar dados fidedignos para melhoria na atuação da equipe multiprofissional com bebês de risco.

Referências Bibliográficas

1. Área técnica da pessoa com deficiência da Prefeitura de São Paulo. Protocolo do acompanhamento do desenvolvimento infantil – CER/NIR. São Paulo; 2015.
2. Medeiros, A.M.C e Bernardi, A.T. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. 16 ed. 2011.

3. Frankenburg, W. K., Dodds, J., Archer, P., Bresnick, B., Maschka, P., Edelman, N. et al. Denver II training manual. Denver: Denver Developmental Materials. 1992.
4. Gesell, A., Ámatruda, C. S. Developmental diagnosis. Hoeber. 1997.
5. Gesell, A. The first five years of life. 1972.

SAÚDE E SABOR: O RESGATE DO CONHECIMENTO POPULAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Thalita Rigotti Ribeiro de Jesus <farmacia.rigotti@gmail.com>, Kelcey Teixeira Erthal e Michele Santos de Assuncao <michellerh@hotmail.com>.

Resumo

O uso de plantas medicinais é uma prática milenar utilizada no tratamento das doenças. E muito do que se sabe hoje a respeito de tratamentos com plantas provém do conhecimento popular¹. Aliar este conhecimento ao científico é de fundamental importância para melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Objetivo: Relatar a experiência de uma equipe multiprofissional na condução de um grupo de plantas medicinais, envolvendo as Equipes de Saúde da Família, tendo como intuito resgatar o conhecimento popular, orientar e informar sobre o cultivo, benefícios, cuidados e toxicidade das plantas medicinais para saúde e implementar o uso dessas na alimentação unindo o saber popular ao científico.

Método: Buscando implementar formas integrativas de aprendizagem e colocar em prática um tema importante da atualidade, que é a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, foi realizado inicialmente uma eleição entre os colaboradores da Unidade para determinar um nome para este grupo. Foi eleito o nome "Saúde e Sabor". Desenvolvido sob a ótica da metodologia participativa os encontros com a comunidade acontecem mensalmente com palestras educativas ministradas pela equipe multiprofissional composta pela Agente de Promoção Ambiental (APA) que fala da caracterização botânica, plantio e cultivo, a Farmacêutica que descreve a indicação terapêutica, farmacologia e toxicidade das plantas e a Nutricionista que ensina o modo de preparo correto dos chás e dá dicas de receitas para incentivar o uso das ervas na alimentação. No final de cada encontro temos a degustação de pratos que contém como um dos ingredientes a planta apresentada. Toda a proposta de atividade tem como referência a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) e o Caderno de Plantas Medicinais da SMS, contando ainda com a facilidade de acesso a esta planta.

Resultados: O grupo Saúde e Sabor acontece já há quase 3 anos e despertou um grande potencial de participação contando hoje com um público de usuários fiel aos encontros, preservando o saber popular mas também ampliando e qualificando este conhecimento. A unidade também se tornou referência na dispensação dos medicamentos fitoterápicos que fazem parte da Rede Municipal de Saúde e com isso os médicos da unidade passaram a se interessar mais por essa alternativa de tratamento prescrevendo além dos medicamentos alopáticos, os fitoterápicos para tratar algumas patologias específicas com indicação de uso.

Discussão: A população residente na área de abrangência utiliza como prática frequente as terapias complementares, demonstrando que a implantação da PNPIC no SUS vem ao encontro das necessidades da comunidade.

Conclusão: O resgate do conhecimento popular, aliado ao científico visando promover a saúde com o uso racional das plantas medicinais pode ser utilizado como um instrumento de proximidade e de valorização da cultura da comunidade bem como, uma alternativa acessível de tratamento.

Referências Bibliográficas

1. AMOROZO, M.C.M. 1996. Abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: Di Stasi, L. C. (Org.) Plantas medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: UNESP. p. 47-68.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.
3. Oliveira, M. J R; Simoes, M. J S; Sassi, C. R R. Fitoterapia no sistema de saúde pública (SUS) no Estado de São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Plantas

Medicinais, v. 8, n. 2, p. 39-41, 2006. Disponível em:
<<http://hdl.handle.net/11449/68776>>. Acessado em 08 de julho de 2016

4. Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Atenção Básica/Área Técnica das Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde. Caderno de Plantas Medicinais. São Paulo, 2011.

5. Saúde. Edição Especial: Plantas medicinais. São Paulo: Editora Abril, 2000. Ministério da Saúde, Consulta Pública do Sistema Único de Saúde: "Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

CONSULTÓRIO NA RUA E A COORDENAÇÃO DO CUIDADO FRENTE AO TRANSPLANTE DE CÓRNEA EM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Eimi Makino <consultorionaruambu@gmail.com>, Bárbara Bella Urban <bahbella@gmail.com>, Maria do Socorro Silva de Mello <mariadosocorro.embu@gmail.com>, EDNALVA GOMES DO NASCIMENTO e JOSE LUCAS BARBOSA JACOB.

Resumo

Instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, as Equipes de Consultório na Rua (eCR), desde 2011 tem por objetivo, atuar com a população em situação de rua, ampliando o acesso desta, aos serviços de saúde. A oferta deve ocorrer de maneira oportuna, visando atenção integral desta população que se encontra em condições de vulnerabilidade social e vínculos familiares fragilizados. Em atuação desde 2014, a eCR do município de Embu das Artes, se deparou com a demanda de um transplante de córnea. Dos comprometimentos comuns relacionados ao transplante de córnea, encontramos o ceratocone, opacidades, distrofias e traumas com perfuração. O transplante de córnea trata-se da troca da córnea lesada, por uma córnea transparente de um doador do banco de olhos. Tendo em vista a atuação da eCR, pautado em ampliação do acesso de maneira oportuna, com devido encaminhamento e compartilhamento da demanda apresentada, um processo de cuidado resultante em transplante de órgão, requer ferramentas de manejo para sua efetivação, o processo para uma pessoa que se encontra em situação de rua se torna mais complexo, exigindo: vinculação para início do cuidado e identificação dos problemas; busca ativa pelo usuário e efetivação do diagnóstico; fluxo resolutivo pensado na questão temporal que o sujeito apresenta; articulação da rede de cuidado pelas diferentes instancias envolvidas e a prática da reinserção familiar como ponto relevante. O presente trabalho teve por objetivo apresentar o relato da articulação da coordenação do cuidado da eCR de Embu das Artes, frente a situação de transplante de córnea como algo inovador no atendimento em saúde da pessoa em situação de rua. Para tanto, o método utilizado trata-se do relato da experiência dessa equipe, relacionados aos registros bibliográficos referentes à temática. Com base na literatura levantada, não é comum o relato de atuação de eCR resultando em transplante de órgão. A efetivação do cuidado culminando com o sucesso da cirurgia, representou uma boa atuação da equipe envolvida, com o reconhecimento e atuação em tempo hábil, da demanda. A articulação da rede, com início pela eCR, e direcionamento para o atendimento de urgência, Unidade de Pronto Atendimento, e posterior acionamento do setor terciário, conforme a necessidade exposta; todo esse processo ocorrendo de forma oportuna se mostrou imprescindível. A ferramenta do vínculo com o usuário possibilitou em todas as etapas do cuidado, a problematização da necessidade de atendimento e a pactuação conjunta e consciente do processo de cuidado a ser estabelecido, que percorre todas as esferas assistenciais de forma segura e com base na confiança do usuário. Não só a articulação, mas sim a coordenação da eCR em questão, atuando de forma estratégica na rede, possibilitou o cuidado longitudinal, proporcionando uma retaguarda de sucesso para o caso de transplante.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Básica. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.htm

CEMA. In: CEMA Hospital: Transplante de córnea [Internet]. [Acesso em: 2016 jul 06]. Disponível em: <http://www.cemahospital.com.br/transplante-de-cornea/>

Silva Felicialle Pereira da, Frazão Iracema da Silva, Linhares Francisca Márcia Pereira. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 Apr [cited 2016 July 08]; 30(4): 805-814. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400805&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00100513>.

A UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS REMOTOS DE COMUNICAÇÃO NA ÁREA DE NUTRIÇÃO

Thaís Barros de Avelar Anastacio <nasf.thais@cejam.org.br>.

Resumo

A Telemedicina ou Telessaúde pode ser definida como um conjunto de tecnologias e aplicações que permitem a realização de ações médicas à distância, podendo ser aplicada em hospitais e instituições de saúde, em discussões de casos clínicos, auxílio de diagnóstico, assistência à pacientes crônicos, idosos, gestantes de alto risco, assim como assistência direta ao paciente, em sua casa (1). A área de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) corresponde a todas as tecnologias que facilitam a coleta, o processamento, o armazenamento e a troca de informações por meio da comunicação eletrônica (2). O objetivo deste presente estudo foi revisar as experiências do uso de TIC na área da nutrição e controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e apresentar novos métodos de intervenções educacionais aos profissionais de saúde. Verificou-se que o uso adequado das TIC pode favorecer o controle da saúde do paciente incentivando o auto-monitoramento dos sinais vitais, como aferição da PA, glicemia, peso, além da adesão as medicações prescritas, cuidados alimentares, fidelização ao médico e equipe multiprofissional e a realização de exercícios físicos(3,4). Apesar de existirem estudos em diferentes áreas da saúde, observa-se escassez de estudos de telessaúde ou telemedicina na área de nutrição, por isso, torna-se importante que novas pesquisas sejam realizadas para ampliar o uso de TIC para favorecer o nutricionista e seu paciente(5).

Referências Bibliográficas

1. SABBATINI RM, CARDOSO SH. Telemedicina na educação continuada em saúde. Sanare-Revista de Políticas Públicas, 2013, 3(1): 23-25.
2. WELCH G, BALDER A, ZAGARIN S. Programa Telessaúde para Diabetes Tipo 2: Usabilidade, satisfação e utilidade clínica em uma Saúde Comunidade Urbana Centro de Telemedicina e e-Saúde , 2015, 21 (5), 395-403.
3. LULEY C, BLAIK A, GÖTZ A, et al. Weight Loss by Telemonitoring of Nutrition and Physical Activity in Patients with Metabolic Syndrome for 1 year. J of the Amer Coll of Nutr, 2014, 33(5): 363-374.
4. LULEY C, BLAIK A, RESCHKE K et al. Weight loss in obese patients with type 2 diabetes: Effects of telemonitoring plus a diet combination–The Active Body Control (ABC) Program. diabetes research and clinical practice, 2011, 91(3), 286-292.
5. FRANC S , BOROT S, RONSIN O, et al. Telemedicine and type 1 diabetes: Is technology per se sufficient to improve glycaemic control? Diab & Metab, 2014, 40(1): 61-66.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE NASF "TECENDO A VIDA"

Nathaly Alves da Silva <nathaly.to@hotmail.com>.

Resumo

Introdução: Uma das estratégias de apoio do NASF é utilizar grupos terapêuticos como forma de favorecer inclusão social, atividades educativas e terapêuticas. Neste pensamento surge o grupo "Tecendo a Vida", apoiado pela Terapeuta Ocupacional e equipe ESF.

Objetivos: Descrever a experiência do grupo terapêutico "Tecendo a Vida".

Método: O grupo terapêutico Tecendo a Vida foi criado em Janeiro de 2014. Onde é confeccionado cachecóis em madeiras de tear e rodas de conversa. Este grupo tem como objetivo propiciar a promoção da saúde mental, trabalhar o potencial criativo do paciente através do tecer cachecóis de lã. Aprimorando a coordenação motora, resolução de problemas, a autoestima e a resignificação da vida. Favorecendo o fortalecimento psíquico e a descoberta de potencialidades, mostrando ao paciente sua capacidade independentemente de sua condição. Além de proporcionar um momento de lazer, uma oportunidade de aumentar a renda, trabalhar a amizade e refletir através das conversas que surgem durante o período de grupo. O grupo é realizado no período da manhã. Hoje temos aproximadamente 46 mulheres, divididas em duas unidades básicas de saúde. Ele é composto por sua maioria de pacientes que possuem algum transtorno psíquico (como depressão, ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo), pacientes com deficiência intelectual (leve e moderada) e mulheres do lar que passavam seus dias cuidando apenas das tarefas domésticas, sem terem atividades que lhes propiciassem lazer e prazer. Durante o tecer cachecol, temos a oportunidade de uma ensinar a outra, tirar suas dúvidas e conversar sobre os assuntos diversos do dia a dia.

Resultados/Discussão: Após análise destes 2 anos de grupo, descobrimos que muitas das pacientes apresentaram maior paciência dentro e fora de casa, melhora na memória de longo e curto prazo, adquiriram maior coordenação motora. Como também ganho da autoestima, autonomia e independência. Todas relatam ao longo dos meses que se sentem mais tranquilas, aumentaram e/ou construíram seu círculo de amigas, se sentem mais seguras para vencer e trabalhar conflitos internos. Encontrando um espaço que promove a escuta, a fala e a partilha.

Conclusão: As falas iniciais no início do processo eram de - "Não consigo" e ao longo dos grupos transformou-se em "Vou tentar de novo". Assim concluímos que o tecer no tear fortalece o paciente em sua totalidade e revela suas capacidades, contribuindo para melhoria da qualidade de vida destas mulheres que se encontravam em situação de sofrimento emocional, oferecendo condições favoráveis ao desenvolvimento do ponto de vista psicossocial, além de propiciar um espaço favorecedor de vínculos afetivos entre as participantes, visando, assim, à formação de uma rede de suporte social; fortalecendo o vínculo entre a ESF e a comunidade; e favorecendo o desenvolvimento de autonomia e estimulando uma participação mais ativa e criativa na sociedade.

Referências Bibliográficas

Saraiva AM, Ferreira Filho MO, Dias MD. Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: histórias de cuidadoras. Rev Eletr Enferm. [periódico on-line]. 2008 out; [citado 2008 jul 09];10(4): [aprox. 10 telas]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a12.pdf>

SCARDOELLI, Márcia Glaciela da Cruz and WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. "Grupo" de artesanato: espaço favorável à promoção da saúde mental. Esc. Anna Nery [online]. 2011, vol.15

O USO DE PRÁTICAS DE RELAXAMENTO, MEDITAÇÃO E MINDFULNESS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III – CAPS AD III

Rosiane Lopes da Silva <rosipsico03@gmail.com>.

Resumo

Introdução: A prática da meditação situa-se na área das práticas integrativas e complementares em saúde. A meditação foi popularizada por meio da disseminação da prática do yoga no ocidente. As pesquisas científicas na área reconhecem os benefícios da prática da meditação (Kozasa, 2006; Williams e Penman, 2015). Logo refere-se a “[...] disciplina baseada em posturas corporais e no controle dos ciclos respiratórios, que visa estabelecer o equilíbrio entre a mente e o corpo pelo desenvolvimento da consciência corporal [...]” (dicionário da língua portuguesa, 2016). A prática meditativa envolve uma experiência sensório-motora em que o praticante permanece sentado em silêncio, relaxado, com os olhos fechados e respirando de modo consciente (Jonhson, 1995 apud Kozasa, 2006). Cardoso et al (2004), acrescentam que a meditação envolve o estado alterado da consciência e o relaxamento muscular, caracterizando-se como uma prática autoinduzida e autofocalizada, especialmente na própria respiração.

Objetivos: 1) Apresentar uma breve revisão bibliográfica sobre o tema; 2) Apresentar as boas práticas para essas intervenções; e 3) Apresentar uma proposta de aplicação prática.

Método: Trata-se de um levantamento bibliográfico sobre o tema; e um relato de experiência. O grupo 'manejo de ansiedade' é realizado uma vez por semana no CAPS AD III, com duração de uma hora. O encaminhamento é feito pela própria equipe. O número de participantes é limitado a dez inscritos. Não há um número de sessões predefinida. A alta do grupo é acordada entre o coordenador do grupo e o próprio praticante, considerando o número de sessões praticadas, os benefícios da participação no grupo e a presença de fila de espera. O projeto terapêutico dos usuários no CAPS AD III é dinâmico e há rotatividade dos participantes, o que contribui para a não frequência prolongada no grupo e a possibilidade de novos participantes.

Resultados/Discussão: O grupo de manejo de ansiedade visa ensinar os usuários a lidarem com a ansiedade e a fissura e, conseqüentemente, prevenir recaídas do uso de substâncias por meio da prática meditativa e do relaxamento. As principais técnicas utilizadas são: respiração diafragmática, alongamentos (Anderson, 2003); relaxamento muscular de Jacobson, entre outras (Lipp et al., 1997; Williams e Penman, 2015).

Conclusões: As práticas integrativas e complementares em saúde são alicerçadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS (Brasil, 2006). Tais práticas incluem as técnicas de meditação e relaxamento como recursos que “visam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde [...]” (Brasil, 2006, p. 10). Essas práticas podem, portanto, ser ferramentas aliadas ao tratamento dos transtornos relacionados ao abuso e dependência de substâncias psicoativas. Considera-se importante estudos futuros que evidenciem seu uso nos equipamentos públicos de saúde, em especial os CAPS AD.

Referências Bibliográficas

Anderson B. Alongue-se. 23 ed. Anderson J, ilustrações. Bolanho DM, tradutora. São Paulo: Summus; 2003.

Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Cardoso R, Souza E, Camano L, Leite JR. Meditation in health: an operational definition. Brain Research Protocol. 2004;14(1):58-60.

Dicionário da língua portuguesa. Porto editora. [aplicativo smartphone]. [Google, 2016]. [acesso em 02/06/2016]. Disponível em https://play.google.com/store/apps/details?id=pt.portoeditora.android.dicionario.lingua_portuguesa&hl=pt_BR

Kozasa, EH. A prática de meditação aplicada ao contexto da saúde. Saúde Coletiva. 2006;10(3):63-66. Disponível em <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84222224007>

Lipp MEN e cols. Relaxamento para todos: controle o seu stress. Campinas, SP: Papirus; 1997.

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Sistema Integrado de Bibliotecas. Orientações para elaboração de trabalhos técnicos/científicos: projeto de pesquisa, teses, dissertações, monografias entre outros trabalhos científicos, conforme o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (VANCOUVER). Elaboração Roziane do Amparo Araújo Michielini. Belo Horizonte; 2016.

Williams M e Penman D. Atenção Plena. Korytowski I, tradutor. Rio de Janeiro: Sextante; 2015.

RELIGIOSIDADE DAS VÍTIMAS DE LESÃO AXONIAL DIFUSA

Genesis de Souza Barbosa <genesis@ufrj.br>.

Resumo

Introdução: As relações entre religiosidade e saúde física tem sido cada dia mais estudadas e as evidências mostram que as práticas religiosas e espirituais podem ser associadas com melhora física, melhora da saúde mental e a um maior apoio social. Entretanto, são inexistentes os estudos que investigam a mudança da religiosidade e a recuperação das vítimas de lesão axonal difusa (LAD).

Objetivo: Descrever a mudança na religiosidade das vítimas de LAD entre o período que antecede o trauma e seis meses depois.

Método: Estudo do tipo coorte prospectivo, com dados coletados na internação e seis meses após o trauma. Fizeram parte do estudo vítimas de trauma craniocéfálico (TCE) grave (escore na Escala de Coma de Glasgow ≤ 8) com idade ≥ 18 anos e ≤ 60 anos, admitidas em hospital referência para o atendimento das vítimas de trauma na cidade de São Paulo, no período de julho de 2013 a fevereiro de 2014. A mudança na religiosidade das vítimas de LAD foi identificada pelas diferenças dos resultados da aplicação do Índice de Religiosidade da Universidade de Duke – DUREL nos dois períodos de avaliação. O Índice de Duke é composto por cinco questões distribuídas em três domínios: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). As pontuações dos domínios são invertidas, de tal forma que quanto menor a pontuação, maior a religiosidade. Foi aplicado o teste de Wilcoxon para verificar a diferença da religiosidade entre os períodos.

Resultados: A casuística compôs-se de 47 vítimas com idade média de 29,6 anos ($dp=9,46$), 83,0% envolvida em acidentes de transporte e 89,4% do sexo masculino. A média do New Injury Severity Score (NISS) foi de 39,3 ($dp=12,3$). Ainda que 66% das vítimas relatassem não apresentar alterações da religiosidade, 57,5% tiveram mudanças segundo o Índice de Duke. A média desse índice foi de 3,81 ($dp=1,69$) antes do trauma e de 4,09 ($dp=1,89$) seis meses depois no domínio RO. Para o domínio RNO, os valores médios foram de 3,51 ($dp=1,73$) e 3,19 ($dp=1,53$) antes e após seis meses do trauma, respectivamente. Na avaliação do domínio RI, a pontuação foi de 5,45 ($dp=2,72$) antes da LAD e 5,26 ($dp=3,05$), seis meses após essa lesão. Neste último domínio, a questão relativa à percepção da presença de Deus na vida do entrevistado (Questão 3) apresentou valor médio inicial de 1,62 ($dp=0,92$) e final de 1,30 ($dp=0,72$). Não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas na comparação dos domínios do Índice de Duke antes e após o trauma; entretanto, na questão 3, houve diferença significativa nas respostas dos entrevistados ($p=0,028$).

Conclusão: Não houve alteração na religiosidade das vítimas de LAD entre os dois períodos analisados; no entanto, as respostas indicaram aumento da percepção de Deus em suas vidas.

Referências Bibliográficas

1. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009;(54):283-91.
2. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health*. 2010.
3. Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MF, Moreira-Almeida A, et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med*. 2011;(43):316-22.
4. Taunay CDT, Gondin FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiq Clín*. 2012;39(4):130-5.
5. Li XY, Feng DF. Diffuse axonal injury: novel insights into detection and treatment. *J Clin Neurosci*. 2009; 16(5):614-9.

O IMPACTO FINANCEIRO E DE QUALIDADE COM A DETERCEIRIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO EM UM HOSPITAL MUNICIPAL COM GESTÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Maria Elizabete Serejo de Sousa <maria.elizabete@cejam.org.br>, Paulo Mauricio Dos Santos Cabral, Kamila Conde Coelho, Vivian Martins Folly e Marcio Duarte Vicoso Barcellos.

Resumo

Introdução: 1 A Terceirização é o ato pelo qual a empresa prestadora, mediante contrato, recebe certa tarefa para que realize, devido sua expertise. 2 A Deterceirização é o processo inverso de terceirizar. 3 No âmbito organizacional existem variáveis que tendem a influenciar de forma negativa nos serviços terceirizados como a carência de qualidade e alto custo; essas duas variáveis foram decisivas para deterceirização do serviço de nutrição no Hospital Municipal que é administrado por uma Organização Social no Rio de Janeiro. 4,5

Objetivos: avaliar a qualidade e qual foi o impacto financeiro.

Método: estudo tipo relato de experiência realizado no período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015, no Hospital.

Discussão/Resultados: Com a crise econômica brasileira os recursos financeiros contratuais não acompanharam os índices de inflação e dos reajustes salariais dos dissídios coletivos. Ressalte-se o compromisso da administração em manter a excelência nos serviços prestados. Assim a estratégia implementada foi fazer a gestão direta desse serviço para se adequar ao orçamento e melhorar a sua qualidade. Inicialmente foram realizadas reuniões de trabalho com os gerentes e a direção do hospital para a elaboração de um plano de trabalho do novo serviço. A seguir foi executada cada etapa do planejamento feitos tais como: contratação da nutricionista coordenadora, elaboração dos POPS e seus respectivos fluxos, rotinas, descrição das funções, composição dos cardápios para colaboradores e pacientes, compra de utensílios e insumos, processos seletivos e contratação da equipe que é composta por nutricionistas, chefe de cozinha, cozinheiros, magarefe, auxiliares de cozinha, copeiras, auxiliares de serviços gerais, estoquista. Realização de treinamentos e discussões com as equipes para alinhamento dos processos laborais. Na avaliação dos custos e benefícios no período de um ano de gestão própria do serviço de nutrição constatou-se um aumento no quantitativo produzido de refeições e grande melhoria na qualidade das refeições ofertadas. Foi possível oferecer aos pacientes e colaboradores a ceia noturna, bem como a melhoria dos cardápios aumentando a quantidade de proteínas em todas as refeições. Passou-se a produzir coffee breack para todos eventos do hospital com uma qualidade elogiada por todos visitantes e colaboradores.

Conclusão: em relação a economia financeira atestamos uma diminuição de 46% do valor total gasto em nutrição quando comparado ao ano de 2014. Porém, quero ressaltar que os colaboradores que foram incorporados a instituição se sentiram extremamente valorizados e puderam assim participar efetivamente no desempenho do setor e melhorando o ambiente organizacional do hospital, fazendo com que através dessa experiência exitosa prosseguíssemos em direção a outros setores tais como engenharia clínica e limpeza.

Referências Bibliográficas

- 1 - Souza AA, Lara CO, Lima LCM, Xavier Ag. Uma Análise da Terceirização em Hospitais Localizados na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Sociedade, Contabilidade e Gestão, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, jan/jun 2011. Disponível em: blind review. 120 <http://atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-06/index.php/ufrij/article/viewFile/955/1099>. Acesso em 28/06/2016
- 2 - Porto A, Domingues LP, Colombelli GL deterceirização: Um Estudo De Caso Na Beta Indústria De Móveis Ltda. Ulbra Xxviii Encontro Nacional De Engenharia De Produção. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_tn_sto_075_530_12156.pdf. Acesso em 30/06/2016.
- 3 - Correia MS. Análise da Influência da Terceirização de serviços públicos sobre o processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas: O Caso da

merenda Escolar na Cidade de São Paulo. Universidade De São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Bacharelado Em Gestão De Políticas Públicas. São Paulo, 2008. Acesso em 30/06/2016. Disponível em: http://www.each.usp.br/flamori/images/TCC_Mauricio_2008.pdf.

4 - Felix D, Gonçalves CA, Gonçalves F; Terceirização de serviços: um estudo exploratório em hospitais. Pretexto, v. 8, n. 3, p. 37-51, 2007.

5 - Girardi SN, Carvalho CL, Girardi JRJB. Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da Região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório. Revista Espaço para a Saúde, v. 2, n. 1, dez. 2000. Disponível em: <http://www.ccs.br/espacoparasaude/v2n1/download_artigos1.htm>. Acesso em: 28/06/2016.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE À ASSISTÊNCIA NO HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE

Gleiciane Sant Anna Vargas <gleiciane.vargas@cejam.org.br>.

Resumo

Introdução: A educação Permanente em Saúde nas unidades que prestam assistência em saúde ao cliente é indispensável para que haja a contínua qualificação e aprimoramento dos colaboradores, os quais necessitam ter conhecimentos renovados em sua prática profissional afim de prestar uma assistência equânime, integral, humanizada e de qualidade^{1;2}. Segundo o Ministério da Saúde o processo de Educação Permanente em Saúde deve se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, com o objetivo de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.^{3;4;5}

Objetivo: Descrever os treinamentos ofertados para o aprimoramento dos colaboradores do Hospital e da unidade de emergência em relação as ações em casos de situações de emergência cardíaca.

Método: Estudo descritivo dos treinamentos realizados entre os meses de outubro de 2014 e março de 2015 para o Suporte básico e Avançado de Vida. Resultados/Discussão: foram oferecidas 396 vagas para o curso de Suporte Básico de Vida (BLS) e 96 vagas para o curso de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS). Dentre os participantes encontravam-se Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Fisioterapeutas, Dentistas e Fonoaudióloga, além de alguns servidores da rede de saúde do município do Rio de Janeiro. Inicialmente 18 colaboradores foram convidados para serem capacitados como instrutores do curso BLS. Dentre estes, 09 foram aprovados e formados como instrutores, sendo habilitados para ministrar o curso em nossa unidade. O curso BLS foi realizado no auditório do hospital vinculado à Escola de Saúde – CEJAM credenciado à American Heart Association, visando a abordagem o atendimento ao paciente com parada cardiorrespiratória, treinando os profissionais de saúde quanto a atuação e técnicas para realização da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em adultos, crianças e lactentes (incluindo ventilação com dispositivos de barreiras: bolsa-valva-máscara e máscara de ressuscitação), manuseio do desfibrilador externo automático (DEA) e técnica de desobstrução de vias aéreas. O ACLS foi realizado na sede da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e abordou as ações em relação às arritmias, desfibrilação, técnicas intravenosas, farmacologia cardiovascular, síndromes coronárias, acidente vascular cerebral (AVC), circulação artificial, ressuscitação cerebral, treinamento em desfibriladores semiautomáticos. Na avaliação final obtivemos um aproveitamento de 63% em relação ao total da força de trabalho das unidades e 88% de aproveitamento das vagas.

Conclusão: Os treinamentos permitiram a uniformidade a linguagem e a qualificação no atendimento à vítima em situações de emergência cardíaca e PCR, otimizando o tempo e consequentemente oferecendo uma perspectiva maior de sobrevida e de menor sequela aos pacientes atendidos nas unidades.

Referências Bibliográficas

- 1 - Morosini MV, Fonseca AG, Pereira IB. EDUCAÇÃO EM SAÚDE. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Acesso: 2016 Maio 16. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>.
- 2 - Freire P. Pedagogia da Indignação: Cartas Pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP. 2000.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Acesso: 2016 maio 01. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.
- 4 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências Disponível em: BRASIL. Acesso: 2016 maio 01. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.htm
- 5 - Massaroli A, Saupe R. Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no Processo de Trabalho em Saúde. Acesso: 2016 maio 20. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>

LISTA DE VERIFICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA (CHECKLIST): QUALIDADE E SEGURANÇA APLICADA NA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NA PERIFERIA DE UM GRANDE CENTRO.

Jessica Aparecida da Silva <jessicaaps19@gmail.com>.

Resumo

Introdução: Com o avanço da tecnologia em saúde, têm se aumentado o numero de procedimentos cirúrgicos¹. No entanto, todos os procedimentos cirúrgicos possuem riscos de complicações durante o ato anestésico e cirúrgico². Assim foram implementados protocolos para cirurgia segura em diversos países³, e que constituem ações importantes para prevenção de eventos indesejáveis aos atos cirúrgicos⁴. Com o objetivo de oferecer estratégias para minorar estes riscos, em 2008 a OMS - Organização Mundial de Saúde, definiu a lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC)⁵.

Objetivo: Avaliar a eficácia da aplicabilidade de uma lista de verificação de cirurgia segura, em todos os procedimentos realizados no centro cirúrgico, pela enfermagem na sala de operações imediatamente antes da cirurgia.

Metodologia: Estudo observacional em revisão de auditoria realizada durante o período de janeiro de 2015 a Maio de 2016. Aplicada na assistência cirúrgica de um hospital público na periferia de um grande centro.

Descritores: Segurança do paciente, Cirurgia segura, Enfermagem.

Resultado: Foram revisadas 214 auditorias do checklist cirúrgico no período do estudo. Em 2015 foram realizadas 160 auditorias da lista de verificação que atingiu 100% de taxa de adesão. No ultimo período de estudo, entre janeiro á maio de 2016 foram realizadas 54 auditorias com resultado de também 100% de adesão.

Conclusão: O conhecimento das preocupações do cirurgião, do anestesiolegista e da equipe de enfermagem faz com que as intercorrências em procedimentos transcorram de maneira menos estressante. A revisão das auditorias efetuadas em nosso serviço - checklist cirúrgico – confirmou que a prevenção reduz a ocorrência dos eventos indesejáveis oferecendo segurança aos pacientes aos profissionais envolvidos.

Referências Bibliográficas

1. Boeckmann LM, Rodrigues MCS. Segurança cirúrgica na cesárea: Revisão integrativa. Rev. Cogitare Enferm. 2015, Out/dez; 20(4):758 – 766.

2. Fonseca RMP, Peniche ACG. Enfermagem em centro cirúrgico: Trinta anos após criação do sistema de assistência de enfermagem perioperatório. Rev. Acta Paul Enferm. 2009.

3. Filho GRM, Silva LFN, Ferracini AM, Et Al. Protocolo de cirurgia segura da OMS: O Grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. Ver. Bras Ortop.2013.

4. Carvalho, R. Martins GS. Realização do Time Out pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. Rev. Sobecc. São Paulo, 2014; 19(91): 18- 25.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf]

MORTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE IDOSOS E NÃO IDOSOS TRAUMATIZADOS: ESTUDO COMPARATIVO

Amanda Gonçalves Carriço <amanda.goncalves@hc.fm.usp.br>, Regina Marcia Cardoso de Sousa <vian@usp.br> e Lilia de Souza Nogueira <lilianogueira@usp.br>.

Resumo

Introdução: Com o envelhecimento populacional, observa-se o aumento de eventos traumáticos entre idosos. Menor reserva fisiológica e presença de comorbidades nesta população impactam negativamente na recuperação das vítimas e, conseqüentemente, na sobrevivência. Existem poucas evidências na literatura que analisam a mortalidade de idosos em relação aos não idosos, especialmente no contexto brasileiro.

Objetivo: Comparar a mortalidade na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de idosos e não idosos traumatizados segundo gravidade do trauma e causa externa.

Método: Estudo de coorte prospectivo, realizado entre 2012 e 2015 em quatro hospitais localizados em São Paulo, Brasil. Os critérios de inclusão das vítimas de trauma na pesquisa foram: idade ≥ 18 anos e permanência na UTI por no mínimo 24 horas. Foram analisados dois grupos: idosos (≥ 60 anos) e não idosos (≥ 18 e < 60 anos). A gravidade do trauma foi mensurada segundo o Injury Severity Score (ISS) e categorizada em: <16 , ≥ 16 e <24 e ≥ 25 . A causa externa foi classificada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e categorizada em quedas versus outras causas externas. Os testes Qui-Quadrado e t-Student foram utilizados nas análises, com nível de significância de 5%.

Resultados: A casuística foi constituída por 380 pacientes (81,3% homens, 19,2% idosos, 41,5 \pm 18,9 anos). As quedas prevaleceram na amostra (34,7%) seguidas dos acidentes motociclísticos (23,4%). A média do ISS foi de 14,3 ($\pm 8,3$) e 74 vítimas de trauma morreram na UTI (28,8% idosos e 17,3% não idosos). Na comparação de idosos e não idosos que morreram na UTI segundo gravidade do trauma, houve diferença significativa entre os grupos em relação à média do escore ISS ($p=0,001$; ISS- idosos 14,0 \pm 6,6 e não idosos 21,7 \pm 9,0) e distribuição nas categorias do ISS ($p=0,004$), com maior frequência de não idosos graves (ISS ≥ 25). Em relação à causa externa, houve diferença entre a mortalidade dos grupos ($p=0,006$), com maior frequência de óbitos de idosos, vítimas de queda (66,7%), em relação aos não idosos (32,1%).

Conclusão: A mortalidade das vítimas de trauma na UTI foi maior no grupo de idosos. Nesse grupo a morte por queda foi mais frequente e as mortes ocorreram em trauma de menor gravidade.

Referências Bibliográficas

1. Rodrigues J, Ciosak SI. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(6):1400-5.
2. Hirano ES, Fraga GP, Mantovani M. Trauma no idoso. Medicina, Ribeirão Preto. 2007;40(3):352-7.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. CID -10 – Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Causas externas de morbidade e de mortalidade [texto na Internet]. Brasília; 2016 [citado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>
4. Baker SP, O'neill B, Haddon W, Long WB. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma. 1974;14(3):187-96.
5. Broska Júnior, César Augusto; Folchini, Augusto Bernardo De; Ruediger, Ricardo Rydygier de. Estudo comparativo entre o trauma em idosos e não idosos atendidos em um Hospital Universitário de Curitiba / Comparative study of trauma in the elderly and non-elderly patients in a University Hospital in Curitiba. Rev Col Bras Cir; 2013; 40(4): 281-286.

EXPERIÊNCIA EXITOSA NO ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL DOS GRUPOS DE CAMINHADA/ALONGAMENTO E GRUPO DE DANÇA-AFROMIX NA UBS JARDIM MACEDÔNIA

Sueli Mioto Ricaldes Teixeira <suricaldes@hotmail.com>.

Resumo

Introdução: Ser ativo fisicamente traz benefícios individual e coletivamente. Quando a prática de atividade física é realizada de forma regular¹. O incentivo e o apoio à adoção de um estilo de vida saudável devem ser priorizados no acompanhamento aos usuários². Foi realizado um estudo com 383 idosos com objetivo de investigar a relação entre atividade física e cognição apontando a importância da promoção da atividade física como uma maneira de promover a saúde mental, contribuindo para a manutenção das habilidades cognitivas essenciais para a independência dos idosos⁵. Tanto o hábito de caminhar fora de casa quanto a prática regular da caminhada aumentam o equilíbrio funcional e diminuem o risco de quedas em idosos³. Dependendo do estágio de vida que se encontram, os indivíduos possuem necessidades que precisam ser atendidas de forma diferenciada, e os grupos podem ser um elemento facilitador para o processo de cuidado que envolve a promoção da saúde⁴.

Objetivo: Dada a importância da Atividade física para a comunidade são oferecidos um grupo de caminhada e um grupo de dança Afromix em uma quadra esportiva no Bairro Jardim Macedônia à população com o objetivo de realizar ações de promoção da saúde em grupo no âmbito da atenção básica com ênfase na prática da atividade física/corporal e da alimentação saudável.

Método: Em uma UBS da zona sul de São Paulo promove-se diariamente atividade física de caminhada e dança Afromix em uma praça do bairro Jardim Macedônia por ser um local de fácil acesso a população. Nos dias de segunda, quarta e sexta-feira são realizadas atividades de alongamento e caminhada. Terça e quinta-feira são oferecidas aulas gratuitas de dança Afromix patrocinadas pela ACAM (Associação Cidadania Ativa do Macedônia). Esses grupos são acompanhados pelos auxiliares de enfermagem através da verificação da pressão arterial, pelas ACSs que marcam a frequência dos participantes e juntamente com o educador físico organizam as atividades de caminhada, uma enfermeira e pela nutricionista que orienta mensalmente a importância da alimentação saudável aliada à prática de atividade física.

Resultados/Discussão: Cerca de 77 pessoas participam do grupo de caminhada e possuem entre 20 e 60 anos ou mais sendo que a maioria possui entre 60 anos ou mais. Já no grupo de Afromix participam 70 pessoas entre menos de 20 anos e 60 anos e a maior faixa etária é entre 40 a 60 anos (34 pacientes) seguidos de 20 a 40 anos (18 pacientes). Percebe-se uma maior adesão de idosos ao grupo de caminhada quando comparados ao grupo de Afromix. Cerca de 15 pessoas participam tanto do grupo de caminhada quanto do grupo de Afromix.

Conclusão: Verifica-se o grau de satisfação dos usuários por ter a oportunidade e o incentivo para praticar o exercício físico e com isso diminuir o stress do dia a dia, complicações das doenças crônicas e melhoria da qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p.: il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12)
3. HELRIGLE, Carla et al. Efeitos de diferentes modalidades de treinamento físico e do hábito de caminhar sobre o equilíbrio funcional de idosos. *Fisioter.mov.* 2013, vol.26, n.2, pp.321-327.
4. PIELGER, Calíope et al. Atividades de promoção à saúde para um grupo de idosos: um relato de experiência. *Rev Enferm Atenção Saúde.* Ago/Dez 2015.
5. SILVA, Thais et al. Fluência verbal e atividade física no processo de envelhecimento normal: um estudo epidemiológico em Ermelino Matarazzo, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.* 2010, vol.15,n.1, pp.50-56.

ABORDAGEM INTEGRAL AO PRÉ-NATAL HUMANIZADO EM PARCERIA COM A ODONTOLOGIA

Evandro Luis Oliveira <luisoliveira27a@yahoo.com.br>

Resumo

Introdução: O acolhimento nas práticas de Saúde foi proposto com a finalidade de resolutividade 1. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e eficácia, sinalizada pelo caso em questão 2. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde 3,4,5. Estudos recentes evidenciam a importância do profissional da odontologia durante a gestação, período esse em que acontecem numerosas alterações fisiológicas. A maioria dos procedimentos odontológicos, não gera quaisquer males ao feto, sobretudo quando executados no período gestacional ideal. Este é ainda o período ideal para se motivar e educar a gestante que se encontra receptiva à incorporação de hábitos saudáveis que beneficiem a sua saúde e a do bebê. Em muitos serviços o acesso à assistência odontológica para as gestantes ainda é difícil, devido à crença de que a grávida não possa receber tratamento e à recusa por parte de alguns profissionais em prestar atendimento quando solicitados, muitas vezes em consequência do seu despreparo 6.

Objetivos: Estreitarmos em nossa unidade a interação com o serviço de odontologia para garantir o atendimento integral às gestantes e reestruturar o acolhimento para garantir este atendimento.

Método: Sensibilização dos enfermeiros e odontólogos para garantia do agendamento diário das gestantes, onde é feita uma avaliação inicial individual, através de uma breve entrevista, em que são pesquisadas situações de risco, fatores predisponentes, avaliação da idade gestacional, antecedentes obstétricos, problemas odontológicos e históricos familiares.

Resultados/Discussão: Com a sensibilização foram garantidas algumas mudanças no atendimento integral da gestante, temas essenciais foram obrigatoriamente esclarecidos nesta primeira abordagem (Importância do pré-natal, rotinas da instituição, exames solicitados, serviço Multiprofissional oferecido pela instituição, aleitamento Materno, vacinação, cuidados com o corpo, alimentação, sinais de trabalho de parto e direito das gestantes). Posteriormente são conduzidas para a sala de odontologia onde o primeiro atendimento é ofertado e a consulta posterior já marcada. As gestantes de risco recebem um acompanhamento diferenciado com atendimento em serviços especializados, em nossa UBS elas já saem com a consulta do pré-natal de alto risco marcada através da nossa regulação, também é feito um agendamento para o Grupo de Gestantes que conta com o suporte de uma equipe multiprofissional.

Conclusão: Ao sensibilizar, capacitar e mobilizar a equipe multiprofissional da UBS no atendimento integral e humanizado do pré-natal está garantido um atendimento diferenciado e de qualidade.

Referências Bibliográficas

- 1- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- 2- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS - Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006.
- 3- AGUIAR, R.S.et al. Percepção de mulheres sobre o acolhimento oferecido pelo enfermeiro no pré-natal. Revista Cogitare Enfermagem. 2013, 18(4): 756-60.
- 4- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2005.
- 5- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo risco. Brasília, 2012. 3 - TSUNECHIRO, M.A. et al. Acolhimento : fator diferencial no cuidado pré-natal. An. 8, 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php> Acesso em 10 jun. 2014.
- 6- SILVEIRA, R.; CARLOS JR.; SOUZA, E. Avaliação das condições de saúde e higiene bucal em gestantes. Rev. Cons. Reg. Odont. Pernambuco, v. 3, n. 2, jul-dez/ 2000, p. 61-70.

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

Angela Maria Tabata Osawa <angela.tabata@hotmail.com>

Resumo

Introdução: O álcool é um fator de risco ao feto e a mãe que faz uso abusivo. A maioria das gestantes omite seu uso na consulta de pré-natal. O álcool ingerido na gravidez pode causar retardo mental, defeitos congênitos, abortamento espontâneo, alterações funcionais, faciais, anomalias e a Síndrome Alcoólica Fetal.

Objetivo: Identificar o papel do Enfermeiro na consulta de pré-natal sobre o consumo de álcool, durante a gestação com ênfase na Síndrome Alcoólica Fetal.

Metodologia: Para a elaboração desta pesquisa, a revisão integrativa foi usada e a coleta de dados foi dividida por etapas: definição do problema, critérios na seleção dos artigos, categorização dos estudos, leitura seletiva e criteriosa das informações extraídas, análise, interpretação e discussão dos resultados. O levantamento bibliográfico foi feito pela BIREME (Biblioteca Virtual de Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), BDEF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil) e Scielo (Scientific Electronic Library Online), início em março de 2014, abrangendo as publicações de, no mínimo, 10 anos. Foram selecionados dois eixos para nortear a pesquisa: A utilização do álcool durante a gestação e suas consequências; e o papel do Enfermeiro na consulta de pré-natal.

Conclusão: Diante dos resultados obtidos neste estudo, concluiu-se que o consumo de álcool pelas gestantes é um problema de saúde pública e requer uma intervenção imediata para se evitar agravos, tanto à gestante como ao feto, evitando, sobre tudo, a Síndrome Alcoólica fetal. O Enfermeiro exerce papel fundamental no que se refere a essa abordagem durante a consulta de pré-natal; mas como os outros profissionais de saúde precisa ser capacitado e qualificado para realizar essa abordagem de modo eficiente e incisivo, pois o estudo revelou que existe uma lacuna nesse processo.

Palavras-chave: Álcool na gestação; enfermagem; Síndrome Alcoólica fetal.

Referências Bibliográficas

ARCANJO, A.M.S. et al. Os efeitos do álcool no período gestacional. Rev. multidisciplinar da Saúde, São Paulo, n.4, 2010 Disponível em: <http://www.portal.anchieta.br/revistas-e-livros/saudeemfoco/pdf/revistamultidisciplinardasaude_04.pdf> Acesso em 25 out. 2015

BARATA, J.C.C. A importância da percepção dos enfermeiros quanto à identificação precoce dos fatores de risco para as complicações gestacionais Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/145>> Acesso em 20 set. 2015

BARBOSA, L.C.; CAMPOS, E. A. Percepções sobre o risco de uso de álcool durante a gravidez entre profissionais da assistência obstétrica da EACH/USP: o caso da

Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Disponível em: <http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0510.pdf> Acesso em 08 nov. 2014

BARBOSA, N. H. Proposta Metodológica na Atenção Psicossocial: Análise Dimensional de Caso. Rev Psicologia & Sociadaede, Joinville, v.25, p.2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200024&lang=pt> Acesso em 05 nov. 2014

BOBIG, M.E. Síndrome Alcoólica Fetal. Disponível em: <http://www.fap.com.br/forum_2013/forum/pdf/comunicacao/ciencias-da-saude/SINDROME%20ALCOOLICA%20FETAL.pdf> Acesso em 25 out. 2015

EXPERIÊNCIA DE OFICINA DE ARTESANATO COMO PRÁTICA DE INTERVENÇÃO DE PACIENTES COM DIAGNOSTICO DE PARALISIA CEREBRAL

Vivian Miwa Ogawa <viviogawa@gmail.com>, Ana Paula Ribeiro Hirakawa <paulahirakawa@hotmail.com>, Carolina Gottardi Machado Lourenço <carolinagottardiml@gmail.com> e Luciana Gonçalves da Silva <luka.g.s@hotmail.com>.

Resumo

Introdução: As oficinas terapêuticas têm uma função artística de valorizar o sujeito como aquele que traz um histórico de conhecimento, além de servir como ferramenta de valorização de potencialidades, como um meio para que os indivíduos possam constituir laços de cuidados consigo mesmos, com o trabalho, a afetividade com os outros, motivando uma finalidade político-social. A atividade artística enfatiza o processo construtivo e a criação do novo, através da produção de acontecimentos, experiências, ações, objetos; “reinventa” o homem e o mundo. Em relação a criança com deficiência é preciso compreender que qualquer atividade diferenciada, seja ela lúdica ou não, só será possível se houver conscientização das diferentes capacidades habilidades do sujeito, ou seja, incluir a partir do diferente. Dessa maneira, esse trabalho visa apresentar a experiência de oficina terapêutica de artesanato voltadas a pacientes com diagnostico de paralisia cerebral como intervenção em um centro de reabilitação.

Objetivos: Apresentar a intervenção multiprofissional utilizando como ferramenta um grupo de artesanato voltado a pacientes com paralisia cerebral.

Método: As oficinas são realizadas uma vez por semana, por um período de uma hora em grupo, no espaço de um centro de reabilitação. O grupo conta atualmente com 7 participantes, com a média de 14 anos, e que tem o diagnóstico de paralisia cerebral. O grupo tem um objetivo mensal no qual em cada sessão é feito o empoderamento dos pacientes para que eles possam desenvolver manualmente as atividades, ao mesmo tempo em que é trabalhado a autonomia e a memória para que consigam dar continuidade do trabalho que foi iniciado na sessão anterior.

Resultados/Discussão: Percebe-se uma melhora na auto estima, na percepção do corpo, e na autonomia a partir da oficina de artesanato, em que o paciente que antes ficava em um lugar de receber informações passa ao de dar instruções, organizar, ajudar o outro nas tarefas, e assim, a reabilitação se dá na utilização dos membros afetados pela paralisia, por maior autonomia, melhora na lateralidade e na percepção do mundo.

Conclusão: Pode se concluir que as oficinas de artesanato é método funcional e valido para pacientes com paralisia cerebral no processo de reabilitação, possibilitando ganhos tanto físicos quanto emocionais.

Referências Bibliográficas

BASTOS, Rogério Lustosa. Psicanálise e pesquisas: Ciência? Arte? Contraciência? Rio de Janeiro: Ed. E-papers, 2009.

SAWAIA, Bader Burihan. A consciência em construção no trabalho de construção da existência: uma análise psicossocial do processo da consciência de mulheres faveladas participantes de movimentos urbanos de reivindicação social e de um grupo de produção de artesanato. [Dissertação de Doutorado] São Paulo, Pontifícia Católica de São Paulo, 1987.

MENDONCA, Teresa Cristina Paulino de. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 25, n. 4, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000400011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 ago. 2011.

ATENDIMENTO HUMANIZADO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Suzana Petrovitz <supetrovitz16enf@gmail.com> e Ricardo Amaro Barbosa de Lima <ricardo.amaro@cejam.org.br>.

Resumo

Introdução

A unidade de emergência oferece serviços de alta complexidade e de diversidade no atendimento que se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade, objetividade e qualidade no atendimento. Acredita-se que, em meio às limitações existentes, o planejamento da humanização na assistência de enfermagem é uma verdadeira dimensão do cuidar. A vivência utilizada ao prestar o cuidado humanizado se torna inteiramente importante.¹ O objetivo da prática da enfermagem, precisa ser sentido, assumido e exercitado no dia - dia da equipe para evitar que sua prática não se torne mecânica, impessoal e desumana. ¹ A abordagem humanizada é fundamental no atendimento inicial ao paciente em situação de urgência e emergência, com a finalidade de uma contribuição do enfermeiro assistencialista na sala de emergência.² O enfermeiro é responsável pela implantação, manutenção da sistematização e humanização da assistência, proporcionando qualidade e resolutividade nos serviços de saúde.²

Objetivo

Relatar os fatores que favorecem a assistência humanizada prestada pelo enfermeiro à clientes em situação de urgência e emergência usando a sistematização da assistência de enfermagem. MÉTODO: Estudo de revisão integrativa, pesquisado através de periódicos nacionais indexados e especializados na área da saúde, levantamento bibliográfico nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados Scielo, Lilacs, no período de Abril a Setembro de 2015, utilizando-se os descritores: Assistência de Enfermagem, Humanização, Urgência e Emergência.

Desenvolvimento

Foi evidente que os autores partiram do pressuposto que a humanização da assistência emergirá com a realização pessoal e profissional dos que fazem, a fim de perceberem a viabilidade para desenvolver um processo de humanização da assistência.⁹ Para que ocorra qualidade no atendimento em saúde é fundamental que os serviços disponham de recursos humanos e materiais adequados e valorize o vínculo afetivo como elo na relação usuário-trabalhador.¹³ A atuação do enfermeiro no gerenciamento, afetará o cuidado humanizado, de acordo com as políticas públicas de humanização e diretrizes do sistema único de saúde tem garantido melhorias no acesso dos usuários ao atendimento hospitalar.¹³ Estudos apontam que as condições de infraestrutura para o trabalho como espaço físico inadequado na realização das atividades assistenciais, dimensionamento insuficiente do quadro de profissionais de enfermagem, propiciam tensões e conflitos prejudicando a si mesmo e ao paciente, impedindo de oferecer um cuidado humanizado.¹⁵

Conclusão

Acredita-se que segundo a literatura, é viável que se implante um processo de atendimento humanizado nas instituições principalmente para a melhoria vista em longo prazo tanto nas relações interpessoais, como na qualidade da assistência ao paciente e também aos seus entes queridos neste processo.¹⁴

Referências Bibliográficas

1. MOURA,MAA,Watanabe EMM,Santos ATR,Cypriano SR,Maia LFS. O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência.Revista Científica de enfermagem. SP, 2014.
2. SANNA,Mc.; Os processos de trabalho em enfermagem. Revista Brasileira de enfermagem-Reben, Brasília 2007.
3. www.saude.gov.br. Humanização, um novo olhar para o paciente. Enfermagem em Revista- Coren- SP ,n° 10, Março 2015 .
4. Bvs.saude.gov.br/caderno_textos_cartilhas-politica_humanização.sp 2011
5. www.saúde.gov.br. Humanização não é caridade. Enfermagem em Revista Coren- SP n° 11, Junho 2015 .
6. CHERNICHARO,I.M.;Qualidade no atendimento e expressões humanizantes: Recursos humanos/materiais e a instituição. Revista Brasileira de enfermagem-Aben, Brasília, 2009.
7. FREITAS,F.D.Silva,FERREIRA,M.Assunção.Humanização no cuidado de enfermagem: Contribuição ao debate sobre política nacional de humanização. Revista Brasileira de |Enfermagem. V 66 n° 4, Brasília, Agosto 2013.
8. Andrade MAC et al.Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. Centro de ciências humanas e naturais,Universidade Federal do Espírito Santo. 2009
9. GALLO,A.M.;MELLO,H.C. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. Revista F@pciência,Apucarana-PR,ISSN,V.5 2009
10. Catarina Aparecida Sales, Vladimir Araújo da Silva. A Atuação do enfermeiro na humanização do cuidado contexto hospital. 2011- Revista: Cienc Cuid Saude,SP
11. SILVA,Cristiane R. O Enfermeiro na Parada cardiopulmonar em unidades de urgência e emergência no intra-hospitalar. 2011. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Vila Velha - Es .
12. Araújo F,P; Ferreira,MA.- Representações sociais sobre humanização do cuidado: Implicações éticas e morais.2011- Revista Brasileira Reben- Brasília .
13. José Aparecido BELLUCCI JÚNIOR,Laura Misue MATSUDA.- O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: Revisão integrativa da literatura. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre- 2011
14. MEDEIROS, F.B et al. - Comunicação na iminência da morte: Percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. Escola Anna Nery, Vol.18, RJ-2014
15. Garlet E R, Lima MADS,Santos JLG, Marques GQ.- Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situação de urgência e emergência. Texto contexto Enferm.Florianópolis,2009 .

SÍFILIS NA GESTAÇÃO: AS DIFICULDADES EM REALIZAR O TRATAMENTO ADEQUADAMENTE

João Paulo Monteiro Freitas <jprikolor@hotmail.com>.

Resumo

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Treponema pallidum*, transmitida principalmente pelo contato sexual e sangue contaminado. A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil¹. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante a gestação, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão. As medidas de controle mais efetivas consistem em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada, captando-a precocemente, realizar sorologia (VDRL), com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes (recém-diagnosticadas ou em seguimento)². É neste sentido que compreender as dificuldades em realizar o tratamento adequadamente de sífilis na gestação, é importante para reduzir o número de hospitalizações e óbitos, sequelas como cegueira, surdez e retardo mental. Essa compreensão certamente permitirá traçar melhores estratégias para adesão ao tratamento com o objetivo de detectar as principais dificuldades de realização de tratamento de sífilis durante a gestação³. A metodologia utilizada foi revisão sistemática da literatura disponível, ou seja, fontes primárias de informação como livros, artigos, teses, dissertações, monografias, entre outros referentes ao assunto. Há maior incidência de sífilis em estratos sociais de menor escolaridade e em grupos raciais tradicionalmente mais desfavorecidos socioeconomicamente. A maior parte dos casos está relacionada às baixas condições socioeconômicas, baixa escolaridade, início precoce da atividade sexual, gravidez indesejada e mais de um parceiro sexual. Tais fatores acabam dificultando a assistência de pré-natal⁴. A população mais afetada é a menos favorecida, sendo à saúde pública responsável por planejar estratégias de triagem dessas doenças de modo prático e abrangente, facilitando o manejo clínico das gestantes com o diagnóstico desses casos. Tal alcance contribui na redução da morbimortalidade materno-fetal e conseqüente melhora dos indicadores de saúde.

Referências Bibliográficas

1 Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS – SP, Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Guia de Bolso Para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. São Paulo; 2015.

2 Milanez E, Amaral E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(7):325-7.

3 Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A Sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno infantil. Com. Ciências Saúde. 2011;22(1):43-54.

4 Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2012;46(3):479-486.

5 Santos VC, Anjos KF. Sífilis: Uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. Revista Saúde e Pesquisa. 2009;2(2):257-263.

IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE AUDITÓRIA DE PRONTUÁRIOS NO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

DIRLEY GLIZT SANT'ANA <glizt.dirley@cejam.org.br> e Elaine Augusto dos Santos.

Resumo

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como uma das determinações essenciais o uso do prontuário familiar enquanto ferramenta de serviço, garantindo o registro das informações e consentindo, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde da família e saúde bucal 1,2,3 . A auditoria não é somente indicar a falta de informação, falhas ou problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, sendo um processo educacional³. Auditoria pode destacar-se como uma ferramenta de base à gestão, constituindo instrumento de evolução e educação contínua, que permite procurar a excelência em aspectos técnicos, administrativos, éticos e legais 1,4,5 .

Objetivo: Analisar os registros em prontuário feito por cirurgião dentista, quanto à assiduidade dos itens mínimos estabelecidos, pesquisando a característica destes registros e posteriormente da assistência prestada por estes profissionais.

Metodologia: O presente estudo tem caráter quantitativo descritivo uma vez que buscou determinar dentro de uma amostra de prontuários, a presença de itens de registro de atendimento dos cirurgiões dentistas da UBS. Foi levantada uma amostra de 100 prontuários para a análise inicial onde foi avaliada a presença de anamnese, exame físico, conduta do atendimento, preenchimento de odontograma, descrição do procedimento executado, autorização do tratamento, carimbo, legibilidade, data, lançamento SIGA e BPA.

Resultados/Discussão: Foram levados em consideração para análise dos prontuários os que possuíam atendimento do cirurgião dentista registrado no período de março de 2016 a junho de 2016. Houve diferença significativa entre os resultados encontrados nos meses de março e junho. A média inicial encontrada de inconsistência no mês de março foi de 65%, após as adequações e intervenções gerenciais as não conformidades no mês de junho caíram para 10%. Ressaltando que o processo de revisão dos prontuários passou a ser feito na própria sala da odontologia pelas ASB que já verificam as inconsistências e os odontólogos já fazem a correção no ato da verificação; periodicamente as lideranças da unidade verificam a execução correta de tal ação.

Conclusão: Comparando os resultados de março com junho, considerando os atendimentos odontológicos do período, percebemos uma melhora significativa na qualidade de anotação dos prontuários e lançamentos BPA e SIGA; conseqüentemente a equipe odontológica apropriou-se de uma forma mais significativa do seu papel dentro da Estratégia de Saúde da Família.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS: caderno 2 / Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – 2. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria. História de auditoria em saúde. Brasília-DF, 2002.

3. CHIAVENATO, I. Administração: teoria, processo e prática. 4. ed. São Paulo: Campus, 2006.

4. PEREIRA, A T S et al . O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012.

5. Silva A T, Espirito Santo E. A auditoria como ferramenta para a excelência da gestão hospitalar Revista Saúde e Desenvolvimento, vol.3 n.2, jan/jun 2013.

SHANTALA – O TOQUE QUE TRAZ FORTALECIMENTO E QUALIDADE NO VÍNCULO MÃE E BEBÊ.

Luzenilda Azevedo Alves <nilda_ib@hotmail.com> e Lorena Sousa Ruella Carvalho <lorenasousa@hotmail.com>.

Resumo

Introdução: A Shantala é uma técnica de massagem milenar realizada em bebês, a prática da massagem é uma atividade muito antiga, difundida no oriente e que nos últimos anos tem sido apresentada como terapia alternativa, sendo muito salientados seus efeitos terapêuticos¹. O exercício da massagem desenvolve em mãe/Bebê suas sensibilidades através do tato compartilhado, criando uma lembrança do sentido, o ato de tocar o bebê com carinho e atenção, estabelece um canal de comunicação corporal e contribui para um ambiente bom². Foi descoberta pelo médico francês Frederick Leboyer quando fazia uma visita pela Índia, na década de 60, observou uma mãe que sentada no solo com o filho sobre as pernas muito concentrada e serena, massageava delicadamente todo o corpo do bebê, o ambiente que Leboyer percorreria até então era completamente hostil, mas a cena da massagem fez com que a beleza e harmonia dos movimentos de Shantala transformassem tudo a sua volta¹. Em homenagem a essa mãe o nome da técnica de massagem em bebês chama – se Shantala. Na Índia, essa prática não tem um nome específico, pois trata – se de uma atividade que faz parte da rotina de cuidados com o bebê³. Popularmente é conhecida devido aos seus benefícios como a tranquilidade, a afetividade entre mãe e filho e o fortalecimento do vínculo entre eles. A massagem é aplicada pelas próprias mães em crianças com mais de um mês de idade³. Fazendo repetições de movimentos e alongamentos, é possível trabalhar a musculatura do bebê e as articulações⁴. A Shantala é interessante na fase em que o bebê ainda não tem controle sobre todos os movimentos do corpo, porque serve de estímulo⁵.

Objetivo:

- Aumentar os conhecimentos sobre interação da mãe com o bebê na Shantala.
- Auxiliar no crescimento e desenvolvimento das crianças e na qualidade de vida.
- Estabelecer interação de contato entre mãe e bebê.

Metodologia: O estudo realizado foi do tipo descritivo e desenvolvido por meio de uma pesquisa bibliográfica. Este tipo de pesquisa tem a finalidade de colocar o pesquisador em contato com aquilo que já foi escrito sobre o assunto.

Resultado: Após estudos bibliográficos, foi constatado que a técnica de shantala alivia as cólicas, pela imaturidade do aparelho digestivo, alivia o desconforto e ajuda a relaxar a musculatura abdominal. Além disso, melhora o sistema imunológico. A massagem propicia desenvolvimento das células de defesa do organismo do bebê. Uma pesquisa da Escola de Medicina de Miami mostrou que as crianças que receberam a massagem possuíam melhorias no sistema linfático e adoeciam menos.

Conclusão: Ao estudar a shantala, conclui-se que a mesma proporciona um ambiente rico e estimulador necessário ao bebê, fator que enriquece a prática dos cuidados de enfermagem. Acredita-se que um de nossos principais desafios seja divulgar essa prática às mães da população, tornando-as mais conscientes da estimulação tátil e dos efeitos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança.

Referências Bibliográficas

1- LEBOYER, Frédérick. Shantala: massagem para bebês: uma arte tradicional. 5 ed. São Paulo: Ground, 1995.

2- SOUZA, Nilzemar Ribeiro de; LAU, Nathália da Cunha; CARMO, Tânia Mara Delfraro. Shantala Massagem para bebês: experiência materna e familiar. Ciência et Praxis, Vol. 4, Nº 7. Minas Gerais, 2011.

3- SORIANO, Juliana. A Influência da Shantala para o desenvolvimento de bebês. Instituto de Biociências p.6, – Rio Claro, 2013.

4- MANUAL DA SHANTALA. Disponível em:
http://www.slideshare.net/karol_ribeiro/2392008124108manual-shantala.
Acessado em: 07/07/2016.

5- CAVALCANTI, Michelle. Disponível em:
<http://www.roteirobabyfloripa.com.br/2013/02/shantala-colunista.html> Acessado em: 07/07/2016.

A INTERSETORIALIDADE NA QUALIDADE E SEGURANÇA DO AMBIENTE

Débora Pereira de Araujo <debora.araujo@cejam.org.br>, Alexandre Grosso Goncalves de Araujo e Robson Nascimento de Matos.

Resumo

Introdução: A articulação intersetorial, apresenta-se como uma estratégia de trabalho, em que os atores envolvidos aplicam seus conhecimentos e habilidades, possibilitando a integralidade das intervenções e mostra-se de forma positiva na obtenção de sucesso nos resultados. O Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), atua fundamentalmente com articulação de setores, atores e serviços, incorporando as questões ambientais na promoção de saúde e serve como referência nos processos de articulação de rede nos territórios das Unidades Básicas de Saúde. Nos casos de transtorno de acumulação compulsiva, em que existe a necessidade de coletar intencionalmente animais ou objetos e a dificuldade de desfazer-se dessas poses, é fundamental a atuação articulada.

Objetivo: O presente trabalho, teve como foco a intervenção intersetorial no âmbito da Atenção Básica de Saúde, buscando a redução de danos de uma paciente acumuladora compulsiva de resíduos, que vivia com a filha deficiente físico e mental em ambiente insalubre, exposta a fatores que comprometiam sua segurança e saúde, devido à grande quantidade de inservíveis acumulados nas áreas interna e externa de sua residência. Através do envolvimento dos profissionais da Unidade Básica de Saúde Jardim Comercial e demais atores do território, foi possível a realização de ações vinculadas ao tratamento físico, mental e ambiental da paciente, além de minimizar riscos eminentes, como: quedas, incêndios, desmorações dos resíduos e zoonoses.

Método: Visita Socioambiental Domiciliar, identificação do problema, formação de vínculo, matriciamento do caso, início de tratamento, articulação entre setores e atores visando a realização de mutirão de limpeza para retirada dos inservíveis e destinação à empresa responsável pela limpeza pública, visita domiciliar pós ação, monitoramento do estado de saúde mental e físico da paciente, manutenção do vínculo, busca por doações.

Resultado e discussão: Com o decorrer do tratamento, a paciente aceitou e foi conivente com a limpeza retirada dos inservíveis que obstruíam a sua residência, consentindo e participando ativamente da ação. Na data planejada, durante 10 horas, a equipe mobilizou-se e retirou 2 (duas) toneladas de materiais de sua residência, além de organizar o espaço. Após a ação, notou-se que a mesma passou a higienizar e organizar melhor a residência, conforme orientação dos profissionais envolvidos, para otimizar o ambiente e proporcionar melhor qualidade de vida às residentes.

Conclusão: O trabalho de articulação, possibilitou um resultado positivo através da realização de diversas estratégias que buscaram solucionar uma problemática que abrange diversos entraves, onde só através de uma conexão entre as iniciativas e os desafios enfrentados pode-se ampliar a possibilidade de sucesso nas intervenções. Filha e mãe já tem condições de movimentar-se pela residência, acessar cômodos antes interditados por resíduos e tomar sol.

Referências Bibliográficas

Garajau NI. Reflexões Sobre a Intersetorialidade Como Estratégia de Gestão Social. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais [evento na internet]. Jun 07-09; Belo Horizonte, Brasil. Acesso em: 04 de Jun 2016. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/REFLEX%C3%95ES%20SOBRE%20A%20INTERSETORIALIDADE%20COMO%20ESTRAT%C3%89GIA%20DE%20GEST%C3%83O%20SOCIAL.pdf>

Guia PAVS / Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis – São Paulo, Brasil: SMS, 2012:11-21 .

Rodrigues JMS. A intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência social pós constituição brasileira de 1988. *Jornal Internacional de Políticas Públicas*. [evento na internet]. 2011 23-26; São Luis, Brasil. Acesso em: 05 de Jun 2016. Disponível em:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_INTERSETORIALIDADE_ENTRE_AS_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE.pdf

Schmidt D.R; Mésa CPD; Wagner MF. Transtorno de Acumulação: Características Clínicas e Epidemiológicas. *Revista CES Psicologia*. Volumen 7 Número 2 Julio-Diciembre 2014 pp. 27-43. Acesso em 01 de jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v7n2/v7n2a04.pdf>

Manual Diagnóstico estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. American Psychiatric Association. Tradução: Nascimento MIC...[et al.]. 2014. Porto Alegre, Brasil. Acesso em 29 de mai de 2016. Disponível em: <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeeducador/2015/DSM%20V.pdf>

OTIMIZAÇÃO DA FILA DE ESPERA DA REGULAÇÃO, ATRAVÉS DE USO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO DE SUA CLIENTELA.

Evandro Luis Oliveira <luisoliveira27a@yahoo.com.br>

Resumo

Introdução: Introduzir ações de regulação em um sistema de saúde requer um diagnóstico apurado de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência, as ações de controle e de avaliação 1,2. Inicialmente, deve-se conhecer a estrutura do processo assistencial na atenção básica, buscando apurar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, fator decisivo na definição de prioridades para as ações reguladoras³.

Objetivos: Levantar e estudar a população que esta na fila de espera da regulação da unidade, os seus fluxos, conhecer a abrangência da Estratégia de Saúde da Família e a situação cadastral dessa população para permear as ações de planejamento da regulação.

Metodologia: Fazer um levantamento junto à fila de espera da unidade em relação a exames e consultas com especialistas presentes no sistema SIGA que é a base cadastral oficial e fidedigna, para aperfeiçoar a mesma e promover a agilidade de marcação respeitando a ordem e prioridade dos casos. Criar grupos nas redes sociais para mantermos o contato real com os clientes inseridos na fila de espera para evitar absenteísmo, marcação de vagas que surgem através de bolsão (sistema CROSS) ou disponibilizadas de um dia para o outro (sistema SIGA).

Discussão: Fortalecer, adequar e trabalhar a luz de protocolos que induzam à resolutividade neste nível de assistência é um passo importante para reduzir o impacto negativo da insuficiência apresentada hoje no país no acesso e financiamento especialmente das ações de média complexidade ambulatorial. A comunicação com o paciente é condição para um fluxo regulado e referenciado 4,5. Para se erradicar a busca espontânea, assistemática e não regulada de serviços de saúde, o núcleo de regulação deve ter uma estrutura qualificada para viabilizar o contato com os pacientes e dispor de tecnologias que favoreçam e otimizem a diminuição da fila de espera.

Conclusão: Essas ações viabilizam, por exemplo, a gestão adequada da fila de espera, lembrando-se que as mesmas devem estar calcadas em protocolos para evitar distorções que privilegiem uns em detrimentos de outros; e valer-se de tecnologias para aperfeiçoar o núcleo regulador é um passo importante para um serviço mais ágil e de qualidade.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em saúde. Brasília, DF: CONASS; 2007. (Coleção Progestores).

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília, DF; 2006.

3. Mesquita MAF. A regulamentação da assistência da saúde suplementar: legislação e contexto institucional. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Assistência à Saúde. Regulação no setor de saúde: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília, DF; 2004.

5. Ministério da Saúde (BR). Controle, regulação e avaliação. Brasília, DF; 2002.

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES CRÍTICOS: COMPLICAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA.

Pedro Henrique Costa Silva <costaph@hotmail.com>, Tamyres Araújo Andrade Donato <tamyres_donato@hotmail.com> e Monique Guedes Pereira Curi <moniquecuri@yahoo.com.br>.

Resumo

Introdução

Existe uma preocupação mundial e nacional em relação à qualidade da assistência e a segurança do paciente, porém este quesito ainda é fortemente relacionado à ocorrência de erros que refletem no padrão de assistência oferecida.^{1,2} A decisão de transportar um paciente crítico deve basear-se em uma avaliação criteriosa e ponderação dos benefícios e riscos potenciais, pois este procedimento predispõe à instabilidade hemodinâmica e ventilatória dos mesmos.³ A identificação das principais complicações durante o transporte e das estratégias de segurança, permitirá a adoção de ações embasadas em protocolos, que contribuirão para reduzir os incidentes e erros adversos durante a realização desse procedimento, aprimorando a segurança e, desta forma, garantindo a qualidade da assistência oferecida.^{4,5}

Objetivo

Identificar as principais complicações e estratégias de segurança no transporte intra-hospitalar de pacientes críticos.

Método

Trata-se de revisão integrativa da literatura. A coleta dos estudos ocorreu entre agosto-novembro de 2013, na base de dados BIREME. Para organização e sumarização dos dados adaptou-se o instrumento criado e validado de Ursi,⁶ contendo os seguintes itens: título do artigo, base de dados, autores, ano, idioma, país de publicação, aspectos metodológicos, resultados e conclusão.

Resultados e discussão

Selecionou-se 17 estudos que obedeceram aos critérios de inclusão. Destes, 41,2% publicados nos Estados Unidos, 70,6% na língua inglesa, com média de uma publicação por ano, exceto em 2004 e 2007 com três publicações cada um e 52,9% publicadas em revistas de Enfermagem. As principais complicações predisponentes à ocorrência de eventos adversos foram: instabilidades cardiorrespiratórias e neurológicas,^{7,8} falta de comunicação e qualificação da equipe,³ além do inadequado funcionamento e provimento dos equipamentos.^{3,10} Como estratégias de segurança: a adequada avaliação hemodinâmica do paciente antes, durante e após o transporte; monitorização eletrocardiográfica contínua;^{11,12} equipe de transporte multiprofissional, qualificada; planejamento e gerenciamento dos cuidados; comunicação eficiente entre membros da equipe, paciente, familiar e de outros setores; valorização do uso de checklists embasados por protocolo, além do bom estado de funcionamento dos equipamentos e materiais reserva, destacaram-se como as principais ferramentas para promoção de segurança e qualidade da assistência.^{3,9-12}

Conclusão

O transporte intra-hospitalar de pacientes críticos pode ser realizado de forma segura, entretanto requer adoção de barreiras de segurança bem definidas. Tais evidências podem orientar à prática de forma a prevenir ocorrência de eventos adversos e garantir excelência do cuidado.

Referências Bibliográficas

- 1- Oliveira RB, Melo ECP. O sistema de medicação em um hospital especializado no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery* 2011;15(3):480-9. Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300006. Access: 09.08.2013.
- 2- Roque KE, Melo ECP. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. *Esc Anna Nery* 2011;15(3):595-601. Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300022. Access: 10.08.2013.
- 3- Almeida ACG, Neves ALD, Souza CLB, Garcia JH, Lopes JL, Barros ALBL. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta paul. enferm.* 2012;25(3):471-6. Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300024. Access: 05.08.2013.
- 4- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) 2013; 1a edição:1-170. Available in: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Access: 17.10.2013.
- 5- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 2 de abril de 2013; Seção 1. Available in: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Access: 30.09.2013.
- 6- Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo 2005:1-130.
- 7- Zuchelo LTS, Chiavone PA. Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. *J. bras. pneumol* 2009;35(4):367-74. Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000400011. Access: 04.11.2013.
- 8- Gillman L, Leslie G, Williams T, Fawcett K, Bell R, McGibbon V. Adverse events experienced while transferring the critically ill patient from the emergency department to the intensive care unit. *Emerg. med. j.* 2006;(23):858-61. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17057138>. Access: 03.11.2013.
- 9- Day D. Keeping patients safe during intrahospital transport. *Crit. care nurse* 2011;(30):18-32. Available in: <http://ccn.aacnjournals.org/content/30/4/18.full>. Access: 28.11.2013.
- 10- Huber C. Safe intrahospital transport of non-ICU patients. *AJN* 2010;110(11): 66-9. Available in: [http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2009/Mar6\(1\)/Pages/16.aspx](http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2009/Mar6(1)/Pages/16.aspx). Access: 04.08.2013.
- 11- Kue R, Brown P, Ness C, Scheulen J. Adverse clinical events during intrahospital transport by a specialized team: a preliminary report. *Am. j. crit. Care* 2011;20(2):153-64. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21362719>. Access: 07.08.2013.
- 12- Chang YN, Lin LH, Chen WH, Liao HY, Hu HP, Chen SF, et al. Quality control work group focusing on practical guidelines for improving safety of critically ill patient transportation in the emergency department. *JEN, Journal of Emergency Nursing* 2010;36:140-5. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20211406>. Access: 08.09.2013.

MOBILIZAÇÃO PRECOCE NO PACIENTE CRITICO NA UTI ADULTO

Ulisses Vicente Pereira <ulisses_fisio@hotmail.com>.

Resumo

Introdução

Autores relatam que mais de 01 milhão de pacientes por ano necessitam da ventilação mecânica invasiva considerando as evidências de morbi -mortalidade e o seu alto custo gerado na internação destes pacientes. Em muitos hospitais de países desenvolvidos, a fisioterapia e vista como parte integrante do tratamento de pacientes na UTI, há 30 anos a mobilização precoce tem mostrado redução no tempo para desmame da ventilação e é a base para a recuperação funcional.

Objetivo

Comparar entre os dois grupos avaliados o tempo de permanência na ventilação mecânica invasiva após 48 de internação e número de atendimentos fisioterapêuticos recebidos nos pacientes com mobilização precoce (CMP) com o grupo sem mobilização precoce (SMP).

Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo através de uma coleta de dados nos prontuários dos pacientes atendidos na UTI adulto do Hospital Municipal. Fizeram parte do estudo os pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva (VMI) por 48 horas; deram entrada na UTI no período de 29 de junho a 31 de agosto de 2012 e 01 de janeiro a 28 de fevereiro de 2013 em todas as situações clínicas que caracterizam evolução estável. Foram excluídos pacientes que deram entrada na UTI fora do período de estudo, que não permaneceram por no mínimo 48h em VMI e instabilidade clínica.

Resultados

O estudo apresentou eficácia na utilização do protocolo reduzindo tempo em VM. O grupo SMP teve média de 26,7 dias em VMI enquanto o grupo CMP teve média de 10,16 dias em VMI. Também se observou diminuição na quantidade de atendimentos o grupo SMP teve média de 73,07 atendimentos enquanto o grupo CMP 16,48 atendimentos fisioterapêuticos.

Conclusão

Diante do exposto ficou nítido que o grupo CMP teve valores significativos para a proposta que foi empregada, onde podemos visualizar a diminuição no tempo de VMI, diminuição no número de atendimentos.

Palavras chaves

Mobilização precoce, Repercussões da mobilização precoce, Internação na UTI, Ventilação mecânica na UTI adulto.

Referências Bibliográficas

- 1-INOUE.C, Kelly et al. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino -Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):55-63
- 2- CALDEIRA.M.H, Vanessa et al. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia Intensiva e Mortalidade. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.56 no.5 São Paulo 2010
- 3-FRANÇA.T.E, Eduardo et al. Força tarefa sobre a fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. São Paulo: Rev. Bras Ter Intensiva, 2012.
- 4- HODGIN.E, Katherine et al. Physical Therapy Utilization in Intensive Care Units: Results from a National Survey. University of Colorado Denver and Health Sciences Center, Denver, CO: NIH public access. 2010
- 5- PITTA, Fabio et al. Physical Activity and Hospitalization for Exacerbation of COPD. American College of Chest Physicians, 2008
- 6- KRESS.P, John. Clinical trials of early mobilization of critically ill patients. Department of Medicine, Section of Pulmonary and Critical Care, University of Chicago, Chicago: Crit Care Med 2009 Vol. 37, No. 10
- 7- NIERMAN.M, David. Critical illness neuromuscular abnormalities. Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Mount Sinai School of Medicine, New York: Crit Care Clin 18 (2002) 553-568
- 8- GONZAGA.D, Ana. Tempo de ventilação mecânica e desenvolvimento de displasia broncopulmonar- RevAssocMed Bras 2007; 53(1): 64-7
- 9- 1. STILLER K. Physiotherapy in intensive care: towards an evidence-based practice. Chest. 2000;118(6):1801-13.
- 10- MORRIS PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Passmore L, et al. Early intensive care unit mobility therapy in treatment of acute respiratory failure. Crit Care Med2008;36(8):2238-43.
- 11- GOSSELINK, Rik et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. Leuven, Belgium: Intensive Care Med. 2008 Jul;34(7):1188-99
- 12- NEEDHAM.M, Dale. Technology to enhance physical rehabilitation of critically ill patients. Crit Care Med. 2009;37(10 Suppl):S436-41.
- 13- FRANÇA.M, Danielle et al. Reabilitação pulmonar na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. São Paulo: Fisioterapia e Pesquisa 2010;17(1):81-7
- 14- BOECHAT. C S, Julio.A SÍNDROME DO IMOBILISMO E SEUS EFEITOS SOBRE O APARELHO LOCOMOTOR DO IDOSO - Edição 22, volume 1, artigo nº 5, Julho/Setembro 2012.
- 15- GRIFFITH.D, Richard. Intensive care unit-acquired weakness. Chicago: Crit Care Med 2010 Vol. 38, No.3
- 16- BORGES,M. Vanessa et al. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. São Paulo, Brasil: Rev. bras. ter. Intensiva 2009 vol.21 no.4.
- 17- FARIAS.H, Samantha. Atuação da fisioterapia sobre os efeitos do imobilismo no sistema osteomioarticular. Belém: Lato& Sensu,2008 v. 9, n. 2, p. 47-53.
- 18- TREES.W, Darin et al. Use of a Modified Tilt Table for Preambulation Strength Training as an Adjunct to Burn Rehabilitation: A Case Series.Galveston, Texas: Journal of Burn Care & Rehabilitation, 2003.
- 19- BORNADI, Gislaíne. Incapacidade funcional e idoso: um desafio para os profissionais da saúde: Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-144, jul./set. 2007
- 20- NOBREGA, C L. Antônio.Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso: RevBrasMed esporte vol.5 no.6 Niterói Nov./Dec. 1999
- 21- ABELHA, J. Fernando. Mortalidade e o Tempo de Internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica : Revista Brasileira de Anestesiologia Vol. 56, Nº 1, Janeiro - Fevereiro, 2006 22- MACHADO, O. Fernando. Avaliação da necessidade da solicitação de exames complementares para pacientes internados em unidade de terapia intensiva de hospital universitário: Rev. bras. ter. intensiva vol.18 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2006

MUITO ALÉM DA DOR FÍSICA: ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NO AUTOCUIDADO DE MULHERES COM DOR CRÔNICA

Ana Paula Ribeiro Hirakawa <paulahirakawa@hotmail.com>.

Resumo

Introdução: A dor crônica é um fenômeno que envolve diversas dimensões, podendo afirmar que se trata de um problema médico, comportamental, cognitivo e emocional, pois é acompanhado por um grande sofrimento pessoal, acarretando muitos custos sociais e, também, muitos custos econômicos. A definição de dor acatada pela IASP – Associação Internacional pelo Estudo da Dor é de que a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com danos atuais ou potenciais de tecidos ou descrito em termos de tais danos. Alternativamente pode-se supor que elas são apenas facetas diferentes de um fenômeno único que chamamos de dor. Sendo assim essa pesquisa visa apresentar o acompanhamento de mulheres com dor crônica em grupo de auto cuidado com equipe multiprofissional realizado em um centro de reabilitação.

Objetivo: Promover melhora da queixa de dor crônica de mulheres a partir de intervenção multiprofissional.

Método: A pesquisa apresenta o acompanhamento de 8 mulheres com idade média de 49 anos, com queixa de dor crônica há mais de 3 meses, a partir de acompanhamento em grupo em equipe multiprofissional (Psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e enfermagem), utilizando o pentáculo como instrumento indicador. As sessões foram realizadas da seguinte maneira: 1ª sessão: Apresentação do grupo + aplicação do pentáculo + entrega do questionário alimentar para ser preenchido, 2ª sessão: Apresentação dos equipamentos da Rede + discussão sobre preferências pessoais (atividades física e sociais) + metas pessoais para os 3 meses de atendimento, 3ª sessão: Discussão sobre hábitos alimentares + antropometria + metas de peso ideal inicial, 4ª sessão: Elaboração do plano alimentar, 5ª sessão: Atividade com fisioterapia ortopédica (orientações) + aplicação de instrumento de dor, 6ª sessão: Cuidados da saúde com a enfermagem, 7ª sessão: Roda de conversa, 8ª sessão: Oficina culinária, 9ª sessão: Acompanhar uso dos equipamentos da Rede e reforço destes, 10ª sessão: Acompanhar orientações dadas pela fisioterapia ortopédica + reaplicação do instrumento de dor, 11ª sessão: Antropometria + discussão da meta de peso ideal inicial, 12ª sessão: Encerramento: reaplicação do pentáculo + discussão sobre metas pessoais.

Resultados: Após o acompanhamento das pacientes com dor crônica, a partir do pentáculo houve uma melhora de 19% nos aspectos relacionados a nutrição, atividade física e controle de stress, 5% no relacionamento social e 6% no comportamento preventivo. Em relação a auto percepção houve uma melhora de 54%. Já em relação a meta alcançada de peso ideal, esta foi de 82% e 90% buscaram e utilizaram os equipamentos da rede de saúde.

Conclusão: Concluímos que a intervenção multiprofissional em um grupo de dor crônica resulta em melhora na qualidade de vida das pacientes participantes, além de diminuição da queixa de dor.

Referências Bibliográficas

1. Araujo Soares V, McIntyre T. É possível viver apesar da dor! ... Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crônica. *Psic., Saúde & Doenças*. 2000; 1 (1): 101-112.
2. Ferro CLB. Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. *Psicol. teor. Prat.* 2005; 7 (1): 137-151.
3. Frutuoso JT; Cruz RB. Relato verbal na avaliação psicológica da dor. *Aval. psicol.* 2004; 3 (2): 107-114.
4. Caudill M. Controle a dor antes que ela assumo o controle: um programa clinicamente comprovado. 2ª edição. São Paulo: Summus; 1998.
5. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2010; 19 (2): 283-290.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE A DETECÇÃO PRECOCE DE CRIANÇAS COM AUTISMO

Cintia Soares Cruz de Castro <cinticastro082@hotmail.com>.

Resumo

Objetivou identificar atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) para detecção precoce do autismo em crianças. Pesquisa qualitativa, exploratória, realizada nas ESF de uma capital do Nordeste, Brasil. Participaram 10 enfermeiros. Dados obtidos com entrevista individual em profundidade, observação direta, diário de campo. Material tratado pela análise temática, interpretado pelo referencial das Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo. Foram categorizadas cinco áreas temáticas: percepção do enfermeiro sobre sinais e sintomas do autismo; intervenções realizadas pelos enfermeiros ao suspeitarem de crianças com autismo; dificuldades relatadas à detecção precoce do autismo e suas possíveis intervenções; a construção do conhecimento sobre autismo; os sentimentos dos profissionais ao acompanharem crianças com autismo. Concluiu-se que enfermeiros da ESF apresentam dificuldades e deficiências para detecção precoce do autismo infantil, necessitam de treinamento na temática que transforme a sua atuação na puericultura.

Descritores: Transtorno Autístico, Cuidado da criança, Estratégia Saúde da Família, Intervenção Precoce (Educação).

Referências Bibliográficas

1. Visani P, Rabello S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. Rev. latinoam. psicopatol. fundam.[online]. 2012 [acesso 2013 Out 03]; 15(2):293-308. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000200006>
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre (RS): Artmed,1993. Reimpressão 2008.
3. Amato CA, Fernandes FDM. O uso interativo da comunicação em crianças autistas verbais e não verbais. Pró-Fono R. Atual. Cient.[online]. 2010 [acesso 2013 Out 03]; 22(4):373-378. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872010000400002>
4. Giarelli E, Ruttenberg J, Segal A. Continuing education for nurses in the clinical management of autism spectrum disorders: results of a pilot evaluation. J Contin Educ Nurs. 2012 [acesso 2014 Dez 15]; 43(4):169-76. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22106877>
5. Garcia ML, Lamprea C. Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida. Psicol. Reflex. Crit.[online] 2011 [acesso 2013 Out 04]; 24(2):300-308. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000200011>
6. Marques MH, Dixe MAR. Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais. Rev. psiquiatr. clín. [online] 2011 [acesso 2013 Mar 23]; 38(2):66-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832011000200005&script=sci_arttext
7. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V. 5th ed. Washington: APA; 2013.
8. Smeha LN, Cezar PK. A vivência da maternidade de mães; de crianças com autismo. Psicol. estud. [online] 2011 [acesso 2013 Mar 23]; 16(1):43-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000100006>
9. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de Autismo à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília (DF): MS; 2013.
10. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Rev. Bras. Psiquiatr. [online] 2008 [acesso 2013 Abr 12]; 30(4):384-389. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>
11. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília (DF): 2010
12. Oliveira FFS, Oliveira ASS, Lima LHO, Marques MB, Felipe GF, Sena IVO. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. Rev. Rene. [online] 2013 [acesso 2014 Dez 15]; 14(4):694-703. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/183/pdf>
13. Nunes SC, Souza TZ, Giunco CT. Autismo: conhecimento da equipe de enfermagem. CuidArte, Enferm [online] 2009 [acesso 2013 Out 03]; 3(2):134-141. Disponível em: <http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed05enfpsite.pdf>
14. Minayo MCS (org). O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
15. Bardin L. Análise de Conteúdo. Reimpressão. Brasil: Edições 70 Ltda, 2014.
16. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na estratégia de saúde da família. Rev. Esc. Enferm. USP [online] 2011 [acesso 2014 Mai 20]; 45(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000300003&script=sci_arttext
17. Carniel EL, Saldanha LB, Fensterseifer LM. A atuação do enfermeiro frente à criança autista. Pediatria (São Paulo) [online] 2010 [acesso 2014 Mai 20]; 32(4):255-260. Disponível em: <http://www.pediatriasapaulo.usp.br/upload/pdf/1361.pdf>
18. Visani P, Rabello S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. [online] 2012 [acesso 2014 Mai 30]; 15(2):293-308. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142012000200006&script=sci_arttext

19. Nascimento YCML, Brêda MZ, Santos RM, Lima KRS. Concepções sobre identidade social da pessoa em sofrimento mental nos estudos de enfermagem. *Cogitare enferm.* 2013 Jan-Mar; 18(1):102-108.
20. Silva M, Mulick JA. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicol. cienc. prof.* [online] 2009 [acesso 2014 Mai 20]; 29(1):116-131. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n1/v29n1a10>
21. Reis HIS, Pereira APS, Almeida LS. Construção e validação de um instrumento de avaliação do perfil desenvolvimental de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. *Rev. bras. educ. espec.* [online] 2013 [acesso 2014 Mai 20]; 19(2):183-194. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-65382013000200004>
22. Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, Tecla MTGM. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. *Rev Min Enferm.* [online] 2013 [acesso 2014 Mai 30]; 17(2):331-339. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/653>
23. Simões ALA, Rodrigues LR, Fonseca MO, Machado DC, Amaral AS. Significado da terapia de grupo para crianças autistas: percepção das mães. *Cienc Cuid Saude* [online] 2010 [acesso 2014 Jun 02]; 9(2):278-284. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8844/6077>
24. Neves HG, Lucchese R, Munari DB, Vera I, Santana FR. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para atenção primária em saúde. *Rev Rene.* [online] 2012 [acesso 2014 Jun 07]; 13(1):53-63. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/17/13>
25. Moura MC, Bernardes SB, Rocha MLF. A percepção dos enfermeiros de uma universidade pública do Piauí sobre saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Enferm. foco (Brasília)* [online] 2010 [acesso 2014 Jun 07]; 1(2):66-68. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/18/19>
26. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto & contexto enferm.* [online] 2012 [acesso 2014 Set 16]; 21(3): 549-557. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300009
27. Zerbetto SR, Efigênio EB, Santos NLN, Martins SC. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [online] 2011 [acesso 2014 Out 23]; 13(1):99-109. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a11.pdf>

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA: UMA FERRAMENTA MUITO IMPORTANTE PARA O AUMENTO DA SEGURANÇA DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

KARINA SENRA VALDIERO <karinasv08@gmail.com>.

Resumo

Introdução: A Farmácia Hospitalar vem sofrendo constantes mudanças organizacionais devido à introdução de novas tecnologias que promovem a segurança do paciente¹. Incorporar avanços tecnológicos no cuidado ao paciente não é tarefa fácil para a equipe de saúde. Entretanto, todos reconhecemos que essas inovações são ferramentas essenciais e custo-efetivas². As prescrições médicas têm papel ímpar na prevenção de erros de medicação³.

Objetivos: identificar as vantagens e desvantagens do uso e redação da prescrição eletrônica, a partir da opinião dos profissionais da farmácia (farmacêuticos e auxiliares de farmácia).

Método: Trata-se de um estudo avaliativo, "forma aplicada de pesquisa que envolve descobrir como um programa, prática ou política, está funcionando"⁴. A coleta de dados realizou-se através da pesquisa documental de registros dos plantões e de relatos dos funcionários da farmácia num período de 1 mês. Resultados/Discussão: Analisou-se relatos de 27 funcionários da farmácia, 8 farmacêuticos (29,63%) e 19 auxiliares de farmácia (70,37 %). Todos responderam que utilizam a prescrição eletrônica há mais de 3 anos, ou seja, desde que a mesma foi implementada no hospital. Em relação aos erros de prescrições, 20 (74,07%) funcionários identificaram a presença de algum erro na prescrição manual. Houve 10 referências a erros na via de administração, 30 erros na dose do medicamento, 12 na frequência de administração, 25 erros no nome do medicamento e 5 referiram a outros problemas (medicamentos que são suspensos e não são informados ao farmacêutico; repetição de medicamentos que foram suspensos em prescrições anteriores; rasuras nas prescrições). Com relação à atitude adotada pelos profissionais ao identificar erros nas prescrições, verificou-se que 20 (74,07%) comunicam apenas ao enfermeiro e 7 (25,93%) falam com o médico. Os profissionais citaram como vantagens da prescrição eletrônica: a facilidade de leitura dos dados como sua principal vantagem (27 ocorrências), rapidez com que a prescrição é feita e liberada (20 ocorrências), diminuição do número de erros na prescrição (17 ocorrências), maior organização e praticidade (10 ocorrências), agilidade na dispensação dos medicamentos (8 ocorrências) e arquivamento de dados (4 ocorrências). As desvantagens apontadas foram: repetição de prescrições de dias anteriores sem revisão (25 ocorrências), informações digitadas de forma incorreta (18 ocorrências), falhas no computador/dependência do sistema eletrônico (9 ocorrências) e alterações nas prescrições realizadas manualmente (7 ocorrências).

Conclusão: O sistema computadorizado de prescrições médicas não erradicou a possibilidade de ocorrência de erros de medicação, mas representa um grande avanço dentro das estratégias utilizadas para minimizar erros decorrentes de prescrições mal formuladas. A incorporação e utilização de novas tecnologias contribuem para aumentar a segurança e a qualidade do serviço prestado prevenindo erros de medicação.

Referências Bibliográficas

1- Almeida, SHO. Incorporação de novas tecnologias de informação em um sistema de distribuição de medicamentos: avaliação quanto ao aumento da segurança de pacientes [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

2 - Cassiani, SHB, Gimenes, FRE, Monzani, AAS. O uso de tecnologia para a segurança do paciente. Rev. Eletr. Enf., v.11, n.2, 413-417, 2009. Disponível em : <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

3 - Cassiani, SHB, Gimenes, FRE, Freire CC. Avaliação da prescrição médica eletrônica em um hospital universitário. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 55, n. 5, p. 509-513, set/out. 2002

4 - Polit, DF, Hungler, BP. Nursing Research Principles and Methods. Philadelphia: J.B. Lippincott CO, 1995.

EXPERIÊNCIA EXITOSA RELACIONADO A GRUPO DE IDOSOS VIVENCIADO PELA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Elisabete Pedra Domingues da Silva <bet.pedra@globo.com>.

Resumo

Introdução O envelhecimento populacional, e o processo de longevidade vêm sendo observado ao longo do século XX, no Brasil esse processo está ocorrendo em ritmo acelerado. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que até 2025 a população idosa alcance 34 milhões de pessoas, representando 13% de toda população (1). A atenção básica tem um papel fundamental no atendimento ao idoso, uma opção importante é a prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas de alta prevalência em adultos e idosos, vários estudos demonstram benefícios relacionados à realização da atividade física, e redução de várias doenças (4). Considerando-se que os idosos estão mais vulneráveis a depressão, presença de múltiplas doenças o que interferem na qualidade de vida, é imprescindível que se desenvolvam nas unidades básicas de saúde, trabalhos a fim de que ocorram mudanças em seu estilo de vida (1).

Objetivo deste estudo é descrever uma experiência exitosa na realização de trabalhos com grupo de terceira Idade na Unidade básica de Saúde (UBS), situada na região Sul do município de São Paulo.

Método as experiências trazidas neste artigo são provenientes das atividades realizadas no respectivo grupo educativo e terapêutico.

Desenvolvimento, iniciado há aproximadamente 08 anos, o Grupo da Terceira Idade da UBS, é composto por idosos, homens e mulheres, na idade entre 60 e 85 anos, sendo alguns deles com patologias crônicas dentre elas hipertensão, diabetes, depressão, ansiedade, entre outros...Na ocasião do início, por demanda da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) iniciaram os trabalhos com a realização de atividade de lian kong e tai chi chuan, uma vez por semana. Havia a participação entre 8 a 10 senhoras idosas, com o passar dos anos observou-se a necessidade de ampliação deste espaço para os idosos com aumento representativo do grupo tanto nos participantes da comunidade quanto na disponibilidade de atividades pela UBS. Atualmente o Grupo da Terceira Idade, conta com a participação ativa de 18 a 30 idosos, sendo realizado em conjunto com equipe multiprofissional da Unidade, com atividades todos os dias da semana no período da manhã. Dentre os benefícios observados nos idosos que participam do grupo, observou-se a alegria e satisfação na participação dos eventos, o prazer nas realizações diárias do grupo, sentimento de liberdade, entrosamento dos participantes, além da facilidade do monitoramento das patologias crônicas pela equipe multiprofissional.

Conclui-Se com este estudo que são relevantes as atividades de Grupo Educativo e Terapêutico na terceira idade, para promoção da Saúde da população idosa. Além de promover um espaço de interação conjunta, representa ainda um desafio para a equipe multiprofissional, e um grande avanço na vida diária das pessoas envolvidas.

Referências Bibliográficas

1. Moraes EM. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília- DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.98 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso maio 2016.

2. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Rev. esc. enferm. USP [on line]. 2010, vol.44, n.2, pp.437-444. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>, Acesso maio de 2016.

3. Gottlieb MG, Schwanke CHA, Gomes I, Cruz IBM. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. Artigo de Revisão. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO

DE JANEIRO, 2011; 14(2):365-380 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>, acesso em maio 2016.

4. Matsudo SMM. Envelhecimento, atividade física e saúde. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [revista en la Internet]. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php>. Acesso em maio de 2016.

5. Marin MJ, Cecílio LCO, Rodrigues LCR, Druzian S, Ricci FA. Diagnóstico de Enfermagem de Idosas carentes de um programa de Saúde da Família. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 278 - 84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em maio de 2016.

CONSTRUÇÃO DE LINHA DE CUIDADO ÀS CRIANÇAS, APÓS INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EPISÓDIO DE VIOLÊNCIAS

Mara da Silva Martins <marassmartins@gmail.com>.

Resumo

Introdução: Ao refletirmos sobre a situação de saúde no Brasil, no qual, crianças e jovens estão cada vez mais propensos à morte prematura e agravos por implicação de eventos violentos, deparamo-nos com possibilidades de dispor novas discussões sobre tratamento preventivo. Principalmente, quando se tem como ponto de partida as urgências/emergências, que acaba sendo um desaguadouro do sofrimento, percebido pelo grau de necessidade em que o serviço é procurado. Tendo como base o modelo teórico da Vigilância da Saúde, entende-se que a atuação requer ações conjugadas, podendo ser implementadas e desenvolvidas pelas instituições, como forma de minimizar as implicações físicas, psicológicas e sociais para as pessoas que estão submetidas em tais situações.

Objetivo: Compreender a participação das escolas como uma parceria, saúde e educação, para a formação de uma rede de cuidado das crianças em situação de violência.

Método: A população foi constituída por nove escolas da rede pública de três regiões do município de São Paulo, recrutadas a partir das crianças atendidas/internadas no setor de urgência/emergência de um hospital Paulista; utilizou-se a pesquisa qualitativa e a fala consagrou-se como o objeto principal coletada por entrevista semiestruturada, aplicada aos educadores; a interpretação dos dados ocorreu numa matriz analítica, tratada de acordo à análise de conteúdo. Resultado: A maioria das escolas encontram-se na periferia da região norte, em espaços de risco social, decorrente de cenário de pobreza, pessoas em situação de rua, tráfico e drogadição. O porte, natureza, tempo de vida e localização das unidades não demarcaram nenhum tipo de resposta, no entanto a vulnerabilidade social demarcou o tipo de percepção e atuação frente à violência. Em cinco escolas, as ações se voltam para identificar a violência não evidente, em sete, as famílias são incluídas como parte do cuidado a ser desenvolvido em suas dependências e ou nos serviços locais, seis apresentaram contribuições para a rede; todas relataram expectativas, a de que a articulação pudesse ajudar na sistematização e construção de ações dentro das unidades, pois não apareceu a participação das secretarias e ou a apresentação de uma sistematização de políticas de controle, por parte dela e ou das diretorias de ensino.

Conclusão: Existem dificuldades nos contextos, como: escassez de serviços e de interação interinstitucional, presença do tráfico e da drogadição no cotidiano das famílias. As escolas não dispõem de pessoal qualificado para agir com temas de magnitude; a instituição de Políticas Públicas voltadas à violência poderia viabilizar a participação das instituições de forma homogênea e igualitária, amparar as crianças e instrumentalizar os pais. Desse modo, a articulação intersetorial poderia atuar na necessidade da população e nas demandas das instituições.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M.G.B. (org.) A violência na sociedade contemporânea. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS. CONASS, 2011.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Teicoassistencial. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf. Acesso em 06/09/2015.

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Saude, 2003.

MINAYO, M.C.S. Seis características das mortes violentas no Brasil. In: Revista Brasileira de Estudos de População, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 135-140, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v26n1/v26n1a10.pdf>. Acesso: 08/03/2015

MINAYO, M.C.S. A Inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. In: Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, p.1259-67, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>. Acesso: 08/03/2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Impacto da Violência na saúde dos Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PAIM, J.S.; COSTA, H. O. G.; VILASBÔAS, A. L. Q.; Política Pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 485-494, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n3/03.pdf>. Acesso em: 10/08/2015.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, S.J.; VILASBÔAS, A.L. SUS: Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. v.7, n.2, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso: 10/08/2015

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO NOVAS MODALIDADES DE ATENÇÃO NA REDE BÁSICA DO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES : ACUPUNTURA E AUTOMASSAGEM.

Adriano Sergio Granado <granadomtc@gmail.com>.

Resumo

Introdução: A Acupuntura e as Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) compõem atualmente a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. A organização e oferta desses serviços tem sido consideradas e adotadas como estratégias importantes de ampliação dos cuidados em saúde da população por diversos municípios brasileiros. Em janeiro de 2016 a Prefeitura de Mogi das Cruzes e o Cejam iniciaram a implantação desses procedimentos numa UBS de contrato em parceria. Os atendimentos são realizados por psicólogos da rede básica com especialização em acupuntura.

Objetivos: Relatar experiência sobre o projeto de inserção de atividades referentes a PNPIC - Acupuntura e Práticas Corporais em MTC - numa UBS do município de Mogi das Cruzes a partir da vivências da equipe que compõem a estruturação e oferta do serviço.

Relato: Em meados de 2015 três psicólogos que atuam na Atenção Básica e tinham habilitação para o exercício da Acupuntura fizeram contato com o Departamento de Rede Básica e apresentaram o projeto de inserção do procedimento da Acupuntura para ampliação da oferta do cuidado em saúde mental de pacientes em atendimento na UBS. A direção solicitou que durante o processo de formalização do procedimento junto ao órgão do Ministério da Saúde (MS), fosse discutido com a gerência o apoio para viabilização da prática da Acupuntura na unidade de saúde. Em razão do projeto sustentar uma efetiva e difundida prática em MTC e por consolidar a inserção da PNPIC no âmbito da saúde, todo apoio logístico (sala de atendimento, material descartável, agendamento de pacientes, etc.) foram disponibilizados, dando início em janeiro de 2016, aos procedimentos de Acupuntura. Logo as experiências com os pacientes mostraram-se promissoras e a ampliação das Práticas Complementares se fizeram necessárias. Deste modo, a equipe rediscutiu o projeto inicial passando a incrementar outra prática da MTC conhecida como Automassagem, sendo que, este procedimento apenas recentemente recebeu código de registro no MS. Atualmente o fluxo de atendimento em Acupuntura está disponível para pacientes de saúde mental, também realizados em outras duas UBS's da rede municipal e as atividades de Automassagem são de fluxo aberto/demanda espontânea disponível à população do território de referência dessa UBS.

Conclusão: A PNPIC trouxe inovações no cuidado oferecido aos usuários do SUS. A realidade da Atenção Básica imprime cada vez mais a ampliação da oferta de cuidados e sobretudo modelos de atenção da lógica da Promoção e Prevenção em saúde. Nesse sentido as Práticas Complementares como a Acupuntura e a Automassagem desempenham papel significativo enquanto melhorias da Rede de Saúde. No Município de Mogi das Cruzes essas modalidades de atenção estão sendo construídas e já beneficiam pacientes da Atenção Básica. O fortalecimento das Práticas Complementares deve receber apoio da Gestão Municipal para consolidação enquanto Política Pública.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Requena, Y. Acupuntura e Psicologia. São Paulo: Andrei; 1990.

Silva, D. F. da. . Psicologia e acupuntura: aspectos históricos, políticos e teóricos. Psicologia: Ciência e Profissão, 2007 Set; 27(3): 418-429.

Yamamura, Y. Acupuntura tradicional: a arte de inserir. 2. ed. São Paulo: Roca; 2001.

Wang, B. Princípios e Medicina Interna do Imperador Amarelo. São Paulo: Ícone; 2001.

UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE PDCA PARA POTENCIALIZAR AS VAGAS LIVRES DA AGENDA MÉDICA, GERADAS PELO ABSENTEÍSMO E PERDA PRIMÁRIA NUMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Noemi Lopes da Silva <noegere@gmail.com> e Aline Grabski <alinegrabski@hotmail.com>.

Resumo

Introdução: O absenteísmo de pacientes às consultas ambulatoriais e a perda primária tem se revelado num problema crônico para a rede pública de saúde em todos os níveis de assistência, dificultando a concretização dos objetivos, afetando sua eficácia, eficiência e contribuindo substancialmente para agravar a crise na saúde referente à iniquidade do acesso¹.

Objetivo: O presente estudo teve por finalidade reduzir em 10% o índice de vagas decorrentes do absenteísmo e minimizar o índice de perda primária nas agendas médicas numa UBS localizada na região Sul da Grande São Paulo no primeiro semestre de 2016 e consequentemente amenizar seus impactos negativos.

Método: Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com os pressupostos preconizados pelos estudos de natureza Quantitativa², utilizando-se a técnica de PDCA com base nas agendas médicas através do sistema SIGA 2015/2016.

Resultados/Discussão: A análise da literatura pertinente ao tema associada à pesquisa de campo identificou aspectos considerados fundamentais e que deram sentido e significado para o desenvolvimento do trabalho sendo: a) dificuldade de acesso³; b) aumento da Fila de Espera⁴; c) subutilização de vagas⁵; d) qualidade da assistência⁶; e) custos financeiros organizacionais e estruturais⁷.

Conclusão: Após o término deste estudo foi possível concluir que a implantação do ciclo PDCA mostrou-se ser uma ferramenta eficaz na gestão, onde os resultados obtidos apresentaram uma redução significativa superior a 10% em relação às vagas livres geradas pelo absenteísmo, atingindo 0% de perda primária nos meses de abril e maio de 2016, amenizando os impactos negativos, colaborando para o alcance do objetivo do estudo e melhoria na qualidade da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Referências Bibliográficas

1. GAWRYSZEWSKI. A. OLIVEIRA. R et al. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Rev Physis, 2012; 22: 119-140
2. SANTOS.I. CLOS. A. Pesquisa quantitativa e metodologia. Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
3. SILVA. S. Organizações de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 2010; 16: 2753-2762, ju
4. CONILL. E. et al. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(6): 2783-2794
5. OLESKOVICZ. M. et al. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, 2014; 30: 1009-1017
6. SERAPIONI. M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Rev. Crítica de Ciências, 2009 85: 65-82
7. SILVA. P. SEVRIANO F. et al. Ocorrência de custos ocultos em operações de serviços: insights sobre observação em uma sociedade de economia mista no Brasil. Universidade Federal de São Carlos, Dep. de Engenharia de Produção. 2011

PARTO PREMATURO: CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES E DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE UMA POPULAÇÃO DA ZONA SUL DE SÃO PAULO

ALINE ZORZIM BERGER <alinezorzim@gmail.com>.

Resumo

O parto prematuro (PPT) é a ocorrência do nascimento antes do termo, ou seja, abaixo de 37 semanas de gestação. Representa um grande desafio pois trata-se da principal causa de morte neonatal, além de ser responsável pela maior parte das morbidades. As causas decorrentes do mesmo ainda são múltiplas e o problema vem aumentando em países como o Brasil em especial na cidade de São Paulo na região do Capão Redondo. Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar as características das gestantes e da assistência pré-natal (PN) daquelas que tiveram PPT na região sul da cidade de São Paulo no ano de 2013. Trata-se de um estudo observacional transversal com coleta de dados por meio de consulta aos dados de 122 prontuários de gestantes que tiveram PPT em 2013. Os resultados mostraram que a média de idade das gestantes pesquisadas foi de 24,95 anos, 34,4% estavam compreendidas na faixa etária considerada de risco, a raça predominante foi parda 46,1%, 41,8% finalizaram o Ensino Médio, 32,5% moravam com familiares sem o companheiro, 43,6% referiram ser solteiras, 59,2% não trabalhavam e a metade convivia com renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos. Em relação aos antecedentes, 51,2% possuíam antecedentes familiares hipertensos e a maioria relatou histórico pessoal de infecção urinária. Sobre o uso de cigarro, álcool e drogas, 15% referiram serem tabagistas, 5,7% usuárias de álcool e 4,13% usuárias de drogas ilícitas. A média de número de gestações foi de 2,26, 25,4% referiram aborto anterior e 6,6% tiveram episódios de filhos nascidos mortos. Em relação ao risco gestacional, 48% foram consideradas de alto risco. Quanto a saúde bucal e emocional, 85,5% receberam avaliação odontológica e a maioria não apresentou problemas emocionais. A média de consultas de PN foi em torno de 6. Em relação ao intervalo das consultas, as medianas atendem as condições quanto ao acompanhamento periódico e contínuo estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). Porém, em relação ao preconizado pelo Programa Mãe Paulistana, os dados mostram intervalos maiores do que o estabelecido. Quanto ao peso na última consulta, a média do Índice de Massa Corpórea (IMC) foi de 27,7 que indica sobrepeso. Em relação a imunização, 37,5% estavam imunizadas contra o tétano, 65,5% realizaram a 1ª dose contra a hepatite b e 57,3% realizaram a vacina contra a influenza. A maioria fizeram uso de ácido fólico e sulfato ferroso durante a gestação. Alguns exames apresentaram alteração, porém sem registro de conduta mediante a mesma. Após análise multivariada, foi constatado que presença de hipertensão arterial está intimamente relacionada com o PPT. Trata-se de um fator de risco com maior significância quando comparado com a presença de diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, anemia e uso de drogas. Este dado corrobora o fato da principal intercorrência descrita ter sido o aumento da pressão arterial nas gestantes estudadas.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, A.C.; JESUS, A.C.P.; LIMA, P.F.T.; ARAÚJO, M.F.M.; ARAÚJO, T.M. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz – MA. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v.33, n.2, p.86-94, 2012.
- ALMEIDA, C.A.L.; TANAKA, O.Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do pré-natal e nascimento. *Rev Saúde Pública*. v.43, n.1, p.98-104, 2009.
- ANVERSA, E.T.R.; BASTOS, G.A.N.; NUNES, L.N.; PIZZOL, T.S.D. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.789-800, 2012.
- ARAGÃO, V.M.F.; SILVA, A.A.M.S.; ARAGÃO, L.F.; BARBIERI, M.A.; BETTIOL, H.; COIMBRA, L.C.; RIBEIRO, V.S.; Fatores de risco para prematuridade em São Luis, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.57-63, 2004.
- ARAÚJO, B.F.; ZATTI, H.; MADI, J.M.; COELHO, B.; OLMI, F.B.; CANABARRO, C.T. Análise da morbiletalidade neonatal em recém – nascidos pré-termo tardios. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.88, n.3, p.259-266, 2012a.
- ARAÚJO, L.M.; SILVA, J.M.N.; BASTOS, W.T.; VENTURA, P.L. Diminuição da dor em mulheres com dismenorreia primária, tratadas pelo método Pilates. *Rev Dor*, São Paulo, v.13, n.2, p.119-123, 2012b.
- ASSUNÇÃO, P.L.; NOVAES, H.M.D.; ALENCAR, G.P.; MELO, A.S.O.; ALMEIDA, M.F.; Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p.1078-1090, 2012.
- ATALAH, S.E.; CASTILLO, C.L.; CASTRO, R.S. Propuesta de un nuevo estandar de evaluacion nutricional em embarazadas. *Rev Med Chile*, v.125, p.1531-1538, 1997.
- BARBOSA, C.S.; LIBÓRIO, A.G.S.; FLORES, D.M.; MENDES, R.C.D.; SCHMITZ, W.O. Rastreamento do uso de álcool e Tabaco por gestantes atendidas no serviço público de saúde de um município do Mato Grosso do Sul. *Nutrire*, v.38, p.115-115, 2013.
- BAUMGARTEN, M.C.S.; SILVA, V.G.; MASTALIR, F.P.; KLAUS, F.; D' AZEVEDO, P.A. Infecção urinária na gestação: uma revisão da literatura. *Unopar Científica*, Londrina, v.13, n.4, 2011.
- BAYRAM, C.; OSMANAGAOLU, M.A.; ARAN, T.; GUVEN, S.; BOZKAYA, H. The effect of chronic pelvic pain scoring on pre-term delivery rate. *J Obstet Gynaecol*, v.33, n.1, p.32-37, 2013.
- BECK, S.; WOJDYLA, D.; SAY, L.; BETRAN, A.P.; Merialdi, M.; REQUEJO, J.H.; RUBENS, C.; MENON, R.; LOOK, P.F.A.V. The worldwide incidence of preterm birth:

- a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Organ*, v.88, p.31-38, 2010.
- BEZERRA, M.G.A.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latino Am Enfermagem*, v.14, n.4, p.414-421, Maio. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 569, de 01 de junho de 2000. Instituto de Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: *Diário Oficial da União (DOU)*, 8 de junho de 2000, seção 1, p.4-6. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica no32: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de Alto Risco*. 5a ed. - Manual Técnico. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Serviços. Blog da Saúde. 2015. Acesso em 04 de novembro de 2015. Disponível em <http://blog.saude.gov.br>
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CABRAL, F.B.; HIRT, L.M.; SAND, I.C.P.V. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização a fragmentação do cuidado. *Rev Esc Enf Usp*, São Paulo, v.47, n.2, p.281-287, 2013.
- CARNIEL, E.F.; ZANOLLI, M.L.; ANTÔNIO, M.A.R.G.M.; MORCILLO, A.M. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das declarações de nascidos vivos. *Rev Bras Epidemiol*, v.11, n.1, p.169-179, 2008.
- CEMBRANELLI, E.; CAMPOS, L.R.F.; PORTELLA, M.; ABREU, P.V.C.A.; SALOMÃO, P.C.; MONTEIRO, D.L.M.M. Consequências do uso de cocaína e metanfetamina durante a gravidez. *FEMINA*, v.40, n., p.241-245, 2012. CESAR, J.A.; DUMITH, S.C.;
- CHRESTANI, M.A.D.; SASSI, R.A.M. Suplementação com sulfato ferroso entre gestantes: resultado de estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*, v.16, n.3, p.729-736, 2013.
- CHAMBERS, C.D.; JOHNSON, D.; XU, R.; LUO, Y.; LOUIK, C.; MITCHELL, A.A. Risks and safety of pandemic H1N1 influenza vaccine in pregnancy: birth defects, spontaneous abortion, preterm delivery, and small for gestational age infants. *Vaccine*, v.31, p.5026-5032, 2013.
- CHRESTANI, M.A.D.; SANTOS, I.S.; CESAR J.A.; WINCLER L.S.; GONÇALVES T.S.; NEUMANN, N.A. Assistência a gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões norte e nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.1609-1618, Jul. 2008.
- COBUCCI, R.N.O.; CORNETTA, M.C.M.; GONÇALVES, A.K.S. O papel do rastreamento e tratamento sistemático das infecções vaginais na prevenção do parto pré-termo. *FEMINA*, v.37, n.10, 2009.
- COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M.; MOCHEL, E.G.; ALVES, M.T.S.S.B.; RIBEIRO, V.S.; ARAGÃO, V.M.F.; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.37, n.4, p.456-462, 2003.
- CORRÊA, M.D. Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde da zona sul do município de São Paulo. 146 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2014.
- DAMASCENO, A.B.A.; MONTEIRO, D.L.M.; RODRIGUES, L.B.; BARMAS, D.B.S.; CERQUEIRA, L.R.P.; TRAJANO, A.J.B. Sífilis na gravidez. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.88-94, 2014.
- DOMINGOS, S.R.F.; MERIGHI, M.A.B.; O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v.14, n.1, p.177-181, 2010.
- DUARTE, G.; MARCOLIN, A.C.; QUINTANA, S.M.; CAVALI, R.C. Infecção urinária na gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v.30, n.2, p.93-100, 2008.
- DZAKPASU, S.; FAHEY, J.; KIRBY, R.S.; TOUGHT, S.C.; CHALMERS, B.; HEAMAN, M.I.; BARTHOLOMEW, S.; BIRINGER, A.; DARLING, E.K.; LEE, L.S.; MACDONALD, S.D. Contribution of prepregnancy body mass index and gestational weight gain to adverse neonatal outcomes: population attributable fractions for Canada. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v.15, n.21, 2015.
- EINARSON, A. Antidepressants and pregnancy: complexities of producing evidence- base information. *Canadian Medical Association or its licensors*, v.182, n.10, p.1017-1018, 2010.
- ESPÍNDOLA, M.F.S.; MESENBURG, M.A.; SILVEIRA, M.F.; Acesso à vacina contra hepatite B entre parturientes que realizaram o pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília, v.23, n.3, p.447-454, 2014.
- FELL, D.B.; PLATT, R.W.; LANES, A.; WILSON, K.; KAUFMAN, J.S.; BASSO, O.; BUCKERIDGE, D. Fetal death and preterm birth associates with maternal influenza vaccination: systematic review. *BJOG*, v.122, p.17-26, 2014.
- FIGUEIREDO, P.P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v.29, n.2, p.238-245, 2008.
- GIRALDO, P.C.; ARAÚJO, E.D.; JUNIOR, J.E.; AMARAL, R.L.G.; PASSOS, M.R.L.; GONÇALVES, A.K. The prevalence of urogenital infections in pregnant women experiencing preterm and full term labor. *Infections Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2012.
- GOLDENBERG, R.L.; CULBANE, J.F.; IAMS, J.D.; ROMERO, R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, v.371, n.9606, p.75-84, 2008.
- GRILLO, E.; FREITAS, P.F. Tabagismo e outros fatores de risco pré-gestacional para nascimento espontâneo prematuro. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, Recife, v.11, n.4, p.397-403, 2011.
- GUIMARÃES, E.C.; MELO, E.C.P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Esc Anna Nery*, v.15, n.1, p.51-61, 2011.
- HACKENHAAR, A.A.; ALBERNAZ, E.P.; TOMASI, E. Infecção urinária sintomática na gestação e sua associação com desfechos neonatais e maternos desfavoráveis. *VITALE*, Rio Grande, v.23, n.2, p.19-26, 2011.
- HAIDER, B.A.; OLOFIN, I.; WANG, M.; SPIEGELMAN, D.; EZZATI, M.; FAWZI, W.W. Anemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BJM*, v.346, 2013.
- HASS, D.M. Preterm Birth. *Clin Evid*, v.15, p.1966-1985, Jun. 2006.
- HOWSON, C.P.; KINNEY, M.V.; MCDOUGALL, L.; LAWN, J.E. Born too soon: The global action report on preterm birth. World Health Organization, Geneva, 2012.
- IP, M.; PEYMAN, E.; LOHSOONTHORN, V.; WILLIAMS, M.A. A case control study of preterm delivery risk factors. *J Obstet Gynaecol Res*, v.36, n.1, p.34-44, 2010.
- JOHANSSON, S.; VILLAMOR, E.; ALTMAN, M.; BONAMY, A.K.E.; GRANATH, F. CNATTINGIUS, S. Maternal overweight and obesity in early pregnancy and risk of infant mortality: a population based cohort study in Sweden. *BMJ*, v.349, 2014.
- JUANG, C.M.; YEN, M.S.; TWU, N.F.; HORNG, H.C.; YU, H.C.; CHEN, C.Y. Impact of pregnancy on primary dysmenorrhea. *Int J Gynaecol Obstet*, v.92, n.3, p.221-227, 2006.
- JÚNIOR, M.D.C.; FONSECA, E.S.V.B.; CALISTO, A.C.; EVANGELISTA, A.A. Predição e prevenção do parto pré-termo espontâneo. *Rev Med, Minas Gerais*, v.23, n.3, p.330-335, 2013.
- KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A. CARMO, M.S.N.; SUGAHARA, G.T.L. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, v.37, p.303-310, 2003.
- KOFFMAN, M.D.; BONADIO, F.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v.5, n.1, p.23-32, 2005.
- LANSKY, S.; FRICHE, A.A.L.; SILVA, A.A.M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S.D.A.; CARVALHO, M.L.; FRIAS, P.G.; CAVALCANTE, R.S.; CUNHA, A.J.L.A. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, p.192-207, 2014.
- LAWN, J.E.; COUSENS, S.; ZUPAN, J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*, v.365, n.9462, p.891-900, 2005.
- MACHADO, I.N.; BARINI, R. Doença hemolítica perinatal: aspectos atuais. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, v.15, n.1, p.69-74, 2006.
- MATTANA, O.M.; NUNES, R.D.P.G.; MIOTTO, L.B. Fatores Associados à Prematuridade Neonatal no Brasil: Revisão Sistemática. *Rev Cuidarte Enfermagem*, v.5, n.2, p.129-136, 2011.
- MENARDI, J.P.; BRETELLE, F. How can the treatment of bacterial vaginosis be improved to reduce the risk of preterm delivery? *Womens Health*, v.8, n.5, p.491-493, 2012.
- MHAMDI, S.E.; GHARDALLOU, M.E.; SALAH, A.B.; BOUANENE, I.; SRIHA, A.; SALEM, K.B.; FALAH, R.; SOLTANI, M.S. Epidemiological and chronological profile of preterm birth in the region of Monastir (Tunisia) between 1994 and 2012. *EMHJ*, v.32, n.1, p.13-19, 2015.
- MIYAKE, Y.; TANAKA, K.; OKUBO, H.; SASAKI, S.; ARAKAWA, M.; Alcohol consumption during pregnancy and birth outcomes: the Kyushu Okinawa Maternal

- and Child Health Study. Pregnancy and Childbirth. BMC Pregnancy and Childbirth, v.14, p.79, 2014.
- MORISAKI, N.; TOGOBAATAR, G.; VOGEL, J.P.; SOUZA, J.P.; HOGUE, C.J.R.; JAYARATNE, K.; OTA, E.; MORI, R. Risk factors for spontaneous and provider – initiated preterm delivery in high and low human development index countries: a secondary analysis of the world health organization multicountry survey on maternal and newborn health. BJOG, v.121, p.101-109, 2014.
- MOUTINHO, A.; ALEXANDRA, D. Parto pré-termo, tabagismo e outros fatores de risco – um estudo caso controle. Rev Port Med Geral Fam. v.29, p.107-112, 2013.
- Nascer do Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. 2013. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. Acesso em: 07.11.2013.
- NEWMAN, L.; KAMB, M.; HAWKES, S.; GOMEZ, G.; SAY, L.; SEUC, A.; BROUTET, N. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. PLOS Medicine, v.10, 2013.
- NOMURA, M.L.; JÚNIOR, R.P.; OLIVEIRA, U.M.; CALIL, R. Colonização materna e neonatal por estreptococo do grupo B em situações de ruptura pré-termo de membranas e no trabalho de parto prematuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.31, n.8, p.397-403, 2009.
- OLIVEIRA, M.I.V.; BEZERRA, M.G.A.; FILHO, J.G.B.; VERAS, M.A.C.; BEZERRA, J.P. Perfil de mães e recém-nascidos na presença do diabetes mellitus gestacional. Rev. Rene, Fortaleza, v.10, n.4, p.28-36, 2009.
- Organização Mundial da Saúde. Parto Prematuro. 2013. Disponível em: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs363>. Acesso em: 24.06.2013.
- OVALLE, A.; KAKARIEKA, E.; RENCORET, G.; FUENTES, A.; RÍO, M.J.D.; MORONG, C.; BENÍTEZ, P. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas em un hospital público de Santiago. Rev Med Chile, v.140, p.19-29, 2012.
- PAGANOTI, C.F.; BITTAR, R.E.; FRANCISCO, R.P.V.; ZUGAIB, M. Infecção genital e marcadores preditivos do parto prematuro. FEMINA, v.40, n.6, 2012.
- PEREIRA, B.F.B.; MARTINS, M.A.S.; BARBOSA, T.L.A.; SILVA, C.S.O.; GOMES, L.M.X.G. Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. Ciência e Saúde Coletiva, v.18, n.6, p.1745-1752, 2013.
- PETROU, S. The economic consequences of preterm birth during the first 10 years of life. BJOG, v.112, p.10-15, March. 2005.
- RADES, E.; BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Determinantes diretos de parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. RBGO, v.26, n.8, p.655-662, 2004.
- RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery Rev Enferm, v.13, n.2, p.297-304, 2009.
- ROCHA, L.P.S.; SANTOS, M.L.S.; COSTA, S.R.C.; CARVALHO, L.C.B.M.; MENDONÇA, B.O.M.; ALVES, F.A.V.B.A. Infecções do trato urinário: etiologia segundo idade e sexo. Revista Faculdade Montes Belos, v.8, n.1, p.1-10, 2015.
- ROSA, M.I.; PIRES, P.D.S.; MEDEIROS, L.R.; EDELWEISS, M.I.; MESA, J.M.; Tratamento de doença periodontal e risco de parto prematuro: revisão sistemática e metanálise. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.10, p.1823-1833, 2012.
- RUSSEL, R.B.; GREEN, N.S.; STEINER, C.A.; MEIKLE, S.; HOWSE, J.L.; POSCHMAN, K.; DIAS, T.; POTETZ, L.; DAVIDOFF, M.J.; DAMUS, K.; PETRINI, J.R. Cost of hospitalization for preterm and low birth weight infants in the United States. Pediatrics, v.120, n.1, p.1-9, Jul. 2007.
- RYALAT, S.; SAWAIR, F.; BAQAIN, Z.; BARGHOUT, N.; AMIN, W.; BADRAN, D.; BADRAN, E. Effect of oral diseases on mothers giving birth to preterm infants. Med Princ Pract, v.20, p.556-561, 2011.
- SALGE, A.K.M.; VIEIRA, A.V.C.V.; AGUIAR, A.K.A.; LOBO, S.F.; XAVIER, R.M.; ZATTA, L.T.; CORREA, R.M.; SIQUEIRA, K.M.; GUIMARÃES, J.V.; ROCHA, K.M.N.; CHINEM, B.M.; SILVA, R.C.R. Fatores maternos e neonatais associados a prematuridade. Rev Eletr Enf, v.11, n.3, p.642-646. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>. Acesso em: 06/11/2013.
- SANTOS, Q.; SICHIERI, R.; MARCHIONI, D.M.L.; JÚNIOR, E.V. Consumo alimentar e prevalência de inadequação de ingestão de nutrientes entre gestantes, lactantes e mulheres em idade reprodutiva do Brasil. Revista Nutrire, v.38, p.126-126, 2013.
- SÃO PAULO. Decreto no 46.966 de 02 de fevereiro de 2006. Regulamenta a Lei no13.211 de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município de São Paulo. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 3 de fevereiro de 2006, Seção 1, p.1. São Paulo, 2006.
- SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Mulher. Programa Mãe Paulistana. Assistência Pré-Natal. Manual. 2009. Acesso em 02 de novembro de 2015. Disponível em <http://prefeitura.sp.gov.br>.
- SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano. Infocidade. 2015a. Disponível em: <http://infocidade.prefeitura.sp.org.br>. Acesso em 30 de outubro de 2015.
- SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal. Coordenação das Subprefeituras. 2015b. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em 30 de outubro de 2015.
- SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. Transparência. Subprefeituras. 2015c. Acesso em 30 de outubro de 2015. Disponível em <http://transparencia.prefeituras.sp.org.br>
- SCHIEVE, L.A.; HANDLER, A.; HERSHOW, R.; PERSKY, V.; DAVIS, F. Urinary tract infection during pregnancy: its association with maternal morbidity and perinatal outcome. Am J Public Health, v.84, n.3, p.405-410, 1994.
- SENGPIEL, V.; BACELIS, J.; MYRE, R.; MYKING, S.; PAY, A.S.D.; HAUGEN, M.; BRANTSÆTER, A.L.; MELTZER, H.M.; NILSEN, R.M.; MAGNUS, P.; VOLLSET, S.E. Folic acid supplementation, dietary folate intake during pregnancy and risk for spontaneous preterm delivery: a prospective observational cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth, v.14, 2014.
- SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização de pré-natal e nascimento. Rev Bras Saúde Matern Infantil, v.4, n.3, p.269-79, 2004.
- SHAIKH, K.; PREMJI, S.S.; ROSE, M.S.; KAZI, A.; KHOWAJA, S.; TOUGHT, S.; The association between parity, infant gender, higher level of paternal education and preterm birth in Pakistan: a cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth, v.11, 2011.
- SHAKIB, J.H.; KORGENSKI, K.; SHENG, X.; VARNER, M.W.; PAVIA, A.T.; BYINGTON, C.L. Tetanus, Diphtheria, Acellular Pertussis vaccine during pregnancy: pregnancy and infant health outcomes. J Pediatr, v.163, n.5, p.1422-1426, 2013.
- SILVA, A.M.; ALMEIDA, M.F.; MATSUO, T.; SOARES, D.A. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.25, n.10, p.2125-2138. 2009a.
- SILVA, L.A.S.; ROJAS, P.F.B.; LAUS F.F.L.; SAKAE T.M. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. Rev da AMRIGS, v.53, p.354-360, 2009b.
- SILVEIRA, M.F.; VICTORA, C.G.; BARROS, A.J.D.; SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, F.C. Determinantes de nascimento pré-termo na coorte de nascimentos de 2004, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.185-194, 2010.
- SINASC. Dados e Indicadores para a Saúde. 2013. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em : 06/11/2013.
- SMITH, K.F.; HUBER, L.R.B.; ISSEL, L.M.; FINDLOW, J.W.; The association between maternal depression during pregnancy and adverse birth outcomes: a retrospective cohort study of PRAMS participants. New York, J Community Health, 2015.
- SOUZA, L.F.; BOTELHO, N.M.; Fatores de risco para o parto prematuro em puérperas que tiveram parto pretermo. Rev Para Med, v.25, n.4, 2012.
- SOUZA, N.L.; ARAÚJO, A.C.P.F.; COSTA, I.C.C. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. Rev Latino Am. Enfermagem, v.21, n.3, 2013.
- TAYEBEH, N.B.; MOHSEN, R.; MOZHGAN, J.; ALI, A.J. The relation between primary dysmenorrhea and spontaneous preterm labor in primiparous women in Rafsanjan. Iranian Journal Of Obstetrics, Gynecology and Fertility, v.14, n.7, p.37-43, 2012.
- TOUGH, S.C. Preterm Birth and Healthy Outcomes Team: the science and strategy of team-based investigation. BMC Pregnancy and Childbirth, v.13, 2013.
- VEERAPEN, M.K.; PELAEZM L.; POTTER, J.E.; DUTHELY, L.; BIRUSINGH, R.; RAMPERSAUD, E.; BODAMER, O.A.; RODRIGUEZ, M.M. Bridging the gaps between the histopathological and demographic risk factors of preterm birth in a unique Miami inner-city population. Fetal and Pediatric Pathology, v.33, p.226-233, 2014.
- WARD, R.M.; BEACHY, J.C. Neonatal complications following preterm birth. BJOG, v.110, p.8-16, 2003.

CIRURGIA SEGURA: O DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO DA DEMARCAÇÃO DA LATERALIDADE

Luzivania Ferreira do Nascimento Luzivania.ferreira@cejam.org.br, Maria Elizabete Serejo de Sousa <maria.elizabete@cejam.org.br>, Gleiciane Sant Anna Vargas, Queila Cristina Da Silva e Dayana Caetano Siqueira da Silva <dayanacssilva@gmail.com>.

Resumo

Introdução: A segurança é um dos critérios básicos para garantir a qualidade da assistência ao paciente; portanto a adoção de estratégias para redução de erros e eventos adversos em instituições de saúde é fundamental.¹ Segurança do paciente dirige a atenção para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, que são, inquestionavelmente, componentes essenciais da assistência à saúde. No entanto, persiste a necessidade de se investir na busca de melhoria da qualidade e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, que resulte progressivamente em mais vidas salvas e mais incapacidades preveníveis. Embora a cirurgia em local errado ou no paciente errado seja rara, mesmo um incidente isolado pode resultar em dano considerável ao paciente necessitando de ações como a marcação da lateralidade.²

Objetivo: Descrever a adesão da equipe cirúrgica na utilização da ficha de lateralidade cirúrgica no hospital. **Método:** Pesquisa observacional das fichas de lateralidade preenchidas pela equipe cirúrgica entre os meses de abril e maio de 2016.

Resultados/discussão: A assistência cirúrgica é complexa e envolve dezenas de etapas que devem ser otimizadas individualmente para os pacientes.

Referências Bibliográficas

- 1 - Santos Cm, Caregnato RCA, Moraes CS. EQUIPE CIRÚRGICA: ADESÃO À META 1 DA CIRURGIA SEGURA. São Paulo: Rev. SOBECC. out./dez. 2013; 18(4): 47-56
- 2 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da

OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

TERAPIA COMUNITÁRIA INSERIDA NO CONTEXTO DE TRATAMENTO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DISPOSITIVO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE.

Melissa Cristina de Souza <melissacristinadesouza@gmail.com>.

Resumo

Introdução: A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) originou-se em Fortaleza com Adalberto Barreto na década de 90 (Barreto, 2008), e foi incorporada como política pública pelo Ministério da Saúde em 2008. A TCI e o modelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) se complementam como um espaço de cuidado em saúde mental, com foco na promoção, manutenção e reabilitação da pessoa com sofrimento psíquico e dependência química. A TCI é uma abordagem coerente com o modelo psicossocial de atuação com dependência química, pois considera o uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA) de forma ampla nos aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e culturais inerentes a esse fenômeno, além das consequências físicas, psíquicas e sociais (Occhini & Teixeira, 2006). Os pilares conceituais-filosóficos da TCI são: o Pensamento Sistêmico, a Teoria da Comunicação, a Antropologia Cultural, a Pedagogia de Paulo Freire e a Resiliência.

Objetivos: Apresentar a implementação da TCI no CAPS-AD III (Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas III).

Método: Trata-se de um relato de experiência baseada nas Rodas semanais de TCI com duração de duas horas e indicação livre de participação (atendidos, familiares e comunidade local) e com discussão reflexiva baseada na literatura científica disponível.

Resultados/Discussão: A TCI é uma tecnologia que amplia o olhar para o contexto no qual o indivíduo está inserido, com foco às questões vivenciadas pelo sujeito e a busca do rompimento entre o “saber científico” e o “saber popular”. Sob este prisma, o indivíduo é percebido de maneira holística, tendo o seu saber e resiliência reconhecidos. A TCI no CAPS AD possibilita a transcendência do foco da abstinência, pois além de realizar ações de promoção em saúde, é um espaço de reconhecimento e/ou fortalecimento da resiliência dos participantes. A TCI tem como foco de atuação a apreensão dos significados sociais, pessoais e crenças culturais; a promoção do diálogo e da Cultura de Paz; além de possibilitar um espaço de transformação do sofrimento em competência; identificar fatores de vulnerabilidades para o uso de SPA; fortalecer a motivação para mudança de comportamento a partir do reconhecimento da resiliência; criar e manter vivências de afeto, vínculo e cuidado.

Conclusões: Como modelo substitutivo aos manicômios surge o CAPS, dispositivo que considera a pessoa em seus aspectos biopsicossocioculturais e espirituais, inserido nos contextos social, familiar, comunitário e de liberdade. Assim, a TCI e o modelo CAPS se complementam como um espaço de cuidado em saúde mental. Desta forma, a TCI é uma abordagem que integra os ideais da luta antimanicomial, de reconhecimento da sabedoria popular, da cultura de paz, da resiliência e acima de tudo garante os direitos a liberdade e cidadania.

Referências Bibliográficas

Barreto, Ap. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza: LCR; 2008.v.1.

Ferreira Filha MO, Carvalho MAP. A terapia comunitária em um centro de atenção psicossocial: (des)atando pontos relevantes. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010

Freire, Paulo. Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

Freire, Pedagogia do Oprimido. 3. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

Loiva Maria De Boni Santos (org). Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas – Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Occhini, M., & Teixeira, M. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. Estudos de Psicologia. Natal, 2006.

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ACADEMIA DE SAÚDE DE UMA UBS INTEGRAL

Larissa Oliveira dos Santos <la498tz@gmail.com>, Genivaldo Rodrigues Pereira <genisblade@yahoo.com.br> e Thatiane Cristina Cardoso Faria Kleitlinguer <thatiane.faria@cejam.org.br>.

Resumo

Introdução: No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida pelos municípios, sendo o primeiro contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde¹. O Programa Academia da Saúde foi instituído pelo Ministério de Saúde (MS) em 2011 com o objetivo principal contribuir para a promoção da saúde utilizando espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados². A Unidade Básica de Saúde (UBS) Integral traz nas suas premissas e objetivos a ampliação do acesso com qualidade e a oferta de um atendimento integral ao cidadão³. Esta conta com uma equipe de saúde multidisciplinar, com a presença do educador físico, importante na identificação e acompanhamento dos usuários, respeitando as especificidades biológicas de cada faixa etária.⁴ É realizado diariamente o trabalho na Academia de Saúde (AS) com público diferenciado e com significativa adesão dos participantes. Sendo a AS um facilitador da inclusão dos usuários em outros programas da AB.

Objetivos: Conhecer o perfil dos usuários que participaram do grupo da academia de saúde de uma UBS Integral, situada em uma região de alta vulnerabilidade socioeconômica, no extremo sul da cidade de São Paulo, no período de 2014 à 2015.

Métodos: Pesquisa descritiva transversal com abordagem quantitativa realizando o levantamento dos dados registrados na ficha de produção do educador físico, sendo analisado faixa etária e sexo.

Resultados e Discussão: Nos anos de 2014 e 2015 participaram do grupo da Academia de Saúde 8.709 pessoas, sendo 86% dessa população do gênero feminino e 14% do masculino. O público predominante foi de 41 a 50 anos e 61 a 70 anos ambos com 21%. As demais faixas etárias de menores de 20 anos, de 21 a 30 anos, de 31 a 40 anos, 51 a 60 anos e acima de 71 anos foram respectivamente 3%, 5%, 11%, 27%, e de 11%.

Conclusão: Os resultados apresentados evidenciaram uma maior procura do público adulto e idoso ao grupo, sendo importante fortalecer estratégias para adesão de outras faixas etárias. Além de demonstrar uma maior procura do serviço pelo sexo feminino, fortalecendo a necessidade de se estudar o desenvolvimento de ações voltadas para os homens em uma perspectiva de gênero para realização de ações de cuidado mais efetivas⁵ na AB para esse público.

Referências Bibliográficas

¹Ministério do Estado de Saúde (São Paulo). Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

² Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

³Ribeiro CLM, Kumitake CFT, Junior CS, Albuquerque EPR, Sartori LC, et al. Diretrizes Operacionais UBS. v1. 1 ed. São Paulo, SP: 2015.

⁴Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, Amorim RCA, et al. O Programa academia da saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vidas saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva* 21 (6): 1849-1859, 2016

⁵FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.1, pp.105-109. ISSN 1413-8123.

EMBALANDO OS PAIS NA REABILITAÇÃO: GRUPO DE ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DIRECIONADO AO PAIS DE BEBÊS DE RISCO NO CENTRO DE REABILITAÇÃO

Ana Paula Ribeiro Hirakawa <paulahirakawa@hotmail.com> e Suzimar Oliveira Santos Figueiredo <suzysp2@hotmail.com>.

Resumo

Introdução: Ter um filho que necessita de acompanhamento especializado pode ser compreendido muitas vezes com tristeza e desamparo pelos pais, principalmente após o nascimento do bebê, em que se espera ter ele nos braços em casa e não em tratamento em um serviço de reabilitação. Em 2015, a Área Técnica da Pessoa com Deficiência iniciou a implementação do “Protocolo de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil/CER/NIR”, instrumento avaliativo baseado em “escalas do desenvolvimento infantil e adaptações (Denver II, Gesell, David Werner) e instrumentos anteriormente registrados no Caderno de Orientação Técnica do SUS”. Dessa maneira, esse trabalho visa apresentar o acolhimento que é dado a esses pais em um grupo multiprofissional de orientação e compreensão de todo o processo de cuidado do bebê de risco.

Objetivos: Dar continência e empoderamento a pais de bebês de risco que se encontram em acompanhamento no serviço de reabilitação.

Método: O grupo é realizado uma vez por semana, por 60 minutos e conta com os seguintes profissionais: psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, enfermeira e assistente social. O grupo é rotativo e aberto e cada sessão termina nela mesma com um tema específico, são ao todo 8 temas: Como criar uma rotina com o bebê; brincadeiras como forma de estimulação no bebê; Cuidados e higiene no bebê; A importância do sono no bebê; Orientações sobre alimentação e aleitamento materno; Desenvolvimento do bebê até os dois anos; O que é reabilitação e como funciona no bebê de risco; Dicas e trocas de informações sobre cuidado do bebê. Os pais entram no grupo com os bebês e é feita apresentação do tema, e roda de conversa com os participantes, em que são sanadas dúvidas, são acolhidas as angústias e medos.

Resultados/Discussão: A partir da participação no grupo, nota-se que nos pais tanto uma maior aderência ao tratamento, compreensão de maneira significativa de todo o processo de reabilitação. Outro fator que se percebe é que os pais passam a ser atuantes no processo, ou seja, a reabilitação não é apenas no centro de reabilitação, mas ele passa a ser feito em casa, em que os pais se tornam protagonistas e empoderados para tal, isso se dá por que eles conseguem se sentir acolhidos nas angústias e medos e conseguem modificar a maneira de lidar com os bebês.

Conclusão: O grupo se tornou um processo importante no processo de reabilitação de bebês de risco, já que consegue auxiliar no processo de cuidar e “embalar” os pais nesse momento, que muitas vezes se torna temeroso que é o acompanhamento do bebê de risco. Portanto, conclui-se que é importante não só o acompanhamento e estimulação do bebê de risco como preconiza atualmente o “Protocolo de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil – CER/NIR”, mas também tornar esse processo, um processo humanizado e diferenciado, em que não só o bebê é acolhido e percebido de maneira singular, mas os pais também, principalmente por que eles que favorecem que esses bebês sejam cuidados por toda a vida

Referências Bibliográficas

Linhães Maria Beatriz Martins, Arvalho Ana Emília Vita, Bordin Maria Beatriz Machado, Jorge Salim Moysés. Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500 g: na UTI-neonatal e no seguimento longitudinal. *Temas psicol.* [Internet]. 1999 Dez [citado 2016 Jun 30]; 7(3): 245-262. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1999000300006&lng=pt.

Rodrigues Olga Maria Piazzentin Rolim. Bebês de risco e sua família: o trabalho preventivo. *Temas psicol.* [Internet]. 2003 Dez [citado 2016 Jun 30]; 11(2): 107-113. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2003000200004&lng=pt.

Maia, A. C. B.; Rodrigues, O. M. P. R.; Marcolino, S. e Faria, A. A. B. (2000). Acompanhamento do Desenvolvimento de bebês de risco: avaliação e orientação aos pais. Em V Jornada de Educação Especial "Profº Ernani Vidon" - Abordagem Multidisciplinar em Educação Especial. Caderno de Resumos, p. 23. Marília: UNESP.

Omote, S. (1981). A família do deficiente mental. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.

Pinto, E. B.; Vilanova, L. C. P. e Vieira, R. M. (1997). O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.

QUALIDADE EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE

Dayana Caetano Siqueira da Silva <dayanacssilva@gmail.com> e Queila Cristina Da Silva.

Resumo

Introdução: A cultura de segurança do paciente tem recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde com a finalidade de impedir, precaver e minimizar os desfechos adversos na assistência à saúde. Os profissionais desta área, por natureza esforçam-se em proporcionar a melhor assistência possível, entretanto, com cuidados cada vez mais complexos este comportamento não impede que ocorram incidentes, erros ou falhas na assistência prestada aos clientes.1;2;3

Método: Trata-se de um relato de experiência realizado no Hospital entre os meses de abril de 2015 e abril de 2016 no qual descrevemos as ações do Núcleo de Segurança do Paciente.

Objetivo geral: Descrever as ações do núcleo de Segurança do Paciente no hospital.

Resultados/Discussão: A segurança é o primeiro domínio da qualidade na assistência à saúde, nenhum gerenciamento de risco assistencial será eficaz se a instituição não for capaz de olhar suas falhas com clareza e isenção, sem juízo de valor, entendendo que em sua maioria, as falhas e os erros não são por culpa isolada de uma pessoa, mas sim um problema sistêmico que envolve os processos sobre os quais a instituição se apoia.4 Avaliando o status da cultura de segurança foi possível identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas de trabalho, sendo as práticas desenvolvidas com a participação precípua da equipe multiprofissional com base na Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety - ICPS) focando nas 6 Metas Internacionais de Segurança do Paciente (identificar corretamente os pacientes; melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão) que priorizam a identificação e redução de eventos adversos evitáveis.5

Conclusão: Importantes ações foram realizadas, destacando-se a implementação da notificação de eventos adversos, sistemas de comunicação interna, auditorias, bundles, checklist, protocolos, revisão de processos, tabulação dos indicadores assistenciais, realização de reuniões quinzenais na unidade e mensal na Secretaria Municipal de Saúde, onde compartilham-se experiências. E para que se alcance uma cultura de segurança a unidade visa continuamente adotar e promover um comportamento de aprendizagem, onde a notificação dos eventos e a análise de suas causas atuam como disparadores para melhoria dos processos assistenciais de forma a evitar a recorrência das situações indesejadas e de danos aos pacientes. Houve o abandono de práticas oriundas de uma cultura punitiva com a adoção de estratégias de uma cultura de segurança, que evidencia a evolução do serviço e a construção de um novo cenário na gestão em saúde.

Referências Bibliográficas

1 - Travassos C, Caldas B. A qualidade do Cuidado e a segurança do Paciente: histórico e conceitos. 1º ed. 2013. Disponível em:<
http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 12/07/2015

2 - Gama ZAS, S PJ. A Segurança do Paciente Inserida na gestão da qualidade dos Serviços de Saúde. 1º ed. 2013. Disponível em:<
http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 12/07/2015.

3 - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 1º ed. 2013. Disponível em:<
http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 04/07/2015.

4 - Wachter, RM. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2º ed. São Paulo: Editora AMGH, 2013.

5 - COREN. Segurança do Paciente. Disponível em:<
<http://www.corenmg.gov.br/corenmg/noticias/9050-seguranca-do-paciente.html>>. Acesso em 30/06/2015.

O PAPEL POTENCIAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORNECER INFORMAÇÕES SOBRE PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER BUCAL

Desiree Rosa Cavalcanti <desireecavalcanti@gmail.com> e Ricardo Morais de Bastos.

Resumo

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família é um programa que se propõe a reorientar o modelo de atenção à saúde, por meio de equipes multiprofissionais. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um papel chave no programa e fornecem informações sobre as comunidades, subsidiando as equipes no planejamento das diversas ações. Os ACSs também podem fornecer informações importantes sobre pessoas em risco para o câncer bucal, doença muito incidente em homens brasileiros, responsável por 15490 novos casos e mais de 5000 mortes por ano somente no Brasil. Estas informações podem embasar um modelo de rastreamento do câncer de boca baseado na situação de risco.

OBJETIVOS

Este estudo teve por objetivo obter a prevalência de tabagismo e etilismo de indivíduos acima de 12 anos, por meio de informações fornecidas por ACS.

MATERIAL E MÉTODO

Os dados referentes aos hábitos tabagismo e etilismo foram coletados das comunidades inscritas em 4 USFs. Foram considerados tabagistas os indivíduos que consumiam tabaco diariamente, em qualquer quantidade e apresentação. Foram considerados etilistas os indivíduos que apresentavam o consumo mínimo diário de 40 mL de destilados ou 1lata de cerveja. Os dados foram registrados em colmeias e em seguida os endereços destas pessoas também foi obtido.

RESULTADOS

Um total de 9434 residências foram mapeadas, correspondendo a 32735 pessoas, entre as quais 26252 acima de 12 anos (12618 homens, 13634 mulheres), sendo 1397 tabagistas e 586 etilistas. A população acima de 40 anos foi de 10807 indivíduos, (5035 homens, 5772 mulheres), sendo 586 tabagistas (498 homens e 88 mulheres) e 361 etilistas (308 homens e 53 mulheres). A prevalência de hábitos na população acima de 40 anos foi de 13% para o tabagismo e 5,4% para o etilismo.

CONCLUSÕES

As informações fornecidas pelos ACS foram apropriadas e úteis para calcular a prevalência de hábitos e a localização destas pessoas nas comunidades. Estas informações estão sendo empregadas em um modelo de rastreamento direcionado a indivíduos com risco para o câncer bucal

Referências Bibliográficas

1. Estimativa de cancer no Brasil 2016 e 2017. Instituto nacional do câncer (INCA), 2016. <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/destaques.asp>
2. Prevalencia de hábitos de risco para o cancer buccal, emu ma comunidade do municipio de Suzano e sua relação com risco social. Nascimento, M. Monografia de conclusão de curso. Universidade Braz Cubas, 2015
3. Effect of visual screening on oral cancer incidence and mortality in a randomized trial in Kerala,India. Oral Oncol.2013 Apr;49(4):314-21. doi: 10.1016/j.oraloncology.2012.11.004. Epub 2012 Dec 21.
- 4 - Gurk MM, Scott SE. The reality of identifying early oral cancer in the general dental practice. British Dental . 8 347-351,2010.
- 5 - Rosin MP, Poh CF, Path CO, et al. New Hope for an Oral Cancer Solution: Together We Can Make a Dierence.Journal (CanadianDental Association). 2008;74(3):261-266.

DEPRESSÃO: ASPECTOS PSICOFISIOLÓGICOS

Halex Wolfran Viana <hwolfran@gmail.com>.

Resumo

Considerando a gravidade da Depressão, com crescentes índices de acometimento populacional (1 em cada 5, segundo a Organização Mundial da Saúde), apresentado-se entre as principais causas de incapacidade, suicídio e prematura mortalidade, propõe-se uma abrangente compreensão dos seus aspectos Psicológicos e Fisiológicos, a fim de contribuir com o manejo de enfrentamento da patologia. Para tal, objetiva-se apresentar conceitos de Depressão, no âmbito psicológico e fisiológico, propondo um avanço em seu entendimento teórico. O trabalho possui natureza bibliográfica, com a exploração de fontes que contribuem com a compreensão dos processos envolvidos na doença. Demonstram-se aspectos clássicos e atuais do viés Psicodinâmico, com características de significações e sintomas afetivos, instintivos, neurovegetativos, ideativos, cognitivos e biológicos associados. Nos processos fisiológicos, aponta-se a Depressão em relação direta com os níveis de neurotransmissores liberados no Sistema Nervoso Central e seu entendimento associado com os mecanismos de ação dos medicamentos antidepressivos. Em mais evidências, a pesquisa retrata a disfunção da normalidade do sono no depressivo, alterações neuroendócrinas, e regiões cerebrais específicas, como a amígdala, hipotálamo, e núcleos serotoninérgicos, noradrenérgicos e dopaminérgicos, que associados em entendimento interdisciplinar, podem contribuir com o tratamento Psicofisiológico da Depressão. Fez-se pertinente concluir este trabalho com a relevância e incipiência de se trazer hipóteses científicas elementares, que a curto ou médio prazo, podem ser renovadas por novos achados. Ainda assim, a pesquisa pode contribuir com o avanço no entendimento interdisciplinar da Depressão, em seus aspectos Psicológicos e Fisiológicos envolvidos, para o enfrentamento da patologia, em seu manejo. Por fim, o trabalho indica um saber integrado com as referidas abordagens.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Depression. Disponível em: www.who.int/mentalhealth/management/depression/definition/en. [internet]. 2011 May.
2. World Health Organization. Depression. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/en/>. [internet]. 2016 Jun.
3. Jurberg C. Sociedade Brasileira de Neurociência e Comportamento – Uma prosa em verso científico. Disponível em: http://www.sbnec.org.br/site/texto.php?id_texto=4. [internet]. 2016 Abr.
4. Campos FS.; Winograd. Psicologia e Biologia: Algumas interseções. Psicologia USP, São Paulo, p. 11–30, 2009 Mar.
5. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2000.
6. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
7. Delouya D. Depressão. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
8. Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
9. Bear MF. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. 2 ed. São Paulo: Artmed, 2002.
10. Sistema L. [figura 1]. Disponível em: infoescola.com. 2016 Jun 10. [internet].
11. Brandão ML. Psicofisiologia - As bases fisiológicas do comportamento. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
12. Ballone GF. Fisiopatologia da Depressão. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=57>. 2016 Jun 28. [internet].
13. Peluso MAM, Glahna DC, Matsuo K, Monkul ES, Najt P, Zamarripa F, et al. Amygdala hyperactivation in untreated depressed individuals. *Publmed - US Institute National of Medicine*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19545982>. 2016 May. [internet].
14. Graeff FG. Drogas psicotrópicas e seu mecanismo de ação. 2ed. rev. E ampl. São Paulo: EPU, 1989.
15. Depressão. [figura 2]. Disponível em: doencasmentaiscmt.blogspot.com. 2016 Jun 24. [internet].
16. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.
17. Lima, AP. O modelo estrutural de Freud e o cérebro: uma proposta de integração entre psicanálise e a neurofisiologia. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-6083201000600005. 2016 Jun 26. [internet].

VIOLÊNCIA AO PROFISSIONAL DE SAÚDE EM SEU LOCAL DE TRABALHO E O IMPACTO QUE ELA CAUSA NO SEU COTIDIANO PROFISSIONAL E PSICOSSOCIAL

Sueli de Faria <sudefaria@hotmail.com>.

Resumo

Introdução: A violência que se instaurou nas unidades públicas de saúde – não raro nas particulares – reflete a que vivenciamos na sociedade brasileira, e decorre, principalmente, da falta de políticas públicas eficazes nas áreas de segurança, educação e saúde. (JORNAL DO CREMESP, 2015){1}. “O problema tem consequências físicas, emocionais, pessoais e profissionais. Traz prejuízos tanto para quem presta quanto para quem é usuário do serviço”. (COREN-SP, 2016){2}.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo identificar a quantidade de ocorrências de violências registradas na AMA 24 Horas nos anos de 2014, 2015 e 2016 e os impactos na saúde física e psicossocial do profissional e se as estratégias existentes para a prevenção são eficazes.

Método: A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica de artigos em base de dados Scielo e publicações em periódicos institucionais, foram encontrados 03 artigos sobre o tema e através de registros internos da AMA 24 Horas.

Resultados/Discussão: A AMA 24 Horas realiza atendimento de urgências, emergências, média e baixa complexidade, sendo referência para as UBS da região, com média mensal de 20.000 atendimentos. Os meses de maior procura por atendimento nos três anos analisados foram Março e Abril. Conforme gráfico (em anexo), identificamos um número maior de ocorrências nos meses de março e abril de 2014, 2015 e queda em 2016. Os meses com o maior número de ocorrências coincidem com o período de maior número de atendimentos. Impactos gerados em decorrência da violência: saída com escolta policial; interrupção do atendimento; pedidos de transferências; abertura de boletim de ocorrência e afastamento médico. Ações adotadas pela gerência da unidade e equipe: reuniões mensais com a equipe com o objetivo de sensibilizá-los quanto à importância do acolhimento do usuário; participação da Gerente da Unidade, RT Médico e equipe nas reuniões mensais do CONSEG; apoio da GCM e PM; aumento do quadro de colaboradores; fortalecimento do Núcleo de Prevenção a Violência; notificação dos casos; divulgação mensal do resultado do SAU e do TOTEM, destacando os elogios.

Conclusão: Identificamos que as medidas estabelecidas para diminuir os casos de violência foram imprescindíveis e deram ótimos resultados. A Unidade continua com planejamento de novas ações para manter a integridade física e psíquica dos colaboradores, conservando-os motivados no seu exercício profissional.

Referências Bibliográficas

Jornal do Cremesp. ed. 327 – 2015 jul. Trabalho Médico (pág. 8 e 9) ; Violência contra profissionais de saúde [acesso em 22 mai 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2058> -.

Violência contra a Enfermagem; 2016 mai. 12; São Paulo, Brasil. São Paulo: Instituto de Medicina Física e de Reabilitação HC-FMUSP; Comunicação / COREN-SP. [acesso em 22 mai 2016]. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/node/42566>

Contrera-Moreno L, Contrera-Moreno MI. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. In: Di Martino V, 2003. 33p. Rev Bras Enferm, Brasília

(DF) 2004 nov/dez;57(6):746-9 [acesso em 27 mai 2016]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a24.pdf

Boletim CEINFO. Núcleo de Divulgação de Informações da PMSP. Ano XIV, nº 14, 2015 jun [acesso em 27 mai 2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2015.pdf -

Infográfico Estadão. Criminalidade-bairro-a-bairro. [acesso em 21 mai 2016]. Disponível em: <http://infograficos.estadao.com.br/cidades/criminalidade-bairro-a-bairro/>

QUEBRANDO PARADIGMAS: VIOLÊNCIA - NÃO FIQUE EM SILÊNCIO

Ana Paula Basilio Tavares <ana.tavares@cejam.org.br>, Luciana Juventina Grassi, Eliane Cristina Ferro Scattini e Louvira Prado da Silva.

Resumo

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, “a violência é um problema grave de saúde pública e uma violação dos direitos humanos”. É um desafio para a Saúde e caminha paulatinamente para a construção de políticas públicas que venham a implementar ações de prevenção, estratégias de intervenção e uma rede de assistência às pessoas em situação de violência. Infelizmente, a violência é algo muito presente na sociedade e não raro, situações de violência não são percebidas como violência, de tão comuns e frequentes passam a ser vistas como algo "normal", onde vítimas não se percebem agredidas e cidadãos presenciam situações de violência e não interferem a favor da vítima, optando pelo comportamento de omissão. São diversos os tipos de violência: física, verbal, psicológica, patrimonial, sexual, moral, dentre outras. Uma em cada três mulheres sofre ou já sofreu algum destes tipos de violência. É notável a necessidade de ações voltadas à promoção de saúde, à cultura de paz e à prevenção da violência. Deve-se iniciar a partir da sensibilização e conscientização dos próprios profissionais de saúde, para que percebam a violência nas suas formas mais sutis e atuem em favor da interrupção do ciclo de violência. É fundamental quebrar todos os “pré”-conceitos e medos existentes, os impedem de atuar ativamente frente à violência.

Objetivo: Promover ações contínuas de sensibilização e conscientização da população e dos profissionais da Unidade de Saúde sobre o tema "Violência"; incentivar os profissionais a atuarem em rede para assistir à pessoa em situação de violência; estimular a população a quebrar o silêncio diante de situações de violência, oferecer conhecimento e orientar sobre os canais de apoio às vítimas.

Método: Reunião mensal dos membros do Núcleo de Prevenção à Violência da Unidade para estudar o tema, realizar discussão de casos e planejar ações; criação do Dia D do “Não à Violência”; Palestras na Sala de Espera da Unidade e nos Grupos Educativos, Palestras nas Escolas da região; Abordagem e discussão do tema nas Reuniões Técnicas; Criação e montagem da Sala da “Quebra do Silêncio”, sala interativa onde o visitante percebe e adentra à violência através dos sentidos sensoriais, como audição, visão e olfato, aguçados a partir da utilização de alguns recursos.

Resultados/Discussão: Os membros do Núcleo de Prevenção à Violência da Unidade tornaram-se referência; construção de uma rede dentro da própria Unidade; maior envolvimento dos profissionais; aumento do número de notificação compulsória por violência; maior procura da população para solicitar apoio em situações de violência vivenciadas.

Conclusão: Para mudar o cenário atual, a quebra de paradigmas deve começar a partir dos próprios profissionais que atuam com essa população que sofre violência e nos serviços que estão inseridos dentro dessas comunidades. A construção da rede deve começar a partir das pequenas ações locais.

Referências Bibliográficas

Coordenação da Atenção Básica, Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura de São Paulo. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, São Paulo: SMS; 2015.

EFEITO DA INSULINA TÓPICA NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM RATAS CASTRADAS

Juliana Paulucci Reis <juliana.paulucci7@gmail.com>

Resumo

Objetivo:

Avaliar o impacto da ovariectomia e do uso tópico de insulina no reparo tecidual de queimaduras de 2º grau em ratas jovens.

Método:

Após aprovação do CEUA do ICB-USP conforme protocolo 147 e 148, ratas Wistar de oito semanas de idade foram distribuídas em quatro grupos: intactas tratadas com placebo (SP), intactas tratadas com insulina tópica (SI), ovariectomizadas tratadas com placebo (OP) e ovariectomizadas tratadas com insulina tópica (OI). Após cinco semanas da ovariectomia ou cirurgia fictícia, as ratas foram submetidas ao procedimento de queimadura, por meio da exposição da pele da região dorsal por 20 segundos de um molde metálico de 1cm² aquecido à 120° C. Em ambos procedimentos os animais foram anestesiados com uma mistura 1:1 de cloridrato de quetamina 1% e cloridrato de xilazina 2%. As lesões foram cobertas diariamente com creme contendo ou não insulina (PI 0705370-3 – UNICAMP) e fotografadas nos dias 0, 1, 3, 7, 14, 21 e 26 pós-queimadura para mensuração da área da ferida. Nos dias 7, 14 e 26 pós-lesão, os animais foram anestesiados com 1g de tiopental sódico e foi extraída a área da lesão para análise histológica do infiltrado inflamatório, vasos sanguíneos e expressão proteica pelo westernblotting.

Resultados:

No grupo ovariectomizado foi detectado diâmetro da lesão menor do que nas intactas, nos dias 3 e 26 pós-queimadura, independentemente do tratamento tópico recebido (OVX 2.7 cm ± 0.2 vs. SHAM 3.2 cm ± 0.2 e OVX 0.2 cm ± 0.0 vs. SHAM 0.3 cm ± 0.2, respectivamente, $p < 0.05$). Foi observada redução na quantidade de vasos novos no grupo ovariectomizado em relação às controles no 7º dia após a queimadura, sem modificação pelo tratamento. No 14º dia, foi detectado maior infiltrado inflamatório abaixo da área da injúria nos grupos que receberam a insulina tópica: ovariectomizados (OI) e controles (SI), em relação ao controle placebo (SP). A avaliação da expressão das proteínas ERK1/2 e AKT foi semelhante entre os grupos, independentemente do tratamento da lesão. A expressão do VEGF apresentou uma tendência a ser menor nos grupos que receberam insulina tópica ($p=0,08$).

Conclusão:

Todos os grupos apresentaram padrão temporal semelhante, com redução macroscópica das lesões a partir do 21º dia e completa reepitelização no 26º dia. Os resultados preliminares sugerem que a ovariectomia e a insulina tópica parecem modular a fase inflamatória do processo de cicatrização desse modelo de queimadura experimental.

Apoio financeiro:

CNPq e Fapesp.

Referências Bibliográficas

1. Lima MHM, Caricilli AM, de Abreu LL, Araújo EP, Pelegrinelli FF, et al. (2012) Topical Insulin Accelerates Wound Healing in Diabetes by Enhancing the AKT and ERK Pathways: A Double-Blind Placebo-Controlled Clinical Trial. *PLoS ONE* 7 (5): e36974.
2. Mendonça RJ, Coutinho-Neto J. Aspectos celulares da cicatrização. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2009.
3. Chiarotto GB, Esquisatto MAM, Amaral MEC, Santos GMT, Mendonça FAS Effects of laser irradiation (670-nm InGap and 830-nm GaAlAs) on burn of second-degree in rats
4. Azevedo F. Effect of topical insulin on cutaneous wound healing in diabetic rats.
5. GILPIN, D. A. Calculation of a new Meeh constant and experimental determination of burn size. *Burns*, v. 22, n. 8, p. 607-611, Dec 1996. ISSN 0305-4179.
6. SCHWACHA, M. G. Macrophages and post-burn immune dysfunction. *Burns*. 29: 1-14 p. 2003
7. ROBBINS, S. L.; CONTRAN, R. S.; KUMAR, V. *Pathologic Basis of Disease*. 6 ed. Philadelphia: 2000.
8. Emmerson E, Hardman MJ. The role of estrogen deficiency in skin ageing and wound healing. 2010
9. Pelegrinelli FFF, Thirone ACP, Gasparetti AL, Araujo EP, Velloso LA, Saad MJA. Early Steps of Insulin Action in the Skin of Intact Rats.
10. H Marini, F Polito, D Altavilla, N Irrera, L Minutoli, M Calo, EB Adamo, M Vaccaro, F Squadrito, A Bitto. Genistein aglycone improves skin repair in an incisional model of wound healing: a comparison with raloxifene and oestradiol in ovariectomized rats. *bph_758 1185..1194*
11. Balbino CA, Pereira LM, Curi R. Mecanismos envolvidos na cicatrização: uma revisão. *Brazilian J PharmSciences*. 2005; 41(1):27-51.
12. Loeser AA (1937) The resorption and action of follicular hormone rubbed into the skin. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 44:710
13. Ashcroft GS, Mills SJ, Lei K, Gibbons L, Jeong MJ, Taniguchi M, Burow M, Horan MA, Wahl SM, Nakayama T (2003) Estrogen modulates cutaneous wound healing by down-regulating macrophage migration inhibitory factor. *J Clin Invest* 111(9):1309-1318
14. Hardman MJ, Waite A, Zeef L, Burow M, Nakayama T, Ashcroft GS (2005) Macrophage migration inhibitory factor: a central regulator of wound healing. *Am J Pathol* 167(6):1561-1574
15. Emmerson E, Campbell L, Ashcroft GS, Hardman MJ (2009) Unique and synergistic roles for 17beta-estradiol and macrophage migration inhibitory factor during cutaneous wound closure are cell type specific. *Endocrinology* 150(6):2749-2757
16. Tsukahara K, Nakagawa H, Moriwaki S, Kakuo S, Ohuchi A, Takema Y, Imokawa G (2004) Ovariectomy is sufficient to accelerate spontaneous skin ageing and to stimulate ultraviolet irradiation-induced photoageing of murine skin. *Br J Dermatol* 151(5):984-994
17. Smith QT, Allison DJ (1996) Changes in collagen content in skin, femur and uterus of 17-beta-estradiol benzoate-treated rats. *Endocrinology* 79(3):486-492
18. Asarian L, Geary N (2002) Cyclic estradiol treatment normalizes body weight and restores physiological patterns of spontaneous feeding and sexual receptivity in ovariectomized rats. *Horm Behav* 42:461 - 471
19. Faulds MH1, Zhao C, Dahlman-Wright K, Gustafsson JA. The diversity of sex steroid action: regulation of metabolism by estrogen signaling.
20. Dubuc PU. Effects of estrogen on food intake, body weight, and temperature of male and female obese mice.

QUALIDADE ASSISTENCIAL: IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE “BEM ESTAR”

Adilson aparecido dos Santos lemos <adilsonsanstosleamos@gmail.com>.

Resumo

Introdução: Diante da intensa crise da saúde pública, crise de humanismos, da dificuldade de fazer pessoas melhores, ou seja, profissionais da saúde mais humanos e com experiência no cuidar da população idosa que vem crescendo. Diante da humanização dos cuidados, um tema tanto falado e pouco vivido surge para resgatar o cuidado individual ao doente com os profissionais que prestam assistência. Na tentativa de não só enxergar o lado técnico, mas procurar ver o paciente como célula única e com particularidades, principalmente o idoso internalizado precisamos aprimorar o cuidado que hoje é integral para um novo modelo onde o cuidado focado passa a fazer grande diferença. A rotina de organizar o serviço e o bom senso são necessários para trabalhar com o próximo. O profissional de enfermagem ao entrar nos quartos para verificar os SSVV, encaminhar pacientes para o banho de aspersão, realizar o banho de leito, entre outros não pode perder o objetivo principal de fazer a diferença na ação desenvolvida nos procedimentos. Hoje, na crise do projeto humano na saúde, sentimos a falta do cuidado e para mudar esse contexto, o hospital criou uma equipe, batizada como equipe do bem estar, nome esse visto a importância do toque e foco no momento vulnerável do banho.

Objetivos: Diminuir a sobrecarga da equipe de enfermagem, dar uma assistência de qualidade e humanizada e reduzir as ouvidorias frente a falta de humanização na hora do banho.

Materiais e Métodos: A equipe foi composta por 6 auxiliares de enfermagem, em escala de segunda a sexta-feira das 06:00 as 12:00 e folgas conforme escala vigente. O dimensionamento diário é realizado pelo coordenador ou enfermeiro administrativo do plantão noturno, utilizando a ferramenta de busca ativa por perfil de banho. As estratégias de qualidade, são traçadas por indicador de demanda e grau da complexidade dos pacientes. A preocupação com o atendimento diferenciado ocorreu desde a integração, visto que os profissionais escolhidos, são recém-formados e o treinamento admissional foi direcionado com protocolos, rotinas, fluxos e dinâmicas de sensibilização, frente a ação de proporcionar bem estar durante o processo do banho.

Resultados: A equipe realiza em média 28 banhos por dia e 840 banhos mês. Como efeito houve redução significativa das ouvidorias em relação ao banho, alinhando e aumentando o número de elogios em relação a assistência. Houve melhora no indicador de absenteísmo da equipe de enfermagem, pois havia um grande número de afastamento e sobrecarga de trabalho.

Conclusões: A implementação da equipe “Bem Estar” inserida na assistência ao paciente foi criada para realizar banho de leito e banho com auxílio aos pacientes nas unidades de internação do hospital, garantindo sua segurança, evitando intercorrências, otimizando a assistência e acolhendo o paciente e familiar através de sua atividade focada.

Referências Bibliográficas

Saber Cuidar – Figuras exemplares de cuidado III – L. Boff.

Julho 5, 2007 por contadores. destorias

RESTA DG, BUDO MLD. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. Maringá 2004; 26 (1): 53-60.

KARSCH, U. Idosos dependentes: familiares e cuidadores. Cad Saúde Pública 2003; 19(3): 861-866.

MJB ARAÚJO RJ: Bezerra de Araújo. Técnicas fundamentais de Enfermagem Banho no leito. RJ. 1989).

Leonardo Boff. Saber Cuidar. Ética do Humano – Compaixão pela Terra Petrópolis, Ed. Vozes, 1999

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL - MANEJO E TRATAMENTO DO ESTRESSE OCUPACIONAL

Ana Claudia Erthal <anaerthal.cejam@gmail.com>.

Resumo

Introdução: A palavra “stress” é de origem latina, usada desde o século XVII, e em 1926 o médico Hans Selye a usou para descrever o estado de tensão patológico do organismo¹. O estresse tornou-se um importante problema de saúde, ocorre na área profissional e pessoal, com aumento de 3% nos últimos anos na cidade de São Paulo entre 1996 e 2004². Os prejuízos causados pelo estresse são percebidos através das licenças médicas. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) se baseia em dois princípios básicos: a cognição tem influência sobre as emoções e comportamentos; e os comportamentos podem afetar os padrões de pensamentos e emoções³. Pesquisa realizada com o objetivo de avaliar a intervenção para manejo de estresse e comparar os resultados pré e pós-intervenção. Utilizados Inventário de Sintomas de Stress para Adultos Lipp, Inventário Beck de Depressão e de Ansiedade e estratégias e técnicas da TCC. Paciente na pós-intervenção apresentou redução dos sintomas de estresse⁴. Realizada revisão das principais técnicas de respiração usadas para redução de estresse e aumento do bem-estar⁵. Para a TCC o pensamento disfuncional influencia as emoções e comportamentos, quando as pessoas aprendem a identificar seu pensamento e questioná-lo de forma realista, conseguem uma melhora em seu quadro emocional e comportamental⁶.

Objetivos: Verificar manejo e tratamento ao estresse ocupacional, através de avaliação e técnicas da TCC, contribuindo para o enfrentamento do sofrimento emocional no ambiente profissional.

Métodos: Realizada pesquisa bibliográfica em livros de referência sobre estresse, manejo do estresse e TCC e artigos científicos pesquisados nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico, com as palavras-chave estresse, terapia cognitivo-comportamental, manejo do estresse.

Resultados: Foram encontrados quatro artigos em português abordando o tema de tratamento e manejo do estresse baseados na TCC. Discussão: Os dados mostraram evidências de que as intervenções, tratamento e manejo de estresse em TCC, produzem efeitos benéficos na redução de estresse e apresentam resultados eficazes na qualidade de vida dos profissionais.

Conclusão: Conclui-se com esta revisão bibliográfica que as técnicas de TCC são muito eficazes no manejo e tratamento de estresse. As técnicas de respiração e relaxamento contribuem de maneira significativa para a redução do estresse e manejo nas situações estressantes no ambiente de trabalho e na vida pessoal. Os estudos mostram que se os pacientes com quadros de estresse forem tratados com a TCC é possível reduzir o sofrimento emocional mediante as questões laborais, gerando assim, mais qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- 1- LIPP ME. O Stress está dentro de você. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2000.
- 2- SADIR MA, LIPP MN. Influência do treino de controle de estresse nas relações interpessoais no trabalho. 2013. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013; 37(2): 131-140.
- 3- WRIGHT JH, BASCO MR, THASE ME. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. 1. Ed - Porto Alegre: Artmed, 2008. 224 p.
- 4- BORGES CS, LUIZ AMAG, DOMINGOS NAM. Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. Arq. Ciênc. Saúde 2009 out-dez; 16(4): 181-6.
- 5- NEVES NETO AR. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo 2011; 56(3): 158-68.
- 6- BECK JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013. 413 p.
- 7- ARAÚJO CF, SHINOHARA H. Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. Interação em Psicologia, 2002, 6(1), p. 37-43.
- 8- HOLMES, David. S. Psicologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. 565 p.
- 9- KNAPP, P.; BECK, A.T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30 (Supl II): S54-64.
- 10- MURTA, S.G. Programas de manejo de estresse ocupacional: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn. 2005, Vol. VII, nº 2, 159-177.

REALIZAÇÃO DO PROJETO FARMÁCIA + PAVS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA REGIÃO CAMPO LIMPO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Karina Martins de Queiroz <farmacia.kmqueiroz@gmail.com> e Eliane Cristina Ferro Scattini.

Resumo

Introdução: Políticas públicas têm impacto sobre as pessoas e as comunidades. A estrutura neurológica na criança é influenciada por dois fatores principais: estimulação através de informação e afeto (vínculo). O grau de aprendizagem de uma criança chega a ser 3 vezes maior quando acompanhada por algum programa durante a primeira infância. Desta forma, o investimento na infância, através de políticas públicas, é importante para um resultado social. Podemos interferir na sociedade através de ações que visam: melhorar a qualidade da educação e da saúde; ajudar a diminuir os índices de criminalidade; incrementar os níveis de qualidade de vida da população; construir políticas intersetoriais, com alcance para a população; reduzir índices de hipertensão e diabetes. A realização de grupos e projetos na Unidade Básica de Saúde objetivando desenvolvimento infantil, incentivo de vínculo e afeto entre pais e filhos, promoção e prevenção de saúde da população, pode somar-se positivamente ao atendimento clínico, pois junto aos cuidados físicos, potencializam múltiplas dimensões do cuidado: vínculo entre profissional e usuário; escuta qualificada; valorização da cultura de cada família e da comunidade; consideração do contexto familiar, social e emocional; e oferecimento de espaço de reflexão ao usuário sobre o cuidado com a saúde.

Objetivo: Promover saúde através de intervenções visando o desenvolvimento físico, cognitivo e psíquico infantil saudável; e transmitir conhecimentos sobre prevenção de doenças, cuidados com o meio ambiente e ingestão e descarte de medicamentos, de forma que as crianças, jovens e adultos possam ter resultado futuro de melhoria da qualidade de vida.

Método: Realização de grupos com usuários da unidade de saúde, visitas domiciliares compartilhadas entre farmacêutico e profissional do PAVS, e atividades nos Centros de Convivência da Criança e do Adolescente (CCA) situados na área da unidade.

Resultados/Discussão: As atividades lúdicas desenvolvidas com as crianças e jovens dos CCA, objetivando promoção de saúde e prevenção de doenças, podem resultar em melhoria da qualidade de vida destes indivíduos e conseqüentemente da sociedade. Os grupos realizados com usuários da unidade de saúde promovem a interação e o fortalecimento do vínculo entre o usuário e profissional, além de oferecer à comunidade um espaço para questionamentos e de valorização da cultura do indivíduo e da sociedade. As visitas domiciliares compartilhadas permitem que o usuário seja avaliado e auxiliado em sua totalidade, como um ser complexo, constituído por diversos fatores que podem potencializar a melhoria ou a piora da qualidade de vida, como os aspectos físicos, sociais, econômicos, e psíquicos.

Conclusão: Um novo modelo de saúde, com ênfase na interdisciplinaridade, vem sendo construído. Com a realização das atividades compartilhadas entre farmacêutico e profissional do PAVS, o atendimento ao usuário passa a ser feito considerando-se a complexidade do indivíduo.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Disponível em: <<http://www.fmcsv.org.br/pt-br/Paginas/default.aspx>>. Acesso em 18 abril 2015.
2. CAMPOS, J. A. P. P.; et al. Psicologia da Educação. Material Didático Mediacional para Educação a Distância. Batatais: Claretiano, 2013.
3. VILELA, E. M. e MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003, vol.11, n.4 pp.525-531. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692003000400016&lng=en&nrm=iso>.

Projetos de Melhorias Contínuas (PDCA)

PRODUTIVIDADE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADULTO E INFANTIL E MELHORIA NO ACOLHIMENTO DA SALA DE ESPERA DO PRONTO SOCORRO

Renata Maria Cabral <renata.cabral@hmbm.org.br>

Ana Paola de Camargo Medeiros

Joelma Ramos da Silva Alcantara

Apresentação



PDCA **1234**

PRODUTIVIDADE NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADULTO E INFANTIL E MELHORIA NO ACOLHIMENTO DA SALA DE ESPERA DO PRONTO SOCORRO

Pronto Socorro Adulto e Infantil

Renata Maria Cabral; Joelma Ramos da Silva
Alcântara; Ana Paola de Camargo Medeiros;




PDCA **Fase 01 – Planejar** **1234**

Identificação do problema:

No HMMD a meta para o atendimento porta-triagem é de 20 minutos, porém durante o ano de 2015 atingimos um percentil 80 de 50 min. e atingindo em março de 2016 um pico de 1 hr e 25 min. de espera. Percebe-se a necessidade de avaliação e reestruturação do processo de atendimento, garantindo um atendimento satisfatório e atingindo a expectativa do cliente.

DIAGRAMA CAUSA - EFEITO





PDCA **Fase 01A – Planejar** **1234**

Plano de ação:

O Que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Organização do Setor	Renata Cabral	Mai/16	Melhorar o ambiente	Classificação de Risco	Trocar equipamentos, organização de setor, prfira.	R\$ 235,00
Adequação do Sistema WPD	T.J. Renata	Jun/16	Facilitar o acionamento	Classificação de Risco	Tratamento in loco de ferimentos	Sem Custo
Mensurar Produtividade	Renata Cabral	Junho/16	Verificação da produtividade	Sala de espera	Tabela com a produtividade e acompanhamento do dia a dia	Sem Custo
Curso de capacitação	Renata, Joelma	Junho/16	Melhorar o conhecimento	Sala de Tratamento	Elaborar cronograma e realizar os aulas	Sem Custo
Acolhimento e auxilio	Ana Paola Renata	Abril/16	Diminuir as saídas do enfermeiro e melhorar o atendimento	Classificação de Risco	Dirigir um cabeleireiro para a função com o decorrer das atividades	R\$ 1.200,00
Revisão dos protocolos	Edwin Paiva Renata	Junho/16	Existe uma fidelidade dos protocolos	Sala de espera	Revisão para discussão dos protocolos e reestruturação das equipes	Sem Custo

Indicador: Tempo de entrada do paciente até o momento em que este é chamado para realizar a classificação de risco
Meta: Mínimo de 90% dos atendimentos em até 20 minutos.
Melhoria dos processos e conhecimento técnico e teórico dos enfermeiros triadores.



5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Fase 02 – Fazer 1234

Executar o Plano de Ação elaborado:

Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Organização do Setor	Quadro branco, pintura, back-up de mangueiras e oxímetro.	Renata Cabral – Enfª. Sênior	30/03/16	R\$ 225,00
Adequação do Sistema WPC	Treinamento In-Loco	Merilda – T.J Renata Cabral – Enfª. Sênior	15/05/16	Sem Custo
Monitorar Produtividade	Planilha em Excel e relatório estrado do sistema	Renata Cabral – Enfª. Sênior	30/04/16 e 20/06/16	Sem Custo
Curso de capacitação	Agendado sala da instituição, utilizado projetor e acompanhamento prático	Renata Cabral – Enfª. Sênior Joelma Alcantara – Supervisora	15/06/16	Sem Custo
Acolhimento e auxílio	Divisão de um colaborador da escola para realizar a atividade	Ana Paola – Coordenadora Renata Cabral – Enfª. Sênior	30/04/16	Sem Custo
Revisão dos protocolos	Protocolo Impresso para discussão	Ana Paola – Coordenadora Renata Cabral – Enfª. Sênior Edem Tito – Coordenador	15/06/16	Sem Custo

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Fase 03 – Verificar 1234

Classificação de Risco Infantil 2016

Classificação de Risco Adulto 2016

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Fase 03 – Verificar 1234

	Maio			Junho		
	Med. Dia	Média/Hr	Min./Triag.	Med Dia	Média/Hr	Min./Triag.
Enfª.1	43	7,2	8,3	58	9,7	8,2
Enfª.2	45	7,6	7,9	61	10,5	5,9
Enfª.3	48	8	7,5	77	13	4,5

Na primeira tabela visualizamos a melhora da produtividade de 3 enfermeiras que participaram do curso.

No gráfico 1: uma melhora na quantidade de triagem dentro da meta estabelecida

No gráfico 2: diminuição do acionamento do código laranja, um reflexo das ações da técnica do acolhimento

Análise das triagens realizadas em até 20 minutos

Acionamento do código laranja por mês

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Consolidar / Controlar 1234

Considerações Finais

- Melhoria na produtividade do enfermeiro triador;
- Melhoria na segurança do paciente em sala de espera
- Necessidade de sempre haver um terceiro triador, evitando a abertura de contingência manual;
- Melhoria contínua do conhecimento técnico e teórico do enfermeiro;

Planejamento 2017

- Garantir funcionamento de três classificações de risco, com separação do atendimento adulto e infantil.
- Garantir a segurança do paciente e a estratificação de risco priorizando os protocolos institucionais.
- Manter o curso de capacitação do enfermeiro triador;

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

PROGRAMA VIVA BEM

Augusto Cezar Martins da Silva <augusto.martins@shell.com>

Apresentação

PROGRAMA VIVA BEM

Shell Brasil Petróleo

Augusto Cezar Martins da Silva

Mauricio Cerqueira de Souza

Isabela Santoro Francisquini

Werneck Ubiratan Felipe Santos

Tayra Guiscafre Zaccaro

Eliana Nunes Ferreira

PROBLEMA

A Promoção da Saúde no ambiente de trabalho geralmente busca melhorar a saúde do trabalhador através da redução dos fatores de risco individuais relacionados aos hábitos de vida como: uso de tabaco, inatividade física e alimentação inadequada, entre outros fatores que podem contribuir ao afastamento do trabalho e riscos ocupacionais à saúde. Todavia, até que ponto podemos pensar no monitoramento de programas que promovam a saúde, como alimentação saudável e atividade física como efetivos para mudança de comportamento e melhoria dos resultados relacionados a saúde, redução de índice de massa corpórea, controle da pressão arterial, diminuição de riscos cardiovasculares, entre outros?



PLANO DE AÇÃO

5W2H									
Data da criação do plano	02/01/2012	Responsável:	Isabela Francisquini	Objetivo:	promover saúde para os trabalhadores		Meta:	anual	
Data da revisão do plano:	02/01/2014	Responsável:	Mauricio Souza	Indicador:	índice de massa corporal e Circunf. Abdo.				
O que	Como	Quem	Quando	Onde	Por que	Quanto	% Completo	Hoje	Situação Atual
			Início	Fim					
promoção de saúde do trabalhador	estimulando à prática de exercícios e educação nutricional	todos os trabalhadores	02/01/2012	02/01/2014	Na empresa e adjacências	sedentarismo	85	100,00 %	100,00 %

Indicador: índice de massa corporal e circunferência abdominal

Metas IMC: atingir IMC entre 18,5 à 24,9.

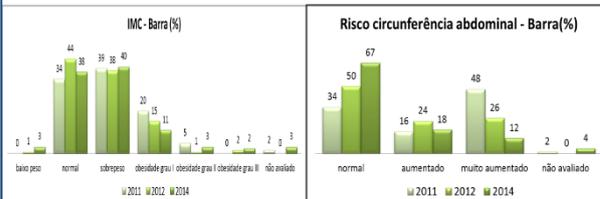
Metas CA: reduzir à 94 cm para homens e 80 cm para mulheres.

PLANO PROPOSTO

AÇÕES	RECURSOS FINANCEIROS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Incentivo à Prática de Exercícios	R\$5.000,00	Equipe de Saúde Shell	anual
Educação nutricional	R\$8.000,00	Equipe de Saúde Shell	anual
Monitoramento dos prestadores de serviços	R\$0,00	Equipe de Saúde Shell	Anual
Massagem	R\$3.000,00	Equipe de Saúde Shell	Anual
Programa Equilíbrio	R\$0,00	Equipe de Saúde Shell	Anual
Tabaco Zero	R\$1.000,00	Equipe de Saúde Shell	Anual
Semana da saúde	R\$0,00	Equipe de Saúde Shell	Anual
Mini check-up	R\$3.000,00	Equipe de Saúde Shell	Anual

RESULTADOS

Os valores de IMC foram variáveis para os índices "normal" e "sobrepeso" ao longo do período de 2011 (antes do início do programa) a 2014 (resultado final parcial). Em relação aos índices de "obesidade grau I" decrescente e "Grau II e III" crescente, assim como os resultados de circunferência abdominal:



CONSOLIDAÇÃO E CONTROLE

- O resultado dessas ações ao longo do tempo, mostrou que é possível ampliar as oportunidades para uma alimentação mais saudável, prática de exercícios e outras ações de incentivo a vida saudável dentro do próprio local de trabalho, com a participação ativa dos trabalhadores.
- Uma maneira encontrada para mantermos a motivação dos funcionários e ampliarmos a participação foi comemorarmos as conquistas em eventos anuais, com a distribuição de brindes, atividades e brincadeiras participativas, entre outros, para se manter o sucesso contínuo, visando melhores resultados nos próximos anos do programa.
- Sabemos que a promoção da saúde é um trabalho cíclico e que demanda ações novas e motivadoras ao longo do tempo. Buscamos as opiniões dos participantes, incentivamos a participação ativa dos funcionários e envolvemos a liderança como elementos chave em busca da qualidade de vida. A motivação oriunda de resultados individuais ou em grupo são o melhor combustível do programa.

REDUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA MEDICAÇÃO SEM NECESSIDADE DE REAVALIAÇÃO MÉDICA E ORGANIZAÇÃO DO FLUXO

André Vicente de Lazari <andre.lazari@hmbm.org.br>

Ana Paola de Camargo Medeiros

Renata Maria Cabral

Apresentação



PDCA **1234**

REDUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA MEDICAÇÃO SEM NECESSIDADE DE REAVALIAÇÃO MÉDICA E ORGANIZAÇÃO DO FLUXO

Medicação Adulto/ Pronto Socorro

André Vicente Lazari; Ana Paola de Camargo Medeiros; Renata Maria Cabral




PDCA **Fase 01 – Planejar** **1234**

Identificação do problema:
No HMMD o tempo de espera para medicação sem necessidade de reavaliação de um percentil 80 de 1 hr e 34 min em janeiro de 2016. E também no setor da medicação adulto havia uma falha nos processos e no fluxo, o que gerava problemas na identificação das medicações com prioridade ou por tempo de chegada, causando insatisfação do cliente e aumento das reclamações no SAU.





PDCA **Fase 01A – Planejar** **1234**

Plano de ação:

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Dividir as atividades dos colaboradores	André Vicente	15/03/18	Determinar responsabilizar o colaborador	Medicação Adulto	Separar na escala de atividades	Sem custo
Reorganização dos pacientes por prioridade no protocolo prioritário	André/ Renata	30/01/18	Os pacientes prioritários no mesmo local que os demais	Medicação Adulto	Fluxo em dupla em cima de cada colônia. Com um número e cor	R\$ 200,00
Organização do fluxo com utilização de colônias rotacionáveis	André/ Renata	30/01/18	Fluxo de atendimento não rotacionáveis	Medicação Adulto	Organização colônias de cores diferentes	R\$ 50,00
Direcionar um colaborador para medicação rápida	André	30/01/18	Tempo de espera alta para medicação sem necessidade de reavali	Medicação Adulto	Direcionar um colaborador em escala	Sem Custo
Direcionar um colaborador para o fluxo	André/ Ana Paola	30/04/18	Fluxo não padronizado e sem priorização	Medicação Adulto	Direcionar um colaborador em escala	Sem Custo
Emparelhamento de cliente para tratamento rápido	André	15/04/18	Os pacientes eram chamados na porta da medicação	Medicação Adulto	Organização 1x1 para o uso de farmácia	Sem Custo

Indicador: Tempo de prescrição médica – Tempo de checagem da medicação
Meta: Redução do tempo de administração da medicação sem necessidade de reavaliação em 30 minutos



5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Fase 02 – Fazer 1234

Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Divisão das atividades dos colaboradores	Folha A4	André Vicente – Enf. ^o Sênior	15/03/16	Sem custo
Visualização dos pacientes por separação de protocolos/ prioridades	Display de acrílico/ folha A4 colorida	André Vicente – Enf. ^o Sênior Flaviana – Enf. ^o Sênior	30/01/16	R\$ 230,00
Implementação do fluxo com utilização de cestas individuais	Cesta e folha A4 colorida	André Vicente – Enf. ^o Sênior Flaviana – Enf. ^o Sênior	30/01/16	R\$ 50,00
Dimensionar um colaborador para medicação rápida	Um técnico de enfermagem	André Vicente – Enf. ^o Sênior	30/01/16	Sem Custo
Dimensionar um colaborador para o fluxo	Um técnico de enfermagem	André Vicente – Enf. ^o Sênior	30/04/16	Sem Custo
Acomodamento do cliente para tramitação WPD	Ferramenta do WPD	André Vicente – Enf. ^o Sênior	15/04/16	Sem Custo

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Fase 03 – Verificar 1234

Redução do tempo prescrição – medicação sem necessidade de reavaliação

Fluxo com Cestas Individuais, escaninhos diferenciados, separados por cor, identificação nas cadeiras e divisão das atividades no quadro

Tempo de espera para realização da medicação sem necessidade de reavaliação (comparativo antes e pós melhorias)



Métrica	jun/16	mai/16
Mediana	00:54:00	00:35:00
Percentil 80	01:34:00	00:56:00

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Consolidar / Controlar 1234

Considerações Finais

- Melhora na eficácia do atendimento e organização do fluxo;
- Diminuição do tempo de espera
- Necessidade de sempre haver um colaborador destinado para a medicação sem necessidade de reavaliação e um para a organização do fluxo;

Planejamento 2017

- Melhoria contínua do conhecimento técnico e teórico do enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Continuar com melhorias visando as outras classificações de medicações;

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

REDUÇÃO DA TAXA DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS EM UTI NEONATAL

Karina Suzane da Silva Pereira <karina.pereira@hmbm.org.br>

Apresentação



PDCA

1234

REDUÇÃO DA TAXA DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS EM UTI NEONATAL

Hospital Municipal Dr. Moyses Deutsch

Karina Suzane; Amanda Priscila Fontes; Ana Paula de Paiva; Jeane Andrade; Samela Cavalcante; Eliete Carvalho.



Fase 01 – Planejar

Extubação acidental é retirada da cânula endotraqueal de forma espontânea pelo paciente ou não planejada pelos profissionais ligados aos cuidados do paciente. Alguns artigos também usam a denominação: extubação indesejada. Sendo decorrente de alguns fatores tais como agitação, manipulação, troca de fixação, fixação inadequada, fixação molhada, transporte inadequado ou outros motivos desconhecidos. A manutenção de pacientes com via aérea artificial, conectada ou não a um ventilador artificial, é hoje uma prática segura, mas não isenta de riscos. A não observância de alguns detalhes básicos em relação à manutenção da permeabilidade do tubo endotraqueal e profilaxia da extubação acidental (EA) pode exercer um potencial morbido e iatrogênico. Desde 2012 o HMMD gerencia este risco para diminuir o índice de extubação acidental na Unidade de Terapia Neonatal. Sendo 2012 a taxa média de 6%, 2013 com 8%, 2014 apresentou 11%. Observa-se em Julho de 2014 o pior índice, 16% de extubações acidentais.

Processo	Pessoas
1. Alta demanda de pacientes com alto grau de complexidade.	6. Moderada adesão ao processo de auditoria de extubação acidental
2. Ausência de protocolo de sedação para RN	7. Não capacitação equipe de fisioterapia noturna para o risco de extubação acidental.
3. Ausência periodicidade de troca de fixação para COT	8. Falta de sensibilização da equipe para o risco de extubação acidental
4. Não aderência da fixação a pele do RN	9. Manuseio inadequado do paciente neonatal.
5. Ausência padrão para confecção da fixação	10. Realização de transporte inadequado

Aumento do número de extubações acidentais

Fase 01A – Planejar

Ação	O que	Por que	Como	Quem	Onde	Quando	Quantos Custos
1	Ausência de periodicidade de troca de fixação	Não há rotina e rotina definida para troca de fixação	1. Levantamento de necessidades; 2. Atualização de rotina institucional; 3. Tratamento das Equipes de Enfermagem e Fisioterapia	Fisioterapia e Equipe de Enfermagem	HMMDO	ago/14	Não se aplica
2	Ausência de protocolo de ventilação	Não há rotina definida para instalação e desinstalação de ventilação	1. Definir rotina e competência para ativar ventilação; 2. Criação de protocolo de Instalação	Equipe médica	HMMDO	ago/14	Não se aplica
3	Ausência de uma planilha para controle de fixação para cânula endotraqueal	Não há modelo padronizado na instituição	1. Elaboração de RME; 2. Tratamento de equipes de Enfermagem e Fisioterapia	Fisioterapia e Equipe de Enfermagem	HMMDO	jun/14	Não se aplica
4	Não Adesão da fixação a pele do recém nascido	Pele do RN mantém alta adesão da fixação anterior	1. Treinamento de um plano para teste de novo adesivo; 2. Tratamento de equipe enfermeira e fisioterapia; 3. Utilização de spray adesivo e limpeza barreira	Fisioterapia e Equipe de Enfermagem	HMMDO	ago/14	Não se aplica
5	Moderada adesão ao processo de auditoria	Profissionais de Equipe ainda não tiveram formação e treino	1. Realização e treinamento de toda equipe de fisioterapia para realização de teste RNDO	Fisioterapia	HMMDO	ago/14	Não se aplica
6	Não capacitação da equipe de enfermeiros para confecção e troca de fixação de COT	Confecção incorreta da fixação de COT	1. Treinamento da Equipe de Fisioterapia de Equipes	Fisioterapia	HMMDO	ago/14	Não se aplica
7	Alta demanda de pacientes com perfil idêntico	Alguns profissionais com pouca expertise no manuseio e condução de pacientes neonatais	1. Atribuição de escalas; 2. Encaminhamento de um profissional específico para UTI Neonatal; 3. Criação de rotinas para o período de manhã e tarde	Fisioterapia	HMMDO	ago/14	Não se aplica
9	Fixação de COT inadequada no Centro Cirúrgico e CMI	Falta de Padronização e treinamento na equipe de enfermagem	1. Treinamento da equipe de enfermagem	Fisioterapia e Equipe de enfermagem	HMMDO	Fevereiro e Março 2015	Não se aplica
10	Manipulação inadequada de RN	De acordo com as auditorias para extubação acidental os erros: manuseio inadequado e banho não higienizante frequentes	1. Treinamento da equipe de enfermagem	Fisioterapia e Equipe de enfermagem	HMMDO	ago/15	Não se aplica
11	Falta de sensibilização da equipe para o risco de extubação acidental	Observação na Manuseio do RN durante o banho e procedimentos com utilização de mão não higienizada e contaminação de mãos frequentes	1. Criação de placas sinalizadoras	Equipe neonatal e equipe de comunicação	HMMDO	ago/15	Não se aplica

Indicador: *(Nº de extubações acidentais – mês / Nº de pacientes expostos ao risco de extubação acidental - mês) * 100
Meta: *Manter a taxa de extubação menor que 7%, conforme média histórica da instituição.





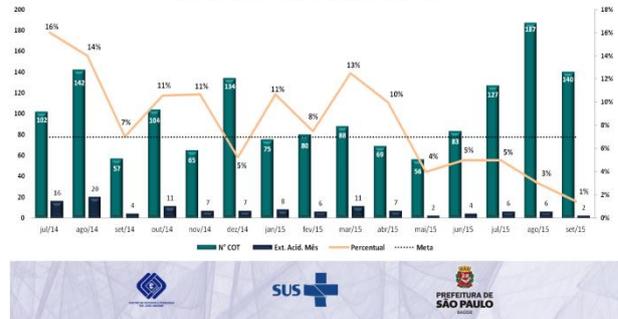
Fase 02 – Fazer

Ações	Responsáveis	Status
1. Definição da periodicidade das fixações; 2. Alteração da rotina institucional; 3. Treinamento das Equipes de Enfermagem e Fisioterapia.	Fisioterapia e Equipe de Enfermagem	Concluído
2. Definir critérios / complexidade para otimização do uso da sonda; 2. Criação de Protocolo de Sedação.	Equipe médica	Concluído
1. Benchmarking MIE para aprendizagem do tipo de fixação de COT 2. Treinamento equipe de Enfermagem e Fisioterapia. 3. Padronização institucional da fixação de COT	Fisioterapia e Equipe de Enfermagem	Concluído
1. Realização de um piloto para teste de novo produto para melhorar a aderência da fixação a pele do RN; 2. Treinamento da equipe enfermagem e fisioterapia. 3. Padronização do Produto: lenço remover e lenço barreira.	Fisioterapia e Equipe de Enfermagem	Concluído
5. Reorientação e treinamento de toda equipe de fisioterapia para realização de auditoria de extubação acidental. (meta 100%)	Fisioterapia	Concluído
6. Treinamento de capacitação da Equipe de Fisioterapia do Noturno para os cuidados e os riscos de extubação acidental	Fisioterapia	Concluído
1. Adequação da escala de fisioterapeutas 2. Remanejamento de um fisioterapeuta exclusivo para UTI Neonatal 3. Criação de referências para o período de manhã e tarde.	Fisioterapia	Concluído
Treinamento da equipe de enfermagem para confecção das fixações de COT	Fisioterapia e Equipe de Enfermagem	Concluído
Treinamento para enfermagem - (posicionamento, banho e aspiração da sanula orotraqueal	Fisioterapia e Equipe de enfermagem	Concluído
11. Criação de placas sinalizadoras do Risco de Extubação acidental.	Equipe assistencial e setor de comunicação	Concluído



Fase 03 – Verificar

Taxa de Extubação Acidental 2014 - 2015



Consolidar / Controlar

Com a implementação das melhorias que envolveram alterações em fluxos e procedimentos internos na unidade, treinamentos realizados para equipe médica, enfermagem e fisioterapia, criação de um Protocolo de Sedação para RN, padronização do tipo fixação e periodicidade da troca da fixação para cânula orotraqueal e instituição do risco de extubação acidental obteve-se redução significativa na taxa média de extubações acidentais comparando o 2º sem de 2014 que apresentou uma média **11% extubações acidentais/mês** e o período pós implantação das melhorias que apresentou uma média de **4% extubações acidentais/mês** na Unidade de Terapia intensiva Neonatal (redução de 74%). Nota-se ainda um aumento de 15% (em agosto 2015 de 50%) do número pacientes expostos ao risco no período que compreende a implantação das melhorias e o pós melhorias. As ações implementadas foram eficientes para a manutenção das taxas deste indicador nos meses de Maio à Setembro 2015. Como reflexo, menor dano ao paciente, seguido de diminuição do tempo de permanência do RN na Unidade de Terapia Neonatal. Vale ressaltar que as melhorias implantadas não necessitaram de investimento.

Próximos Passos:

- ✓ Gerenciamento e implementação de melhorias.
- ✓ Aperfeiçoamento da equipe assistencial e protocolos internos da Unidade
- ✓ Redução da meta de 7% para 5% após 6 meses de manutenção das taxas.



EVOLUÇÃO FISIOLÓGICA DO TRABALHO DE PARTO

Cristiana dos Santos de Andrade <cristiana.andrade@cejam.org.br>

Dalila Vieira de Almeida Soares <dalila.vieira@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

INDICADOR EVOLUÇÃO FISIOLÓGICA DO TRABALHO DE PARTO

Parto Seguro à Mãe Paulistana/ Obstetrícia Hospitalar

Cristiana dos Santos de Andrade, Dalila Vieira de Almeida Soares; Alberto Faria

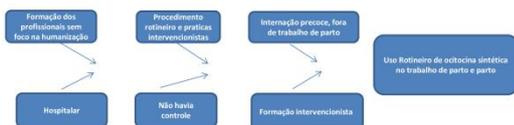


PDCA Fase 01 – Planejar

Identificação do problema

- Conhecer o percentual de parturientes com evolução fisiológica do trabalho de parto, sem o uso rotineiro de ocitocina sintética no trabalho de parto.

Diagrama causa efeito Ishikawa



PDCA Fase 01 – Planejar

Plano de ação: ferramenta para estabelecer o plano de ação

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Criar um indicador capaz de mensurar mensalmente o uso de ocitocina na condução do trabalho de parto	Gestor do Núcleo Parto Seguro e supervisores de Enfermagem envolvidos com o Parto Seguro	Mensalmente a partir de Janeiro de 2016.	-Reduzir o uso rotineiro da ocitocina sintética	Na salas PPP e pré-parto na rede de hospitais municipais com Parto Seguro à Mãe Paulistana.	Aplicação mensal do indicador por parto hospitalar com Parto Seguro por meio de coleta de dados do livro de parto com relatório gerencial. Condensar todos os resultados.	20 horas trabalhadas

INDICADOR: Evolução Fisiológica do Trabalho de Parto

$$\frac{\text{Evolução Fisiológica do Trabalho de Parto}}{\text{Total de Partos}} \times 100$$

Meta: 70 %





PDCA Fase 02 – Fazer

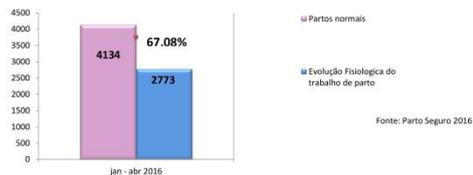
Executar o Plano de Ação elaborado: mencionar as ações implementadas (ou não) com base no plano de ação estabelecido no Planejar

Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/D despesas (R\$)
- Inserir o campo "Evolução do Trabalho de Parto" no Livro de parto	Computador com Planilha excel para coleta dos dados (livro de parto digitalizados)	Coordenador Parto Seguro e Supervisoras	7 dias	Computador cedido pela SMS. Horas de trabalho da equipe não mensurado
- Capacitar as enfermeiras obstetras para preenchimento da evolução do trabalho de parto	Enfermeiras do Parto Seguro	Supervisoras	7 dias	
- Calcular o indicador	Supervisoras do Parto Seguro	Supervisoras	Mensalmente	
- Capacitar supervisores locais para coleta do indicador e cálculo	Supervisores de enfermagem e Administrativas dos hospitais Computador e Planilha Excel	Coordenador Parto Seguro e Supervisoras	01 dia de capacitação	



PDCA Fase 03 – Verificar

Apresentar o resultado do Indicador:



Fonte: Relatório Gerencial 2016



PDCA Consolidar / Controlar

Revise as atividades e o planejamento para o trabalho e registre:

- Indicador implantado favoreceu:
 - Houve Ganhos Financeiros devido a redução do uso da medicação Ocitocina sintética, usada rotineiramente, mas não mensurada.
 - Futuramente identificará a evolução fisiológica dentro da assistência
 - O processo irá se manter para melhoramento da meta.



CONTA CERTA - FARMÁCIA

Sabrina Marques Rodrigues <sabrina.rodrigues@hmbm.org.br>

Marcos Goncalves dos Santos

William Souza Silva

Fernanda de Oliveira Camargo

Mayara Regina Azevedo Freire

Apresentação



PDCA

1

PROJETO CONTA CERTA

FARMÁCIA

Sabrina Marques; Fábio Eugênio; Marcos Gonçalves; William Souza; Fernanda Camargo; Mayara Regina Azevedo

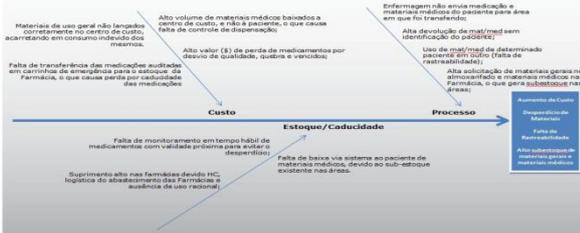


PDCA
Fase 01 Planejar

5º Simpósio Científico CEJAM

1

Em análise, evidenciou-se o alto consumo de materiais gerais, materiais médicos e processos de medicamentos a centro de custo impactando no DRE da farmácia, sendo necessário o desenvolvimento de ações, juntamente com as áreas relacionadas em busca de redução de custo e uso racional.



PDCA
Fase 01A – Planejar

5º Simpósio Científico CEJAM

1

Ação	Objetivo	Responsável	Data	Status	Quantidade	Quantidade
Adotar uma metodologia para análise de desperdício de medicamentos, visando a redução de custos e o uso racional.	Redução de custos e o uso racional.	Administrativo	15/03/2015	Concluído	1000	1000
Realizar reuniões com o setor de farmácia para a análise de custos e o uso racional.	Análise de custos e o uso racional.	Farmácia	15/03/2015	Concluído	1000	1000
Realizar reuniões com o setor de farmácia para a análise de custos e o uso racional.	Análise de custos e o uso racional.	Farmácia	15/03/2015	Concluído	1000	1000
Realizar reuniões com o setor de farmácia para a análise de custos e o uso racional.	Análise de custos e o uso racional.	Farmácia	15/03/2015	Concluído	1000	1000
Realizar reuniões com o setor de farmácia para a análise de custos e o uso racional.	Análise de custos e o uso racional.	Farmácia	15/03/2015	Concluído	1000	1000
Realizar reuniões com o setor de farmácia para a análise de custos e o uso racional.	Análise de custos e o uso racional.	Farmácia	15/03/2015	Concluído	1000	1000
Realizar reuniões com o setor de farmácia para a análise de custos e o uso racional.	Análise de custos e o uso racional.	Farmácia	15/03/2015	Concluído	1000	1000

Indicador: Custo X Economia (Economia/ Saída Hospitalar) * 1000

Meta: 50% de redução. Prazo: Seis Meses (12/2015) - Concluído



PDCA Fase 02 – Fazer

5º Simpósio Científico CEJAM

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/ Despesas (R\$)
Definir quais materiais médicos serão dispensados nas farmácias	Reunião com as Equipes	Coordenadores	01/09/2015	-
Gestão mensal do DIFE para verificação detalhada do item "Custos Variáveis".	Reunião com a Equipe Farmácia	Sabrina	01/09/2015	-
Redimensionar estoque rotativo das farmácias satélites tanto para medicamentos, quanto para materiais.	Reunião e Treinamento dos Líderes	William / Alex / Fernanda	18/09/2015	-
Maior rotatividade dos medicamentos com baixo giro nos carros de emergência	Reunião e Treinamento dos Líderes	Marcos	01/09/2015	-
Maior rotatividade dos medicamentos com baixo giro nos carros de emergência	Formulário de Auditoria, Reunião entre as áreas, Treinamento de Equipe	Fernanda	10/09/2015	-
Aumento do controle de validade de medicamentos para 45 e 90 dias	Etiquetas coloridas, Treinamento de Equipe, Implantação Banco de dados Sistema WPD	Marcos	01/09/2015	-
Diminuição de subestoques nas áreas, devido a não acompanhamento dos medicamentos e materiais médicos junto aos pacientes, em giro de leitos, eliminando a duplicidade das dispensações	Reunião entre as áreas, Treinamento de Equipes	Joelma/Reginete/ Renata	10/09/2015	-



PDCA Fase 03 – Verificar

5º Simpósio Científico CEJAM

Consumo Farmácia - Materiais Gerais, Médico e Rastreável								
	Média 1º	semestre/15	jul/15	ago/15	set/15	out/15	nov/15	dez/15
Material geral	R\$ 3.562,07	R\$ 1.670,55	R\$ 2.080,99	R\$ 2.182,48	R\$ 2.309,90	R\$ 2.112,01	R\$ 2.309,90	R\$ 10.877,65
Material Médico	R\$ 2.984,85	R\$ 987,56	R\$ 1.227,51	R\$ 1.107,70	R\$ 1.058,10	R\$ 787,08	R\$ 1.004,95	R\$ 1.004,95
Material Médico Rastreável	R\$ 225,83	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 872,24	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total	R\$ 6.772,75	R\$ 2.658,11	R\$ 3.308,50	R\$ 3.290,15	R\$ 4.240,25	R\$ 2.840,69	R\$ 3.314,85	R\$ 11.882,29
Economia	R\$ 0,00	R\$ 4.114,66	R\$ 1.028,59	R\$ 1.182,48	R\$ 1.182,15	R\$ 1.359,96	R\$ 9.567,65	R\$ 9.877,65
Saldas	1452	1534	1528	1465	1427	1435	1610	1610
Índice por Saldas (1000)	R\$ 0,00	-R\$ 2.682,30	R\$ 557,27	-R\$ 149,04	R\$ 669,35	R\$ 969,03	R\$ 5.610,31	R\$ 5.610,31

Conta Certa - Custo (+) x Economia (-)




PDCA Consolidar/Controlar

5º Simpósio Científico CEJAM

Resultados Obtidos

A meta contratada foi de redução de 50% até dez/15, mas as ações demonstraram-se efetivas atingindo uma redução de 60,75% no primeiro mês, além de resultar em reduções posteriores.

Conforme acordado, o relatório é feito toda primeira semana de cada mês, para revisão de gastos e planejamento de ações, voltadas a redução de custo e enfatizar a cultura do consumo racional, a fim de, manter e/ou sobrepor a meta estabelecida.

Próximos Passos

Como a implantação do projeto ainda se encontra em fase inicial, queremos obter maior economia com materiais gerais, materiais médicos e rastreáveis, tendo como base o projeto Conta Certa, que não envolve apenas a farmácia, mas todas as áreas assistenciais;



PROJETO AMIGO PET COIMBRA: ENFRENTANDO PRÁTICAS DE ABANDONO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS

Everton Tumilheiro Rafael <pesquisas.etr@gmail.com>

Luciana Ribeiro Maciel <lumaciell@gotmail.com.br>

Apresentação



PDCA PROJETO AMIGO PET COIMBRA: ENFRENTANDO PRÁTICAS DE ABANDONO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS

PAVS UBS Jardim Coimbra

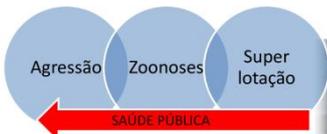


Everton Tumilheiro Rafael; Luciana Ribeiro Maciel;



PDCA Fase 01 – Planejar

Identificação do problema
Elevado número de práticas de abandonos de cães e gatos em vias públicas.




- UBS JD. COIMBRA: Caso de indivíduo em situação de acúmulo de animais – 198 animais oriundos de práticas de abandono em um domicílio;



PDCA Fase 01 – Planejar



Diagrama de Ishikawa – Projeto Amigo PET Coimbra





PDCA Fase 01A – Planejar

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Alinhar Parcerias com instituição	GL e APA	Março/2016	A ESF não possui todos os recursos necessários para atender a demanda	1º, 2º e 3º Setor	Reuniões	R\$ 0,00
Capacitação ACS	GL e APA	Abril/2016	Os ACS estão convivendo com experiências dessa temática diariamente	UBS Jardim Coimbra	Rodas de Conversa	R\$ 0,00
Ações de sensibilização nos equipamentos do território	APA e ACS	Abril/2016	A população não apresenta-se sensível à posse responsável de animais domésticos	Escolas e Domicílios	Rodas de Conversa, oficinas, e VD.	R\$ 0,00
Evento Magno Semestral	GL e UBS	Maió/2016	Colaborar às parcerias a se oferecerem serviços	Espaço Socioeducativo	Mutirões	R\$ 0,00



PDCA Fase 01A – Planejar

• Indicadores:

- Redução do número de animais abandonados nas vias públicas, especificamente em ponto viciado previamente identificado;
- Adesão da população nos mutirões de vacinação e castração;



PDCA Fase 01A – Planejar

• Metas:

- Articulação de minimamente um equipamento representante do 1º, 2º e 3º setor/semestre;
- Participação de 1200 pessoas no evento magno semestral;
- Minimamente 800 animais atendidos pelos serviços prestados por evento magno;
- Distribuição de 2000 materiais educativos para informar a população/semestre;



PDCA Fase 02 – Fazer

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Resp. (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Reunião com Clube da Turma	Espaço de reuniões, presença dos diretores, AMM, e-mail, transporte	GL e APA	Abril/2016	R\$ 0,00*
Reunião com Ampara Animal	Espaço de reuniões, presença da presidência, AMM, e-mail, transporte	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Reunião com FMU	Espaço de reuniões, presença de responsáveis, AMM, e-mail, transporte	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Reunião com Suvis MBM	Espaço de reuniões, presença de técnicos e supervisores, AMM, e-mail	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Contato com CCZ	Telefone, e-mail.	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Contato com Subprefeitura	Telefone, e-mail.	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*



PDCA Fase 02 – Fazer

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Resp. (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Reunião CADES MBM	Transporte	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Reunião com CTA OS CEJAM	Presença de Coordenadores e Gerentes	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Reunião com IRS CEJAM	Telefone, AMM, e-mail, transporte	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Contato com GCM	Telefone e e-mail	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Contato com ABA	AMM	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Contato com Escolas	Telefone, e-mail espaço para conversas	APA	Abril/2016	R\$ 0,00*



PDCA Fase 02 – Fazer

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Resp. (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Palestra com ACS	Espaço, transporte	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Reunião com Gestão PAVS Regional	Espaço, transporte	GL e GR	Abril/2016	R\$ 0,00*
Reunião com Gerente UBS	Transporte	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Reunião com Eq. Multi (NASF)	Transporte e espaço	GL	Abril/2016	R\$ 0,00*
Distribuição de Mat. Educativo	Folders, cartazes, banners, cartilhas	APA e ACS	Abril/2016	R\$ 0,00*
VAD	Profissionais	APA e ACS	Abril/2016	R\$ 0,00*



5º Simpósio Científico
CEJAM

PDCA Fase 02 – Fazer
EVENTO MAGNO SEMESTRAL

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Resp. (cargos)	Prazo	Investiment o/Despesas (R\$)
Castração de cães e gatos	Liberação técnica, espaço, profissionais, insumos, almoço	SUVIS MBM	Maio/ 2016	R\$ 0,00*
Vacinação de cães e gatos	Liberação técnica, espaço, profissionais, insumos, almoço	SUVIS MBM	Maio/ 2016	R\$ 0,00*
Palestras e vídeos educativos	Espaço, equipamentos multimídia	PAVS e Ampara Animal	Maio/ 2016	R\$ 0,00*
Distribuição de Mat. Educativo	Mat. educativo e profissionais, almoço	PAVS e CCZ	Maio/ 2016	R\$ 0,00*
Exposição	Painéis, transporte, espaço, almoço	PAVS, Ampara Animal	Maio/ 2016	R\$ 0,00*
Apresentações	Transporte, espaço, almoço	PAVS e GCM	Maio/ 2016	R\$ 0,00*

*Todas as necessidades foram supridas pelas habilidades e recursos de cada parceiro do projeto.



5º Simpósio Científico
CEJAM

PDCA Fase 03 – Verificar




5º Simpósio Científico
CEJAM

PDCA Fase 03 – Verificar




5º Simpósio Científico
CEJAM

PDCA Fase 03 – Verificar




5º Simpósio Científico
CEJAM

PDCA Fase 03 – Verificar

9 instituições parceiras
53 apoiadores

>1850 mat. educativos
>1942 pessoas sensibilizadas

734 animais vacinados
379 animais castrados






PDCA Consolidar / Controlar

Este projeto viabilizou o fortalecimento de uma rede intersetorial de atenção as questões relacionadas a posse responsável, bem estar e convívio saudável com animais domésticos, especialmente cães e gatos, possibilitando uma acelerada inclusão de instituições parceiras.

A sensibilização e orientação de profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto a aspectos básicos de posse responsável de animais domésticos vêm favorecer a transformações no território, visto a atuação capilarizada que os mesmos fornecem, principalmente em suas visitas domiciliares.

A articulação de rede e setores demanda tempo e dedicação dos profissionais, e o Programa Ambientes Verdes e Saudáveis, possuidor de ferramentas de mobilizações intersetoriais, tem contribuído às equipes Saúde da Família nesse processo.



PDCA Consolidar / Controlar

A partir das ações desenvolvidas pelo Projeto Amigo PET Coimbra, equipamentos de saúde, sociais, educacionais e ambientais têm incentivado a difusão da abordagem de posse responsável de animais domésticos em suas atividades.

O Projeto Amigo PET Coimbra proporciona espaços que intensificam a prestação de serviços zoonosológicos à população, e poderá propulsionar mais campanhas de conscientização, clínicas e cirúrgicas atuando intersetorialmente, além de multiplicar os saberes e experiências adquiridas às demais unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo.



REDUÇÃO DO TEMPO PORTA-ECG NO PRONTO SOCORRO

Natalia Lúcio Alves Braz <natalia.lucioalvesbraz@hmbm.org.br>

Ana Paola de Camargo Medeiros

Apresentação



PDCA **1234**

REDUÇÃO DO TEMPO PORTA-ECG

Pronto Socorro

Natalia Lúcio Alves Braz; Carlos Abreu; Edwin Adolfo Silva Tito; Ana Paola de Camargo Medeiros;




PDCA Fase 01 – Planejar **1234**

Identificação do problema

No HMMD são abertas uma média de 230 fichas/mês no protocolo de dor torácica e no ano de 2015 o tempo porta-ECG estava acima da meta estabelecida de 10 minutos, chegando a uma média de 43 minutos.





PDCA Fase 01A – Planejar **1234**

Plano de ação:

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Revisão do Processo, da ficha e do tempo	Natalia Dr. Carlos Edwin Ana Paola	15/04/16	Garantir o atendimento prioritário	Sala de Reunião	Revisão com a equipe para discussão do fluxo	Sem Custo
Colocar um banner informativo	Natalia/ Comunicação	06/06/16	Garantir o atendimento prioritário	Recepção do P.S.	Fixar um banner informativo para a priorização	R\$ 100,00
Tratamento sobre técnicas de realização de ECG	Natalia/Juliana/ Helma	25/06/16	Problemas relacionados ao conhecimento do protocolo e identificação do paciente	Pronto Socorro	Tratamento em 1 caso específico sobre as técnicas de realização de ECG e de legendas	Sem Custo
Tratamento das situações: enfermagem, médico, enfermeiro	Natalia/ Juliana/ Helma/ Marcelo	30/04/16	Problemas relacionados ao conhecimento do protocolo e identificação do paciente	Pronto Socorro	Tratamento específico para cada especialista in loco e em sala	Sem Custo
Sala específica para realização de ECG	Ana/ Paola	05/01/16	Melhorar a prioridade e localização do serviço para realização de ECG	Pronto Socorro	Identificar uma sala específica para ECG	Sem Custo
Uma enfermagem específica como enfermeira	Natalia/ Ana Paola	05/12/15	Centralizar as informações e acompanhamentos a uma enfermagem	Pronto Socorro	Referenciar uma enfermagem do pronto socorro	R\$ 500,00

Indicador: Tempo da retirada da senha – tempo da triagem/ tempo da triagem – tempo de realização do ECG/ tempo de realização do ECG – entrega de ECG ao médico.

Meta: Reduzir o tempo porta-eleito para 10 minutos e melhorar a adesão



5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Fase 02 – Fazer 1234

Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Revisão do Processo, da ficha e dos tempos.	Folha A4 e protocolo impresso	Natalia – Enfermeira II	15/04/16	Sem Custo
Colocar um banner informativo	Banner	Natalia – Enfermeira II Giovanna – Comunicação	06/06/16	R\$ 100,00
Treinamento sobre técnica de realização de ECG	Folha impressa com os locais dos eletrodos	Natalia/Josival/ Hermes – Enfermeiras II	25/06/16	Sem Custo
Treinamento das equipes: enfermagem, médicos, recepção	Projeto e sala de treinamento	Natalia/Josival/ Hermes – Enfermeiras II Dr. Carlos – Coordenador	30/04/16	Sem Custo
Sala específica para realização do ECG	Sala física	André – Enf. Sênior	05/01/16	Sem Custo
Uma enfermeira específica para referência do protocolo	Uma enfermeira/ Realizar 20 horas a mais	Natalia – Enfermeira II Ana Paula Coordenadora	05/12/15	R\$ 500,00



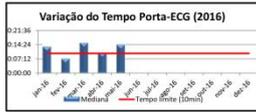
5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Fase 03 – Verificar 1234

Variação Tempo Porta-ECG (2015)



Variação do Tempo Porta-ECG (2016)



Em 2015 o tempo porta-ECG estava sempre acima da meta estabelecida, após as aplicações de melhoria o tempo foi reduzido com os meses de fevereiro e abril dentro da meta e um aumento de 22% na adesão ao protocolo

Adesão - Tempo Porta-ECG (2016)





5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Consolidar / Controlar 1234

Considerações Finais

- Foi verificado a importância de um colaborador destinado ao protocolo e a enfermeira referência do protocolo;
- A verificação do ECG sendo realizado pelo médico emergencista;

Planejamento 2017

- Manter enfermeira referência do protocolo
- Manter colaborador destinado a realização do ECG;
- Treinamentos contínuos visando melhoria no conhecimento teórico e técnico



MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE GESTANTES

Dion Teixeira de Carvalho <dioncarvalho@cejam.org.br>

Rosecleia Alves Miranda <vipero@ig.com.br>

Ernani Pereira da Cunha <ernanipcunha@gmail.com>

Glauber Alves dos Prazeres <glauber.oscejam@gmail.com>

Sueli Doreto Rodrigues <suelidoreto@oscejam.org.br>

Apresentação



PDCA

Monitoramento dos Indicadores de Gestante

Coordenação Técnica Regional –
CEJAM OS

Autor Dion Carvalho; Autor Raimunda Nascimento; Autor Rosecleia Miranda;
Autor Ernani Cunha; Autor Glauber Alves; Autor Sueli Doreto



PDCA Fase 01 – Planejar

Identificação do problema

Com o advento do contrato de Gestão firmado junto a Prefeitura de São Paulo, o CEJAM iniciou o processo de monitoramento contínuo para os Itens obrigatórios estipulados como Metas para o Contrato, dentre estes temos o acompanhamento do Pré Natal com itens classificados como mínimos e inseridos no Sistema SIGA. Metas estas que não estavam sendo atingidas.

Ferramentas da Qualidade aplicáveis nesta fase:

Utilizando-se do diagrama de "Ishikawa", visualizamos que as metas não atingidas não estavam relacionadas a não realização das atividades técnicas-clínicas pertinentes a Meta, mas estavam relacionado ao processo administrativo das informações.



PDCA Fase 01A – Planejar

Plano de ação: ferramenta 5W2H para estabelecer o plano de ação

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Verificação dos processos de lançamento no SIGA	Equipe Atenção Básica CEJAM	Semanalmente	Identificar falhas de acompanhamento e lançamento	CEJAM OS	Sistema SIGA-BI	Sem custo

Indicador: acompanhamento das metas definidas para o contrato de gestão, sendo mínimo 7 consultas e coleta de exames básicos.

Meta: 100% das gestantes acompanhadas e com exames básicos





PDCA Fase 02 – Fazer

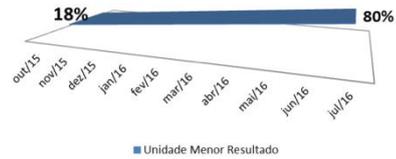
Executar o Plano de Ação elaborado: Busca Semanal dos Lançamentos sistematizados no SIGA através do Sistema SIGA-BI com comparação semanal e sistemática para comprovação da melhoria do processo de lançamento semanalmente.

Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Busca SIGA-BI	Equipe Atenção Básica CEJAM OS	Equipe Administrativa	Semanalmente	Sem custo
Análise dos Dados SIGA BI	Equipe Atenção Básica CEJAM OS	Supervisores Atenção Básica	Semanalmente	Sem custo



PDCA Fase 03 – Verificar

Monitoramento SIGA-BI Gestantes Outubro/15 a Julho/16



PDCA Consolidar / Controlar

Com os resultados significativos de Melhora no acompanhamento do SIGA BI, apontamos

- Não realização de descontos proveniente a meta alcançada
- Estabelecimento de novas metas, acima do mínimo estipulado pelo contrato de gestão
- Estabelecimento de acompanhamento sistemático – semanalmente para manutenção do processo estabelecido e busca da novas metas



IMPLANTAÇÃO DO PLANO INDIVIDUAL DE PARTO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Keila Barros Braga Stange <keila.barros@cejam.org.br>

Apresentação



IMPLANTAÇÃO DO PLANO INDIVIDUAL DE PARTO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Gestão Materno Infantil/Obstétrico Hospitalar

Hospitais Municipais de São Paulo/ Centro de Estudos e Pesquisas
Dr João Amorim

Anatalia Lopes de Oliveira Basile; **Keila Barros Braga Stange**; Adalberto Kiochi Aguemí; Sandra Ferreira de Almeida, Mariana Damásio da Silva, Valéria Kelly Vieira



Fase 01 – Planejar

Identificação do problema

Necessidade de cumprimento do direito da gestante à elaboração de um plano individual de parto, segundo artigo 04º da Lei 15.894/2013 e, conforme portaria 105/2015 – AHM.G.



Plano de ação Fase 01A – Planejar

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Elaborado Formulário: Plano Individual de Parto	Entregue pelo enfermeiro obstetra	A partir da 37ª semana à gestante	Informar e possibilitar a gestante escolhas esclarecidas	Acolhimento dos hospitais com Parto Seguro	Abordagem direta na consulta de enfermagem	Horas de trabalho já previstas na jornada de trabalho do colaborador
Estabelecido indicador e meta capaz de mensurar o percentual de abordagens à gestante a respeito do Plano Individual de Parto	Coordenação e Supervisão de Enfermagem do Parto Seguro	Para uso mensal	Para acompanhamento da abordagem de acordo com meta estabelecida	Nos Hospitais Municipais com o Programa Parto Seguro	Através de coleta de registros do Livro de acolhimento	Horas de trabalho previstas na própria jornada de trabalho do colaborador





Fase 02 – Fazer

Ações implementadas com base no plano de ação estabelecido

Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Capacitação para uso do plano individual de parto e indicador	Treinamento para multiplicadores (supervisores) Utilização do POP específico	Coordenação Parto Seguro	8 horas	Horas de trabalho dentro da jornada já estabelecida
Capacitação dos colaboradores	Treinamento para colaboradores realizado por supervisores (multiplicadores)	Supervisores dos hospitais	30 dias	Horas de trabalho dentro da jornada já estabelecida



Fase 03 – Verificar

Tabela 1. Indicador: Percentual de Plano de Parto Entregues no período de março a maio de 2016.

Período	N	%
março	1552	100
abril	1511	100
maio	1483	100
Total	4546	100

Fonte: Relatório Gerencial Parto Seguro 2016.



"Não recebi nenhuma destas orientações antes do nascimento de meu primeiro filho. Agora, depois de receber todas essas informações e poder optar pelo que quero que seja realizado, estou me sentindo mais segura e com mais suporte", conta Tainah.

Fonte: http://www.sps.gov.br/indicador/parto-seguro/realizar_pis-02

Método de cálculo: Total de formulários "Plano Individual de Parto" entregues/Total de gestantes com 37 semanas ou mais atendidas e dispensadas que não haviam recebido o "Plano Individual de Parto" x 100



Consolidar / Controlar

- Com este projeto foi possível perceber o quanto o instrumento pode auxiliar na divulgação de informações à gestante sobre seus direitos, que incluem suas preferências e expectativas e assim também é estimulada a discussão positiva e esclarecimento de dúvidas pelos profissionais às gestantes.
- Ganhos financeiros não foram mensurados, mas com a utilização do Plano Individual de Parto, há uma tendência a menos intervenções e maior chance de um parto natural, poupando assim recursos tecnológicos e custos adicionais.
- Planejamos para o futuro a avaliação da satisfação das gestantes em relação a assistência com o plano de parto.

REFERÊNCIAS:

1. São Paulo (Município). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Lei n. 15.894, de 08 de novembro de 2013. Institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais de gestantes da cidade de São Paulo, e dá outras providências. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 05/12/14 p.1.
2. Basilio, A.L.O.; Pinheiro, M.S.B.; Miazahá, N.T. Parto e nascimento. Centro de parto normal intra-hospitalar. São Paulo, Yendis, 2007, p. 53-66.
3. Belo Horizonte (Município). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Bf pelo Parto Normal: Ajude a nascer esta ideia. Cuidados para mãe e filho desde o pré-natal para uma gravidez, parto e nascimento saudáveis. Belo Horizonte: SUS, Prefeitura de Belo Horizonte, 23 p.
4. Sales U. Administração Gerencial uma revolução na Área Pública. São Paulo: RPPRES; 2010. Ferramentas e Práticas Gerenciais; p. 124-36.



IDENTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO ALERTA

Bruna Azevedo de Araujo <bruna.azevedo@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

IDENTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO ALERTA

Unidade Clínica Ambulatorial – UNICA/ Mogi das Cruzes-SP

Autor: Bruna Azevedo de Araujo



Identificação do problema

Medicamentos considerados de alto alerta sem identificação visual. Sem barreira visual para evitar erro de medicação.

- 1- Na farmácia e caixa/carro de emergência contém medicamentos de alto alerta sem identificação.
- 2- A falta de identificação diferenciada pode levar a um erro de administração

Metas: Garantir que os medicamentos de alto alerta sejam 100% identificados visualmente



PDCA Fase 01A – Planejar

O que	Identificar os medicamentos de alto alerta presente na farmácia e na caixa e carro de emergência. Implantar cartaz informativo dos medicamentos de alto alerta.
Quem	Farmacêutico e técnica de farmácia
Quando	Fevereiro de 2015 e Março de 2016
Porque	Para garantir a segurança do paciente.
Onde	Farmácia, caixa e carro de emergência, setor de enfermagem
Como	Identificando os medicamentos com etiqueta vermelha. Cartaz informativo dos medicamentos de alto alerta
Quanto custa	O custo da compra das etiquetas vermelhas.

Metas: Garantir que os medicamentos de alto alerta sejam 100% identificados visualmente.



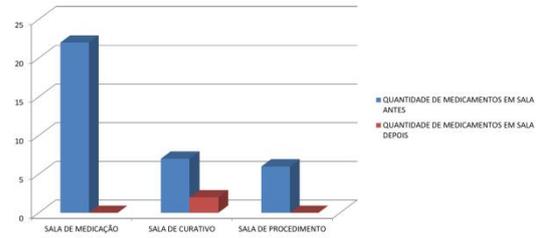


PDCA Fase 02 – Fazer

Ações	Recursos	Responsáveis	Prazos
Identificar os medicamentos de alto alerta da caixa e carro de emergência	Etiquetas vermelhas	Farmacêutico e técnico de farmácia	9 à 13 de fevereiro de 2015
Identificar os medicamentos de alto alerta da farmácia	Etiquetas vermelhas	Farmacêutico e técnico de farmácia	9 à 13 de fevereiro de 2015
Implantar fluxo para dispensação de medicamentos injetáveis na farmácia por paciente.	Etiquetas vermelhas	Farmacêutico e técnico de farmácia	9 à 13 de fevereiro de 2015



PDCA Fase 03 – Verificar



PDCA Consolidar / Controlar 1234

ANTES



DEPOIS



ANTES



DEPOIS



IMPLANTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS INSUMOS MÉDICOS HOSPITALARES

Jecele Vilela de Carvalho dos Santos <jecele.vilela@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

IMPLANTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS INSUMOS MÉDICOS HOSPITALARES

Enfermagem / Almojarifado

Autora: Jecele Vilela de Carvalho dos Santos



PDCA Fase 01 – Planejar

Identificação do problema

Excesso de insumos médicos hospitalares;
Divergência das quantidades do sistema (MV Sigas) com o Físico;
Materiais vencidos;
Contagem manual antes de solicitar para o abastecimento do almoxarifado da Secretária Municipal de Saúde (SMS);
Falta de rastreabilidade da validade dos insumos distribuídos nas unidades de serviço.



Fase 01A – Planejar

Plano de ação: ferramenta 5W2H para estabelecer o plano de ação

O que	Controlar a quantidade de insumos solicitados no sistema de solicitação (MV Sigas) com o físico
Quem	Equipe de enfermagem
Quando	Agosto de 2015
Por que	Para garantir a segurança do paciente nos procedimentos que necessitam deste insumos
Onde	No almoxarifado
Como	Realizando a previsão e provisão dos materiais mensalmente
Custo	Sem custo

Meta: Garantir a quantidade solicitada e validade dos insumos no sistema e no físico.





PDCA Fase 02 – Fazer

Executar o Plano de Ação elaborado: mencionar as ações implementadas (ou não) com base no plano de ação estabelecido no Planejar

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo
Solicitar senha para realizar o inventário	E-mail para a supervisora de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde	Supervisora Técnica de Enfermagem e Enfermeiro	01 a 31 de Agosto
Realizar a contagem manual de todos os insumos médicos hospitalares e odontológicos		Auxiliar de Enfermagem Técnica de Saúde Bucal	15 a 31 de Agosto
Implantar rotina de solicitação de materiais nas unidades de serviço		Equipe de Enfermagem	01 a 15 de Setembro
Implantar fluxo para o recebimento de materiais do almoxarifado da SMS e das unidades de serviço	Sistema Soul MV e planilhas	Equipe de Enfermagem	01 a 15 de Setembro
Implantar etiquetas para sinalizar o vencimento dos materiais	Etiquetas padronizadas, sendo a cor preta para vencimento no mês vigente e etiqueta amarela para vencimento nos próximos 03 meses	Auxiliar de Enfermagem	01 a 30 de Outubro



PDCA Fase 03 – Verificar



*ALMOXARIFADO
etiquetas de controle de validade*



PDCA Consolidar / Controlar

Com a organização do almoxarifado e dos insumos médicos hospitalares a equipe de enfermagem e de odontologia observaram a facilidade de encontrar os materiais, e a identificação por cores facilitou para avaliar os produtos que estão próximos do vencimento e evitar erros na dispensação para as áreas de serviço.

Com isso, conseguimos realizar a previsão dos materiais através do relatório do sistema (Soul MV), de forma que não há necessidade de realizar a contagem e conferência manual. Desta forma reforçamos a interface com o almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde, frente as divergências dos materiais descritos em nota fiscal e os recebidos, garantindo assim assistência aos pacientes com material de qualidade.



CONFIRMAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ANTES DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Mario José Calderaro <mario.jose@cejam.org.br>

Bruna Azevedo de Araujo

Apresentação



PDCA

CONFIRMAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ANTES DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Unidade Clínica Ambulatorial – UNICA/ Mogi das Cruzes-SP

Autor: Bruna Azevedo de Araujo



Identificação do problema

Receitas médicas com nome errado do paciente, levando a dispensação do medicamento certo para o paciente errado.

1. Eventos adversos recorrentes de receitas com nome errado do paciente. Em um desses eventos uma receita foi atendida sem a confirmação do nome completo do paciente, e foi dispensado medicamentos que não eram para o paciente.

Metas: Garantir 100% dos pacientes atendidos na farmácia tenham a confirmação do nome completo antes da dispensação



PDCA Fase 01A – Planejar

O que	Confirmar o nome completo do paciente antes da dispensação
Quem	Farmacêutico e técnicos de farmácia
Quando	Julho/2016
Porque	Para garantir a segurança do paciente.
Onde	Farmácia
Como	O colaborador da farmácia ao pegar a receita fala em voz alta o nome que está na receita e espera confirmação do paciente/acompanhante
Quanto custa	Sem custo

Metas: Garantir 100% dos pacientes atendidos na farmácia tenham a confirmação do nome completo antes da dispensação





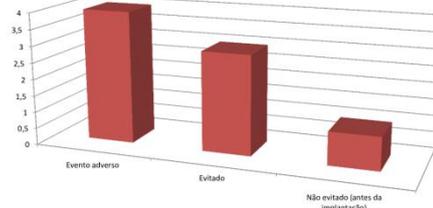
PDCA Fase 02 – Fazer

Ações	Recursos	Responsáveis	Prazos
Confirmar nome completo do paciente antes de fazer a dispensação de medicamentos	-	Farmácia	Até 01 Junho/2016



PDCA Fase 03 – Verificar

Eventos Adversos evitados após a implantação da confirmação do nome completo do paciente



Consolidar / Controlar

- Indicador de eventos adversos relacionados a identificação do paciente



IMPLANTAÇÃO DO ESTOQUE MÍNIMO NAS SALAS DE PROCEDIMENTOS

Jecele Vilela De Carvalho Dos Santos <jecele.vilela@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

IMPLANTAÇÃO DO ESTOQUE MÍNIMO NAS SALAS DE PROCEDIMENTOS

Enfermagem / Centro Cirúrgico /
Coleta Laboratorial / Sala de
Aplicação de Medicamentos

**Autoras: Jecele Vilela de Carvalho dos Santos
Santina Aparecida de Melo Kato**



PDCA Fase 01 – Planejar

Identificação do problema:

Excesso de insumos médicos hospitalares;
Materiais com data de validade vencida;
Falta de rastreabilidade dos insumos.



PDCA Fase 01A – Planejar

Plano de ação: ferramenta 5W2H para estabelecer o plano de ação

O que	Definir a quantidade de materiais para cada sala de procedimentos
Quem	Equipe de enfermagem
Quando	Maio/2013
Por que	Para controlar a quantidade e validade dos materiais e garantir a assistência dos pacientes
Onde	Nas salas de procedimentos
Como	Realizando o levantamento da quantidade de procedimentos realizados nos meses anteriores
Custo	Sem custo

Meta: Garantir a quantidade solicitada e validade dos insumos.





PDCA Fase 02 – Fazer

Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo
Realizar o levantamento da quantidade de procedimentos realizados em cada sala de procedimentos, nos meses de janeiro, fevereiro e março.	Livro de registro, sistema eletrônico.	Enfermeiros Supervisora Técnica de Enfermagem	Maio de 2013
Definir a quantidade de materiais para cada sala de procedimento	Planilha	Enfermeiros Supervisora Técnica de Enfermagem	Maio de 2013
Realizar o impresso por sala da quantidade de material a ser solicitado semanalmente	Planilha	Enfermeiros	Maio de 2013
Realizar o treinamento da equipe do fluxo e da rotina de solicitação do material semanalmente	Reunião	Equipe de Enfermagem	Maio de 2013



PDCA Fase 02 – Fazer



PDCA Fase 02 – Fazer



PDCA Fase 02 – Fazer



PDCA Fase 02 – Fazer



PDCA Consolidar / Controlar

Com a implantação do estoque mínimo nas salas de procedimentos, observamos que não há excesso de materiais e vencimento destes. A auxiliar de enfermagem responsável pela sala realiza o pedido semanalmente conforme o consumo efetuando o registro numa planilha específica.



ACOLHIMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Jecele Vilela de Carvalho dos Santos <jecele.vilela@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

ACOLHIMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Enfermagem

**Autoras: Jecele Vilela de Carvalho dos Santos
Zilda Antonia Rodrigues Franceschini**



PDCA Fase 01 – Planejar

Identificação do problema

Falta de acolhimento dos pacientes oncológicos, e direcionamento em tempo hábil para serem inseridos na linha de tratamento da Rede Hebe Camargo.

Ferramentas da Qualidade aplicáveis nesta fase:

Lista de Verificação



PDCA Fase 01A – Planejar

Plano de ação: ferramenta 5W2H para estabelecer o plano de ação

O que	Realizar o acolhimento e direcionar os pacientes oncológicos
Quem	Enfermeiro
Quando	Maior/2014
Por que	Para garantir a eficácia na inserção do paciente oncológico na linha de tratamento do município.
Onde	UNICA
Como	Através do fluxo de acolhimento dos pacientes oncológicos.
Custo	Sem custo

Meta: Garantir com eficácia a inserção do paciente oncológico na linha de tratamento do município.





PDCA Fase 02 – Fazer

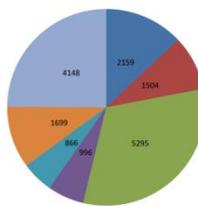
Executar o Plano de Ação elaborado

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo
Orientar a equipe médica, ATA (Auxiliar Técnico Administrativo) a encaminhar os pacientes oncológicos para o acolhimento com o enfermeiro	- SARE (Serviço de análise de Referência e Encaminhamento)	- Médico e ATA (Auxiliar Técnico Administrativo)	Maio de 2014
Realizar o acolhimento do paciente oncológico	- Guia SARE (Serviço de análise de Referência e Encaminhamentos) - Planilha Excel (Acolhimento paciente oncológico) - E-mail (Agendamento -Secretaria Municipal de Saúde)	- Enfermeiro	Maio de 2014
Definir junto ao agendamento (Secretaria Municipal de Saúde) tempo de agendamento na linha de cuidado	- Reunião	- Gerente Administrativo - Supervisora Técnica de Enfermagem - Gerente Médico	Agosto de 2014
Realizar o levantamento de número de consultas por especialidade/paciente	- Sistema MVPEP - Planilha de Excel (Acolhimento de paciente oncológico)	- Gerente Administrativo - Supervisora Técnica de Enfermagem	2014

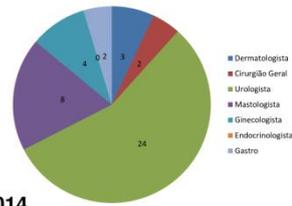


PDCA Fase 03 – Verificar

Consultas Realizadas

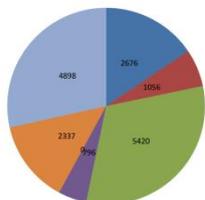


Pacientes Oncológicos

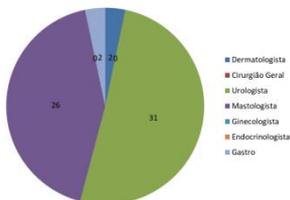


2015

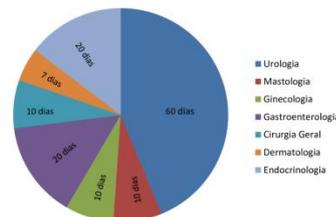
Consultas Realizadas



Pacientes Oncológicos



TEMPO DE AGENDAMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS NA REDE HEBE CAMARGO



PDCA Consolidar / Controlar

Nos anos de 2012 e 2013 havia o registro somente do número de consultas realizadas, e não o número de pacientes oncológicos que eram encaminhadas por estas especialidades, com isso a guia SARE para oncologia era encaminhada por um fluxo normal para Secretaria Municipal de Saúde (SMS) realizar o agendamento e inserir o paciente na linha de tratamento da Rede Hebe Camargo.

A partir da implantação do Acolhimento dos Pacientes Oncológicos em 2014, começamos a mapear a quantidade encaminhada por especialidade e o tempo de agendamento para o mesmo ser inserido na rede dando início ao tratamento.



IMPLANTAÇÃO DE ETIQUETA DE ALERTA PARA SOLUÇÕES INTRAVENOSAS

Bruna Azevedo de Araujo <bruna.azevedo@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

IMPLANTAÇÃO DE ETIQUETA DE ALERTA PARA SOLUÇÕES INTRAVENOSAS

Unidade Clínica Ambulatorial – UNICA/ Mogi das Cruzes-SP

Autor: Bruna Azevedo de Araujo



Identificação do problema

Presença de soluções intravenosas com embalagens semelhantes na farmácia e no carro e caixa de emergência, podendo levar a um erro de dispensação e administração.

Soluções intravenosas presente na farmácia:

- Insulina Regular
- Solução isotônica de glicose 5%
- Ringer com Lactato e sódio
- Solução de glicose 5%+clor. Sódio 0,9%
- Solução isotônica – cloreto de sódio 0,9%

Meta: Garantir que as soluções intravenosas sejam diferenciadas com um etiqueta de alerta que as diferencie.



PDCA Fase 01A – Planejar

O que	Identificar com etiqueta de alerta as soluções intravenosas com embalagens semelhantes para diferenciá-las
Quem	Farmacêutico e técnica de farmácia
Quando	Julho de 2016
Porque	Para garantir a segurança do paciente
Onde	Farmácia, caixa e carro de emergência, setor de enfermagem
Como	Identificando as soluções com durex colorido, cada tipo de solução com um cor diferente
Quanto custa	O custo da compra dos durex coloridos

Meta: Garantir que as soluções intravenosas sejam diferenciadas com um etiqueta de alerta que as diferencie.





PDCA Fase 02 – Fazer

Ações	Recursos	Responsáveis	Prazos
Identificar os as soluções intravenosas com etiquetas de alerta na farmácia	Durex colorido	Farmacêutico e técnico de farmácia	24 a 30 de junho de 2016
Identificar as soluções intravenosas com embalagens semelhantes no carro e caixa de emergência	Durex colorido	Farmacêutico e técnico de farmácia	9 à 13 de fevereiro de 2015
Implantar fluxo para dispensação de medicamentos injetáveis na farmácia por paciente.	-	Farmacêutico	Já implantado



PDCA Fase 03 – Verificar

Indicador de erro de medicação: Análise da eficácia da barreira para evitar o erro de troca de medicação



PDCA Consolidar / Controlar 1234

ANTES



DEPOIS



ANTES



DEPOIS



CONTROLE DE RASTREABILIDADE, VALIDADE E QUANTIDADE DOS MEDICAMENTOS NOS SETORES DE ENFERMAGEM

Bruna Azevedo de Araujo <bruna.azevedo@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

CONTROLE DE RASTREABILIDADE, VALIDADE E QUANTIDADE DOS MEDICAMENTOS NOS SETORES DE ENFERMAGEM

Unidade Clínica Ambulatorial – UNICA/ Mogi das Cruzes-SP

Autor: Bruna Azevedo de Araujo



Identificação do problema

Medicamentos sem rastreabilidade, controle de validade e quantidade em excesso.

- A) Foi implantado estoque mínimo nas salas, porém o consumo variava e assim acontecia acúmulo de medicamento.
- B) O controle de validade era ineficiente.
- C) Não se tinha controle de rastreabilidade dos medicamentos, portanto não se sabia qual lote cada paciente tomava

Metas: Garantir 100% de rastreabilidade, validade e estabilidade



PDCA Fase 01A – Planejar

O que	Ter o controle de da rastreabilidade, validade, estabilidade e quantidade dos medicamentos em ambiente externo da farmácia.
Quem	Farmácia e enfermagem
Quando	Julho
Porque	Para que os pacientes tenham a aplicação dos medicamentos assegurados da qualidade.
Onde	Nas salas onde são administrados medicamentos
Como	Retirando excesso de medicamentos das salas, controlando a rastreabilidade, validade e estabilidade.
Quanto custa	Sem custo

Meta: Garantir 100% de rastreabilidade, validade e estabilidade.



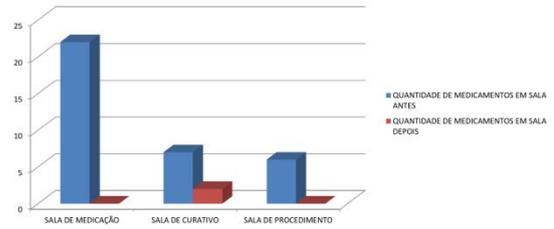


PDCA Fase 02 – Fazer

Ações	Recursos	Responsáveis	Prazos
Retirar os medicamentos das salas.	-	Farmácia	01 a 03 de julho
Implantar quantidade máxima para medicamentos de dose coletiva.	Pastas e formulário de rastreabilidade.	Farmácia	06 a 08 de julho
Implantar fluxo para dispensação de medicamentos injetáveis na farmácia por paciente.	-	Farmacêutico e técnico de farmácia	09 a 10 de julho
Implantar distribuição das pomadas para sala de curativo, por dispensação por paciente.	Etiquetas para identificação do nome e cartão sis do paciente.	Farmacêutico e técnico de farmácia	13 a 15 de julho
Implantar controle de abertura da lidocaina injetável.	Etiquetas padronizadas	Farmacêutico e técnico de farmácia	16 a 17 de agosto
Treinar e disponibilizar a rotina	Em reuniões e abordagem individual	Farmacêutico e enfermeiro	20 a 22 de outubro



PDCA Fase 03 – Verificar



PDCA Consolidar / Controlar 1234

ANTES



DEPOIS



IDENTIFICAÇÃO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Mario José Calderaro <mario.jose@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

IDENTIFICAÇÃO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

UNICA UNIDADE CLÍNICA AMBULATORIAL

Autor: Mario José Calderaro



PDCA Fase 01 – Planejar

Identificação do problema:

Falta de identificação do paciente quando da sua permanência em nossa Unidade.

- 1- Paciente durante sua permanência não possuía nenhuma identificação de qual procedimento iria realizar;
- 2- A falta de identificação diferenciada do paciente podendo levar a um erro durante o atendimento.

Ferramentas da Qualidade aplicáveis nesta fase:

- Fluxograma



PDCA Fase 01A – Planejar

O que	Identificar os pacientes quando de sua chegada na Unidade tanto para realização de consultas como de exames.
Quem	Auxiliar Técnico Administrativo - ATAs
Quando	A partir de fevereiro de 2016
Porque	Para garantir a segurança do paciente.
Onde	Recepção da Unidade.
Como	Identificando os pacientes através de pulseiras da cor azul para consultas e cor laranja para exames em geral preenchendo o nome e sua data de nascimento.
Quanto custa	O custo da compra das pulseiras azul e laranja R\$ 0,14 cada.

Metas: Garantir que os pacientes sejam 100% identificados visualmente quando de seu acesso na Unidade.





PDCA Fase 02 – Fazer

Ações	Recursos	Responsáveis	Prazo
Identificar os pacientes que irão realizar exames de imagem e coleta laboratorial	Pulseira Laranja	ATA's	A partir de fevereiro 2016
Identificação dos pacientes que irão realizar consultas	Pulseira Azul	ATA's	A partir de fevereiro 2016



PDCA Fase 03 – Verificar

- Verificação e acompanhamento in loco da identificação de todos os pacientes

FORMA ATUAL DE IDENTIFICAÇÃO



PDCA Consolidar / Controlar

- Treinamento dos nossos colaboradores na aplicação projeto;
- Avaliação do processo in loco;
- Garantia da segurança do paciente durante seu atendimento;
- O Processo implantado terá continuidade visando garantir a segurança do paciente;
- Na reavaliação do processo realizada, estaremos alterando a forma de identificação que passará ser feita através da etiqueta térmica com dados mais completos do paciente, além da identificação através de etiquetas coloridas dos pacientes que irão realizar consultas e exames, inclusive para aqueles que apresentam risco de queda e alergia.



ANÁLISE DOS PARAMETROS FÍSICO-QUÍMICOS e MICROBIOLÓGICOS DA ÁGUA

Marilda Caproni Lopes <marilda.caproni@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

ANÁLISE DOS PARAMETROS FÍSICO-QUÍMICOS e MICROBIOLÓGICOS DA ÁGUA

UNICA – UNIDADE CLÍNICA AMBULATORIAL

Autor: Mario José Calderaro



PDCA Fase 01 – Planejar

Identificação do problema:

Falta de identificação dos parâmetros físico-químicos e microbiológicos dos pontos de água de consumo de nossa unidade.

- 1- Não controle da água de consumo que abastece os diversos pontos;
- 2- Não controle da qualidade da água do lava-pés e piscina da Academia da Terceira Idade.
- 3- Não controle da água da Central de Esterlização, Consultórios Odontológicos e Curativos.

Ferramenta da Qualidade aplicáveis nesta fase:

- Lista de verificação.



PDCA Fase 01A – Planejar

O que	Coletar e executar análise Físico-Química e Microbiológico mensalmente em 12 pontos de abastecimento de água da Unidade, além do controle da água da piscina e lava-pés.
Quem	Laboratório RR Acqua Service Coleta e Análise de Água Ltda - ME
Quando	Mensalmente a partir de Janeiro de 2016, exceto o lava-pés e piscina que são semestralmente.
Porque	Para garantir a qualidade da água dos diversos pontos da unidade e da piscina da Academia da Terceira Idade.
Onde	12 pontos diversos da unidade, lava-pés e piscina da academia.
Como	Realizando análises Físico-Química e Microbiológico .
Quanto custa	O custo é de R\$ 960,00 mensais para coleta de 12 pontos e R\$ 200,00 semestral para piscina.

Metas: Garantir a qualidade nos principais pontos de consumo segundo os parâmetros Físico-Químicos e Microbiológico da Unidade segundo normas vigentes.





PDCA Fase 02 – Fazer

Ações	Recursos	Responsáveis	Prazo
Realização mensal de coletas e amostras de água potável em 12 pontos principais de consumo da Unidade	Coleta e Análise	Laboratório RR Acqua Service	Início Janeiro de 2016
Realização semestral da coleta de amostra de água da piscina e lava pés	Coleta e Análise	Laboratório RR Acqua Service	Início janeiro de 2016



PDCA Fase 03 – Verificar

• Verificação e acompanhamento dos resultados das análises dos seguintes pontos de coleta:

Avaliação Mensal:

- Sala 3 A Centro Cirúrgico
- Sala 17 Curativo
- Sala 18 Esterilização
- Sala 34 Consultório Odonto
- Ponto de Entrada SEMAE
- Bebedouro Recepção

- Sala 3 B Centro Cirúrgico
- Cozinha
- Sala 19 Esterilização
- Sala 35 Consultório Odonto
- Bebedouro Academia
- Bebedouro 1º andar

Avaliação Semestral:

- Piscina
- Lavapés

Parâmetros avaliados mensalmente:

Cloro Residual Livre, pH, Bactérias Heterotróficas, Coliformes Totais e Eschericha Coli.

Parâmetros avaliados semestralmente:

Alcalinidade Total, Coliformes Fecais e Staphylococcus Aureus



PDCA Consolidar / Controlar

- Análise mensal dos resultados dos pontos coletados;
- Avaliação mensal dos parâmetros analisados em comparação com a legislação vigente;
- Elaboração imediata de um plano de ação para correção dos parâmetros fora do especificado;
- Adoção de medidas corretivas dos índices que apresentam valores não conformes com os estabelecidos pela legislação vigente.
- O Processo implantado terá continuidade visando o controle da qualidade e dos parâmetros dos pontos analisados.



ADESÃO DO PROTOCOLO SEPSE PEDIÁTRICA NO HOSPITAL MUNICIPAL MOYSÉS DEUTSCH – M'BOI MIRIM

Maria de Lourdes Alves Rosa <mlu.rosa@hotmail.com>

Daniela Nasu Monteiro Medeiros

Apresentação



PDCA

1234

Adesão do Protocolo Sepse Pediátrica no Hospital Municipal Moysés Deutsch – M'Boi Mirim

Área(s)
Protocolo Institucional

Autores
Daniela Nasu Monteiro Medeiros
Maria de Lourdes Alves Rosa



PDCA Fase 01 – Planejar 1234

Identificação do problema

Sepse é uma doença que causa morbidade e mortalidade em 40% da população pediátrica. O atraso de uma reposição volêmica aumenta em duas vezes a mortalidade e o atraso na introdução de antibiótico aumenta a incidência de disfunção de múltiplos órgãos. No Hospital Municipal Dr. Moyses Deutsch, após a identificação de ocorrência de dois eventos adversos em pacientes do pronto socorro infantil em 2013 e 2014, foi identificado falha no reconhecimento dos sinais de sepse e atraso no tratamento.



PDCA Fase 01A – Planejar 1234

Ação	O que	quem	quando	Por que	Onde	Como	Custo
1	Acompanhamento das equipes e orientações	Maria de Lourdes e Daniela Nasu	Janeiro a julho/2015	Analisar diagnóstico e evolução dos pacientes com fichas abertas do protocolo	Pronto Socorro infantil e SAME	Levantamento de dados e tabulação em planilha de Excel para análise dos dados	Hora-homem trabalhada
2	Treinamento das equipes multidisciplinar	Maria de Lourdes e Daniela Nasu	Janeiro a julho/2015	Entender a realidade das dificuldades para preenchimento das fichas e atrasos da administração dos ATB e volume nas primeiras horas	Pronto Socorro infantil e enfermarias	Discussão com médicos plantonistas, sensibilização sobre a importância do diagnóstico precoce	Hora-homem trabalhada
3	Treinamentos nas AMAs com responsabilidades técnicas	Maria de Lourdes e Daniela Nasu	Janeiro a julho/2015	Para que os pacientes vitais dos AMAs, sejam sinalizados na triagem	Pronto Socorro infantil	Elaborado aula pela gerencia de enfermagem do Protocolo e ministrado	Hora-homem trabalhada
4	Discussão do protocolo nas visitas de coordenação	Maria de Lourdes e Daniela Nasu	Janeiro a julho/2015	Entender a realidade das dificuldades para preenchimento das fichas e atrasos da administração dos ATB e volume nas primeiras horas	Pronto Socorro infantil e enfermarias	Levantamento de problemas referentes de não abertura do protocolo	Hora-homem trabalhada
5	Aulas de RI de pediatria de SUS	Daniela Nasu e Jose Jusier	Novembro e Dezembro de 2015	Para identificação de diagnóstico precoce	Pronto Socorro infantil e enfermarias	Sensibilizando a importância da abertura do protocolo	Hora-homem trabalhada

Indicador: Adesão do Protocolo Sepse Pediátrico
Meta: Reduzir a mortalidade e morbidade de pacientes pediátricos no Hospital Dr Moyses Deust.



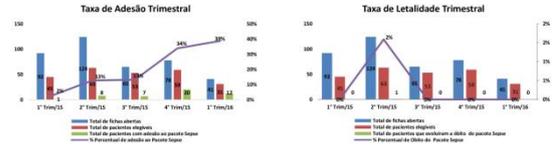


PDCA Fase 02 – Fazer 1234

Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimentos/Despesas (R\$)
Gerenciamento do protocolo	Enfermeiro	Maria de Lourdes	Contínuo	Hora/trabalhada
Treinamento das equipes do pronto socorro	Utilização de sala com Power Point	Daniela Nasu e Maria de Lourdes	Concluído	Hora/trabalhada
Diálogos com os médicos do pronto socorro	Medica	Daniela Nasu	Concluído	Hora / trabalhada
Treinamentos nos AMAs com responsáveis técnicos	Utilização de sala com Power point	Daniela Nasu e Maria de Lourdes	Concluído	Hora trabalhada



PDCA Fase 03 – Verificar 1234



PDCA Consolidar / Controlar 1234

Ganhos

- Aumento do reconhecimento dos sinais de Sepsis no Pronto Socorro Infantil e Pediatria.
- Diminuição da mortalidade e morbidade dos pacientes com Sepsis, Sepsis Grave e Choque Séptico.

Ações futuras

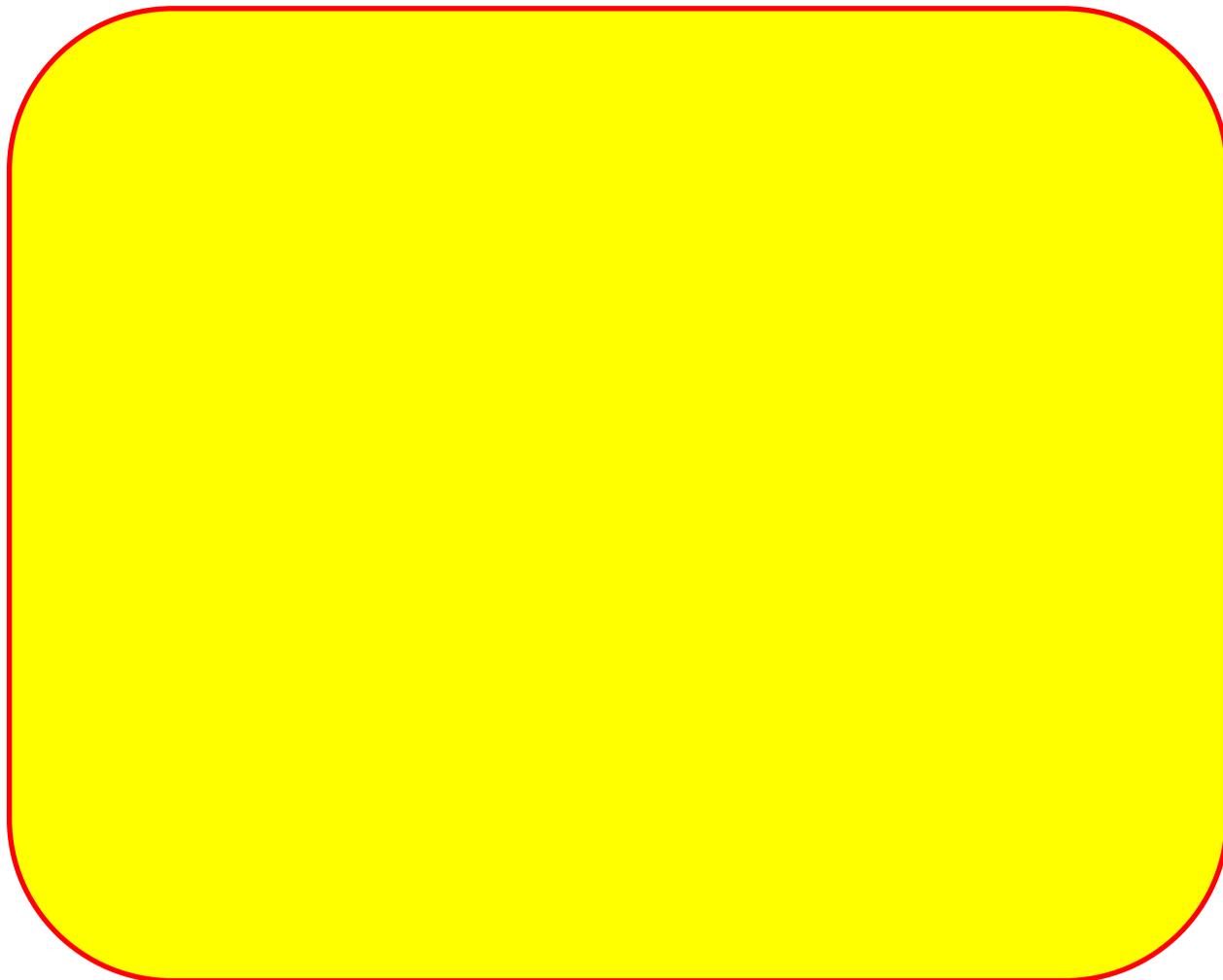
- Treinamento contínuo da equipe de enfermagem e médicos
- Informatização das fichas do Protocolo de sepsis infantil



UNIFICAÇÃO DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO E VIGILÂNCIA DE RISCOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOYSÉS DEUTSCH - M'BOI MIRIM

Luciana D Ribeiro Carvalho <Luciana.carvalho@hmbm.org.br>

Apresentação



AMPLIANDO O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

Ebenezer Martins de Oliveira <dr.ebenezer@gmail.com>

Ana Paula Basilio Tavares <ana.tavares@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

1234

Ampliando o Acesso da População aos Serviços de Saúde Bucal

UBS Luar do Sertão

Autores Ebenézer Martins de Oliveira; Ana Paula Basílio Tavares



PDCA Fase 01 – Planejar 1234

Identificação do problema

A UBS Luar do Sertão tem uma população de 23.300 pessoas cadastradas. A UBS é composta por 6 Equipes Saúde da família e somente 1 Equipe Saúde Bucal o que dificulta o acesso da população ao serviço odontológico.

Objetivo

- Ampliar acesso da população a ESB
- Organizar o sistema de atendimento
- Princípios do SUS
- Reduzir absenteísmo

Desenvolvimento da Ferramenta de trabalho:

- Formulário de Triagem odontológica



PDCA Fase 01A – Planejar 1234

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Ampliar o acesso da população ESB e diminuir absenteísmo	ESB e ESF	Junho 2015 a agosto 2016	Há uma demanda muito grande para serviço de Saúde Bucal	UBS Luar do Sertão	Análise perfil socioeconômico da população. Capacitação ESF. Formulário de triagem. Matriciamento dos casos ESF e a ESB. Grupo Educativo Semanal.	Formulário Triagem

Indicador: Acesso da população a ESB.

Meta: Aumento de 10% ao acesso.



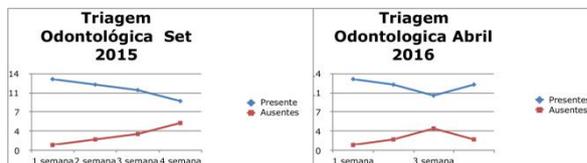


PDCA Fase 02 – Fazer 1234

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/ Despesas (R\$)
Capacitação ESF	Audiovisuais	ESB	1 mês - Julho 2015	Zero
Matriciamento ESF/ESB	Consultório, formulário de triagem	ESB	Semanal - Agosto 2015	Zero
Triagem Odontológico	Auditório, Consultório odontológico, ficha clínica, escovas, pastas, flúor e materiais odontológicos.	ESB	Semanal - Setembro 2015	Zero
Análise dos Resultados	Formulários Triagem, Fichas clínicas	ESB	Agosto 2016	Zero



PDCA Fase 03 – Verificar 1234



PDCA Consolidar / Controlar 1234

- O desenvolvimento do formulário de triagem e metodologia aplicada demonstrou um aumento do acesso da população aos serviços odontológicos.
- Observamos queda do absenteísmo devido ao menor tempo de espera para iniciar o tratamento odontológico.
- Melhoria no processo de matriciamento dos casos.
- Com resultados obtidos propomos a continuação do processo.



REDUÇÃO DA TAXA DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA AO CATETER DE HEMODIÁLISE NO HMMD

Réginete Carvalho da Costa <regi.costa@hotmail.com>

Joyce Aparecida de Freitas

Roseleine da Silva Rosa

Apresentação



PDCA **1234**

REDUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA MEDICAÇÃO SEM NECESSIDADE DE REAVLIAÇÃO MÉDICA E ORGANIZAÇÃO DO FLUXO

Medicação Adulto/ Pronto Socorro

**André Vicente Lazari; Ana Paola de Camargo
Medeiros; Renata Maria Cabral**




PDCA **Fase 01 – Planejar** **1234**

Identificação do problema:
No HMMD o tempo de espera para medicação sem necessidade de reavaliação de um percentil 80 de 1 hr e 34 min em janeiro de 2016. E também no setor da medicação adulto havia uma falha nos processos e no fluxo, o que gerava problemas na identificação das medicações com prioridade ou por tempo de chegada, causando insatisfação do cliente e aumento das reclamações no SAU.





PDCA **Fase 01A – Planejar** **1234**

Plano de ação:

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Dividir as atividades das colaboradoras	André Vicente	15/03/16	Dimensionar e redistribuir o colaborador	Medicação Adulto	Trabalhar na escala de atividades	Sem custo
Reavaliação das prioridades por separação de protocolo prioridade	André Renata	20/01/16	Os pacientes prioritários no mesmo local que os demais	Medicação Adulto	Ficou um dia em cima de cada colônia. Com um número e cor	R\$ 200,00
Implantação de fluxo com utilização de correa colorida	André Renata	20/01/16	Fluxo de atendimento não padronizado	Medicação Adulto	Implantação correa de cores diferentes	R\$ 50,00
Dimensionar um colaborador para medicação rápida	André	30/01/16	Tempo de espera alta para medicação sem necessidade de triagem	Medicação Adulto	Dimensionar um colaborador em horário	Sem Custo
Dimensionar um colaborador para o fluxo	André Ana Paola	30/04/16	Fluxo não padronizado e sem priorização	Medicação Adulto	Dimensionar um colaborador em horário	Sem Custo
Atendimento de cliente para triagem rápido	André	15/04/16	Os pacientes eram chamados na porta da medicação	Medicação Adulto	Chamado em local do setor de triagem	Sem Custo

Indicador: Tempo da prescrição médica – Tempo de checagem da medicação
Meta: Redução do tempo de administração da medicação sem necessidade de reavaliação em 30 minutos



5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Fase 02 – Fazer 1234

Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Divisão das atividades dos colaboradores	Folha A4	André Vicente – Enf. Sênior	15/03/16	Sem custo
Visualização dos pacientes por separação de protocolos/ prioridades	Display de acrílico/ folha A4 colorida	André Vicente – Enf. Sênior Renata – Enf.ª Sênior	30/01/16	R\$ 230,00
Implementação do fluxo com utilização de cestas individuais	Cesta e folha A4 colorida	André Vicente – Enf. Sênior Renata – Enf.ª Sênior	30/01/16	R\$ 50,00
Designar um colaborador para medicação rápida	Um técnico de enfermagem	André Vicente – Enf. Sênior	30/01/16	Sem Custo
Designar um colaborador para o fluxo	Um técnico de enfermagem	André Vicente – Enf. Sênior	30/04/16	Sem Custo
Acomodamento do cliente para tramitação WPD	Fornecimento do WPD	André Vicente – Enf. Sênior	15/04/16	Sem Custo

SUS + Prefeitura de São Paulo

5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Fase 03 – Verificar 1234

Redução do tempo prescrição – medicação sem necessidade de reavaliação

Fluxo com Cestas Individuais, escaninhos diferenciados, separados por cor, identificação nas cadeiras e divisão das atividades no quadro

Tempo de espera para realização da medicação sem necessidade de reavaliação (comparativo antes e pós melhorias)



Metric	jan/16	maio/16
Mediana	00:54:00	00:35:00
Percentil 80	01:34:00	00:56:00



SUS + Prefeitura de São Paulo

5º Simpósio Científico CEJAM

PDCA Consolidar / Controlar 1234

Considerações Finais

- Melhora na eficácia do atendimento e organização do fluxo;
- Diminuição do tempo de espera
- Necessidade de sempre haver um colaborador destinado para a medicação sem necessidade de reavaliação e um para a organização do fluxo;

Planejamento 2017

- Melhoria contínua do conhecimento técnico e teórico do enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Continuar com melhorias visando as outras classificações de medicações;

SUS + Prefeitura de São Paulo

AVALIAÇÃO INICIAL DO RECÉM-NASCIDO PELO NEONATOLOGISTA SOBRE O VENTRE MATERNO

Rosimeire da Silva Criscuolo <rosimeire.silva@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

XX

AVALIAÇÃO INICIAL DO RECÉM-NASCIDO PELO NEONATOLOGISTA SOBRE O VENTRE MATERNO

Gestão Materno Infantil / Obstétrico e Neonatal

Hospitais Municipais – Centro de Estudos e Pesquisas Dr João Amorim

Rosimeire da Silva Criscuolo; Sue Ellen Santos Pedroso; Athene Maria de Marco Mauro; Ana Maria Rezende; Maria Helena Baptista Nunes da Silva



PDCA Fase 01 – Planejar

Identificação do problema

Interrupção do contato mãe e filho ao nascimento por rotinas desnecessárias na 1ª hora de vida.



PDCA Fase 01 – Planejar

Plano de ação: ferramenta 5W2H para estabelecer o plano de ação

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Criar um indicador capaz de mensurar mensalmente a avaliações feitas dos RN vigorosos pelo neonatologista sobre o ventre materno	Coordenação e Supervisoras	Mensalmente a partir de 2016	-Para manter o RN com sua mãe, onde deveria se manter pela primeira hora de vida sem interrupção.	Na salas de parto nos hospitais da rede municipal	-Aplicação mensal do indicador por hospital através de coleta de dados do livro de parto. -Condensar os resultados dos hospitais da rede municipal com relatório gerencial	Hora de trabalho do profissional não mensurada

INDICADOR: Avaliação do RN pelo neonatologista sobre o ventre materno.

Avaliação inicial do RN realizada pelo neonatologista sobre o ventre materno

Total de nascidos vivos em boas condições de partos normais x 100

Meta: 20% de todos os partos normais.



5º Simpósio Científico
CEJAM

PDCA Fase 02 – Fazer

Executar o Plano de Ação elaborado: mencionar as ações implementadas (ou não) com base no plano de ação estabelecido no Planejamento

Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
- Inclusão de nova coluna no livro de parto - Inclusão de nova coluna no livro de parto	Coordenador, Supervisoras Computador, planilha excel para coleta dos dados	Coordenação Supervisoras	7 dias	Não mensurado
- Validação do indicador pela SMS, AHM, Coordenadoria Saúde da Criança-SMS, e Coordenação Parto Seguro a todos colaboradores da assistência hospitalar e capacitação da equipe nas novas rotinas	Coordenador, Supervisoras Computador com Planilha excel para coleta dos dados (livro de parto digitalizados)	Coordenador do Cejam, SMS, AHM, Coordenador(a) da Saúde da Criança-SMS	60 dias	Não mensurado
Capacitar supervisores locais para coleta do indicador e cálculo	Supervisores e Administrativas dos hospitais computador e planilha excel	Coordenador, Supervisores	1 dia	Não mensurado

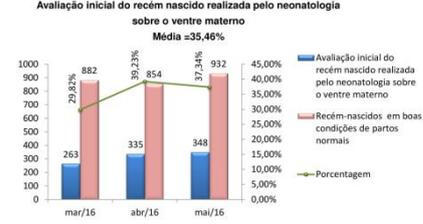
PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico
CEJAM

PDCA Fase 03 – Verificar

Apresentar o resultado do Indicador:

Avaliação inicial do recém nascido realizada pela neonatologia sobre o ventre materno
Média = 35,46%



Mês	Recém-nascidos em boas condições de partos normais (%)	Porcentagem
mar/16	263	29,82%
abr/16	335	39,23%
mai/16	348	37,23%

Fonte: Relatório Gerencial 2016

PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico
CEJAM

PDCA Consolidar / Controlar

- **Quando aos ganhos financeiros:** Cumprindo do 4º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para certificação do hospital, possibilita pagamento aumentado do parto realizado, (Parto Normal = 17%, Parto Cesárea = 8,5%)
- **O Indicador implantado favoreceu:**
 - A melhoria de indicadores neonatais (contato pele a pele, amamentação na 1ª hora de vida e clampamento tardio) já existentes no hospital;
 - A formação do vínculo familiar pós-parto;
- **Quanto a manutenção do processo:** realização de nova revisão das rotinas hospitalares para ampliação da meta.

Referências:

-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 271 de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) do Sistema Único de Saúde (SUS) In: Brasil. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 08 mai. 2014. Seção 1.

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Amamentação Materno. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benefícios para a nutrição e a saúde de mães e crianças. In: Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde / MS, Brasília: 2011. P.50.

-Brasil. 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 a saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, Ministério da Saúde. Em 22 de maio de 2014. [citado 2016 jul. 01]. Disponível em: http://brs.saude.gov.br/brs/saudeleg/gm/2014/p11153_22_05_2014.html.

-São Paulo (Município). Administração Gerencial uma revolução na Área Pública. São Paulo: IMPRESS; 2010. Ferramentas e Práticas Gerenciais, p. 124-26.

-São Paulo (Município). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Lei n. 15.894, de 05 de novembro de 2013. Institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de análgese em partos naturais de gestantes da cidade de São Paulo, e de outras providências. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 9 nov. 2013; 56 (2141).

PREFEITURA DE SÃO PAULO

ESTUDO DOS INDICADORES DAS CESÁREAS DOS GRUPOS PREDOMINANTES DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON: CRIAÇÃO DE INSTRUMENTO

Alessandra Nascimento Cruz Moreira <alessandra.nascimento@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

1234

ESTUDO DOS INDICADORES DAS CESÁREAS DOS GRUPOS PREDOMINANTES DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON: CRIAÇÃO DE INSTRUMENTO

Gestão Materno- Infantil/ Obstétrico
Hospitais Municipais – Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim

Alessandra Moreira; Anatólia Basile ; Alberto Guimarães; Maria Regina Torloni; Adalberto Kiochi Aguemí.



PDCA Fase 01 – Planejar 1234

Identificação do problema

Ausência de lista de verificação para avaliação dos prontuários dos grupos de cesárea segundo a Classificação de Robson, que apontasse as oportunidades de melhoria.

•Lista de Verificação, segundo necessidade de avaliação.

LISTA DE VERIFICAÇÃO		
Estudo de prontuário para acompanhamento de cesáreas segundo a Classificação de Robson	SIM	NÃO
Identificação do Grupo predominante conforme a Classificação de Robson		X
Identificação do plantão e do dia da semana onde mais ocorre o evento		X
Identificação da indicação da cesárea		X
Análise do prontuário direcionada		X
Pesquisas de evidências no prontuário que identifique a indicação		X



PDCA Fase 01A – Planejar 1234

Plano de ação

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Elaborar impresso para acompanhamento das indicações de cesáreas, apontadas conforme grupo predominante de Robson.	Coordenador /Supervisão	Abril	Para constatar evidência da indicação de cesárea e conferência do grupo apontado.	Hospitais da Rede Municipal com Parto Seguro.	Listar os dados para realização da auditoria de prontuários.	Não mensurável

Indicador: Aplicação do instrumento em 50% dos prontuários dos dois grupos predominantes que mais contribuíram para a taxa de cesárea.
Meta: Aplicar o instrumento em 100% dos prontuários levantados para a auditoria.



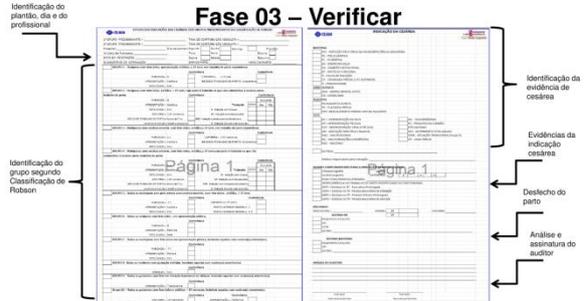


PDCA Fase 02 – Fazer 1234

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Listar as variáveis de cada grupo da Classificação de Robson	Supervisor	Supervisor/Coordenador/ Gerente	Um dia	Não mensurável
Juntar as variáveis em um impresso	Supervisor	Supervisor/Coordenador/ Gerente	Um dia	Não mensurável
Identificação do plantão, dia e do profissional	Supervisor	Supervisor/Coordenador/ Gerente	Um dia	Não mensurável
Listar as indicações de cesárea conforme livro de parto	Supervisor	Supervisor/Coordenador/ Gerente	Um dia	Não mensurável
Listar possíveis evidências encontradas no prontuário para a indicação da cesárea	Supervisor	Supervisor/Coordenador/ Gerente	Um dia	Não mensurável
Análise do auditor	Supervisor	Supervisor/Coordenador/ Gerente	Um dia	Não mensurável



Fase 03 – Verificar



PDCA Consolidar / Controlar 1234

- Aprendemos com esse projeto que o instrumento desenvolvido , aponta ao gestor onde atuar para diminuir a taxa da cesárea;
- A utilização desse instrumento deverá ser de uso mensal em todos os hospitais municipais com Parto Seguro à Mãe Paulistana;
- A revisão do instrumento está prevista após um mês de uso;

Referências

Sales U. Administração Gerencial uma revolução na Área Pública. São Paulo: RIPRESS; 2010. Ferramentas e Práticas Gerenciais; p. 124-36.



CRIAÇÃO DO INDICADOR PROTEÇÃO DAS MEMBRANAS OVULARES

Valéria Kely Vieira <valeria.kely@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

1234

CRIAÇÃO DO INDICADOR PROTEÇÃO DAS MEMBRANAS OVULARES

Gestão Materno- Infantil/ Obstétrico
Hospitais Municipais – Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim

Valéria Kely Vieira, Miriam Siqueira do Carmo Rabello, Gisele Aparecida Claro, Maise August de Faria, Sue Ellen Pedroso.

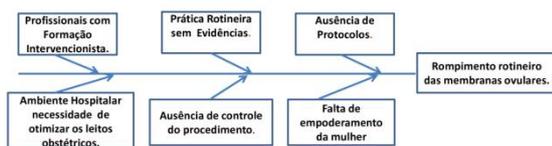


PDCA Fase 01 – Planejar 1234

Identificação do problema

Rompimento das membranas ovulares realizada rotineiramente na assistência ao trabalho de parto sem evidências que justifique tal procedimento.

Diagrama causa efeito - Ishikawa



PDCA Fase 01A – Planejar 1234

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Elaborar indicador para mensurar proteção das membranas no trabalho parto	Coordenação do núcleo Parto Seguro e Supervisores	Mensalmente	O rompimento das membranas é um procedimento invasivo obsoleto (OMS).	Indicador coletado nos Hospitais da Rede Municipal com Parto Seguro.	Aplicação mensal do indicador através de coleta de dados do livro de parto.	Não mensurado

Indicador: Proteção das membranas ovulares no trabalho de parto/ Total de partos X100

Meta: 100% de proteção das membranas





PDCA Fase 02 – Fazer 1234

Executar o Plano de Ação elaborado

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/ Despesas (R\$)
Alteração do impresso Ficha Obstétrica para inclusão do dado do indicador	Impresso	Coordenação e supervisão do parto seguro	15 dias	R\$ 250,00 arte do impresso
Registro do indicador no livro de parto.	Livro de parto, planilha excel.	Supervisoras, Enfermeiro Obstetra	Diariamente	Não mensurado
Capacitação	Treinamento dos colaboradores nos hospitais	Coordenação do parto Seguro	30 dias para todas equipes	Não mensurado
Coleta do indicador	Computador e planilha excel e livro de parto. Supervisor e administrativo	Supervisor	Mensal	Não mensurado
Contratação de profissionais	Seleção de curriculum com perfil	Coordenação parto seguro	Conforme necessidade	Não mensurado
Orientação das mulheres, quanto as condutas do trabalho de parto.	Ciência da parturiente no momento da amniotomia e assinatura em impresso – Ficha Obstetrica	Enfermeiro obstetra.	Diariamente	Não mensurado

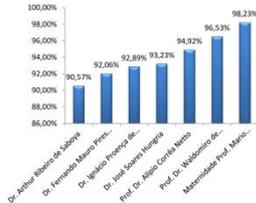
SÃO PAULO



PDCA Fase 03 – Verificar 1234

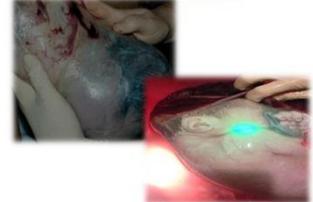
Porcentagem de Proteção de Membranas Oculares em

2015, nos Hospitais Parto Seguro



Fonte: Relatório Gerencial 2015

Quando protegemos as membranas ovulares podemos ter partos empelcados e com menos dor nas contrações



PDCA Consolidar / Controlar 1234

- ✓ Acompanhamento da assistência diariamente, para que não seja realizado a rotura das membranas rotineiramente.
- ✓ Controle mensal do indicador.
- ✓ Avaliação do perfil dos profissionais contratados.
- ✓ Empoderamento da mulher com orientação no trabalho de parto, registrado em impresso.
- ✓ Inserir em impresso – Plano Individual de Parto; a orientação de indicações de amniotomia.

Referências

- Porto AMF, Amorim MM, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. Femina, 2010; 38(10): 527-537.
- São Paulo. Administração Gerencial uma revolução na Área Pública. São Paulo: RFBEC; 2010. Sembrando e Práticas Gerenciais, p. 124-36.
- São Paulo (Município). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Lei nº 15.894 de 08 de novembro de 2013 institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de partos naturais de gestantes do cidade de São Paulo, e dá outras providências. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. São Paulo, 08 (14) p. 1
- Grayh RA, Molloy SJ, Marquon C. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software.
- World Health Organization. Care in normal birth: A practical guide. Geneva, 1996.



BUSCA ATIVA DE ERRO DE MEDICAÇÃO

Sabrina Marques Rodrigues <sabrina.rodrigues@hmbm.org.br>

Tatyana Akine Yamashita

Catarina Yoko Saito

Apresentação



PDCA

3

BAEM – BUSCA ATIVA DE ERRO DE MEDICAÇÃO

Farmácia

Sabrina Marques; Fábio Eugênio, Tatyana Akine, Catarina Yoko, Marcos Gonçalves



PDCA
Fase 01 – Planejar



3

Identificação do problema

Em 2013 houve a reformulação da ferramenta de coleta BAEM, baseada em 3 auditorias realizadas. Foram necessárias adaptações para a realidade HMMD. Com base nesta reformulação, foram revisados os valores do indicador para as coletas anteriores, sendo considerados: 1ª coleta: 7,7%, 2ª coleta: 2,6%, 3ª coleta: 1,7%, 4ª coleta: 5,8%, 5ª Coleta: 10,3%. Observa-se uma alteração no perfil dos tipos de erro identificados, conforme gráfico abaixo, e significativa oportunidade de melhoria.

Ferramentas da Qualidade aplicáveis nesta fase:



PDCA
Fase 02 – Fazer



3

Plano de ação: ferramenta SW2H para estabelecer o plano de ação

Item	Descrição do Problema	Proposta	Responsável	Local	Responsável Técnico	Responsável Financeiro
1	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-
2	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-
3	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-
4	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-
5	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-
6	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-
7	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-
8	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-
9	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-
10	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-
11	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-
12	Medicamentos com rotulagem incorreta	Medicamentos com rotulagem incorreta	Marcelo, Fabiano, Mariana	Farmácia CC	BAEM	-

Indicador: 1. Nº total de erros de medicação encontrados em oportunidade de erro de medicação.
Meta: Redução em 5 p.p. dos erros de medicação encontrados, no resultado da 5ª coleta BAEM (10% para 5%).



PDCA
Fase 03 – Verificar



Executar o Plano de Ação elaborado: mencionar as ações implementadas (ou não) com base no plano de ação estabelecido no Planejar

Ação	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargo)	Prazo	Investimento/Despesa (R\$)
1. Mapa de prescrição não disponibilizado na Farmácia	Reunião com os envolvidos	Sabrina e Maria Luiza	nov14	R\$ 1.200,00
2. Parametrização do sistema para validação de PR de admissão	Reunião com os envolvidos	Sabrina, Alexandre Becci e Marcelo	jun14	-
3. Medicamentos prescritos com especificação, via de administração, via de administração, via de administração	Reunião com os envolvidos e treinamento com a equipe médica	Sabrina, Fábio e Marcelo, Cláudio Souza	jun14	-
4. Medicamentos com rótulos parecidos	Reunião com os farmacêuticos e treinamento da equipe	Sabrina	jun14	-
5. Pacientes não cirurgião em UTI aguardando para procedimentos	Reunião entre os envolvidos	Marcelo, Sabrina, Marcos, Erika	out14	-
6. Comunicação ineficiente devido a falta de medicamentos	Reunião entre os envolvidos	Marcelo, Sabrina, Marcos	nov14	-
7. Alta rotativada	Reunião com a equipe de tratamento e Líderes de Feridas, Cirurgião	Equipe de Tratamento e Sabrina	nov14	-
8. Não há validação no sistema de prescrição para medicamentos não padronizados	Reunião entre os envolvidos	Marcelo, Sabrina	nov14	-
9. Falta de treinamento periódico dos médicos e equipe assistencial	Reunião entre os envolvidos; Treinamentos	Equipe de Tratamento, Erika, Fábio e Talyana	out14	-
10. Não há identificação dos responsáveis das Unidades ligadas ao gerador	Reunião entre os envolvidos; Identificação das Unidades	Adelmo e Marcos	nov14	-
11. Aquecimento excessivo e falta de ventilação para Farmácia	Treinamentos focados com a equipe assistencial	Marcelo, Equipe de Tratamento e Sabrina	mar14	-
12. Atrazo na administração da medicação	Reunião entre os envolvidos; Treinamentos com a equipe	Sabrina, Kelly, Regiane, Patrícia, Gêrges e Tereza	jan15	R\$ 1.000,00



PDCA
Fase 03 – Verificar



3

Apresentar o resultado do Indicador (antes e depois da implantação da melhoria) estabelecido na fase "Planejar"



PDCA
Consolidar/Controlar



3

Resultados Obtidos

- Controle de Estoque;
- Diminuição de Subestoque nas UTIs, 3º andar e Medicação Adulto;
- Possibilidade de maior tempo à beira leito (próximo ao paciente) pela Equipe Assistencial;
- Descentralização do fluxo e diminuição de retrabalho à Farmácia;
- Relocação de 1 auxiliar de Farmácia em cada turno, sem a necessidade de aumento de quadro;
- Trabalhar com farmácias satélites no período noturno para facilitar à Assistência;
- Usar Farmácia Central no período noturno como plano de contingência, para aquisição de mat/med.;
- Controle de dispensação de psicotrópicos e garantia de rastreabilidade de mat/med;
- Integração e confiabilidade do Farmacêutico à Equipe Multiprofissional;
- Diminuição expressiva dos Erros de Medicação na Instituição;
- Inserção e melhoria no banco de dados do sistema de PM para segurança do paciente em todos os processos do fluxo de medicamentos (prescrição, dispensação e administração);

Próximos Passos

- Ampliação da Auditoria para toda a Instituição;
- Modificação do critério de inclusão – pacientes internados ≥24h;
- Realização de aula (Erro de Medicação) no processo Admissional.



GERENCIAMENTO DE RISCOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Cristina Ramos de Oliveira <crisrina.ramos@cejam.org.br>

Apresentação



GERENCIAMENTO DE RISCOS NA ATENÇÃO BÁSICA

CTA / CRP

Cristina Ramos de Oliveira



Planejamento - Gerenciamento de Riscos

Identificação do Problema
Falta de Gerenciamento de Riscos nas Unidades

Proposta:

O Time de Qualidade CEJAM identificou o problema, formou a Comissão de Gerenciamento de Riscos para promover melhoria contínua relativas à segurança na Assistência, buscando através desta Comissão prevenir e reduzir a ocorrência de erros, minimizar riscos e incidência de eventos adversos ao paciente. Segue o Diagrama de Ishikawa.



Planejamento Gerenciamento de Riscos 5W1H

O que ?	Quem ?	Quando ?	Por que?	Onde?	Como?
Instaurar Comissões Internas	Comissão de Qualidade OS CEJAM	De 1 a 30 de Janeiro 2016	Monitorar a incidência de eventos adversos e prevenir danos ao usuário	Unidades de Saúde administradas pela OS CEJAM	Escolendo membros da equipe multiprofissional
Divulgação do Sistema de Notificação de Eventos Adversos	Comissão de Qualidade OS CEJAM	De 1 a 27 de Fevereiro 2016	Para ter conhecimento sobre a incidência de eventos em cada unidade	Unidades de Saúde administradas pela OS CEJAM	Apresentação do Sistema através de palestras e treinamento prático
Treinamento sobre gerenciamento de riscos	Enfermeira Supervisora - Comissão de Qualidade	De 26 a 30 de Janeiro 2016	Capacitar os profissionais sobre os riscos perigos dentro da unidade	Unidades de Saúde administradas pela OS CEJAM	Palestras, Banner e apresentação em Power Point
Reconhecer eventos passíveis de notificação no sistema	Comissão de Qualidade OS CEJAM	De 1 a 27 de fevereiro 2016	Para qualificar os eventos adversos e suas complexidades	Unidades de Saúde administradas pela OS CEJAM	Palestras, Banner e apresentação em Power Point





Indicador de Eventos Adversos

Utilizamos o indicador Total de Notificações para acompanhamento mensal do Número e tipo de Eventos notificados. Através de gráfico medimos a efetividade do Processo de Melhoria.

Total de Notificações												
Notificações relacionadas	jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16	jul/16	ago/16	set/16	out/16	nov/16	dez/16
Moratória												
Farmácia												
Equipamento / Artigo / Material												
Laboratório												
Fuga												
Gestão do Acesso												
Imunobiológicos												
Órtese / Prótese												
Queda												
Acidente de Trabalho												
Outros												



Implantação da Comissão de Gerenciamento de Riscos em três Unidades Acreditadas ONA Nível 1:

- **Unidade Básica de Saúde Vila Calú** – 4 membros (Supervisora, Médico, Enfermeira, Farmacêutica, Auxiliar de Enfermagem)
- **AMA Especialidades Jardim São Luiz** – 7 membros (Supervisora, Farmacêutica, Enfermeira, Técnico de Enfermagem e ATA)
- **Centro de Reabilitação IV M Boi Mirim** – 7 membros (Fisioterapeutas, Médicos, Enfermeiro).

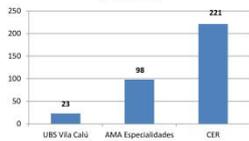
Ações nas Unidades	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo
Reuniões mensais com discussão de temas relacionados aos riscos no atendimento ao usuário;	Membros da equipe Multiprofissional e Comissão de Qualidade (computador e data show)	Enfermeiras Supervisoras: Érika e Janaina Enfermeiras: Luciana e Patrícia. Farmacêuticas: Margarete, Maria Cristina e Ariane.	jan/16
Realização de Capacitações da Política de Segurança e Notificação de eventos adversos;	Enfermeira Supervisora - Comissão de Qualidade / Computador, Banner e Data Show	Enfermeira Supervisora Cristina e Ana Rita	abr/16
Análise crítica dos eventos adversos;	Membros das Comissões das unidades / computador	Enfermeiras Supervisoras: Érika e Janaina Enfermeiras: Luciana e Patrícia. Farmacêuticas: Margarete, Maria Cristina e Ariane	jan/16
Discussão e implantação de barreiras e protocolos.	Comissão de Qualidade e Membros das Comissões / Computador	Enfermeiras Supervisoras: Cristina, Ana Rita, Érika e Janaina Enfermeiras: Luciana e Patrícia. Farmacêuticas: Margarete, Maria Cristina, Ariane.	jan/16



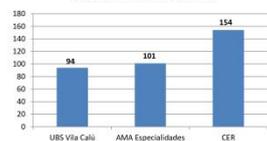
Total de Notificações 2015 - 2016

Unidades	Total 2015	Total 1º Semestre 2016
UBS Vila Calú	23	94
AMA Especialidades São Luiz	98	101
CER	221	154

Total 2015

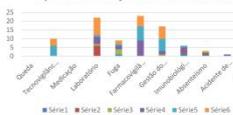


Total 1º Semestre 2016

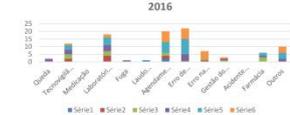


Tipos de Notificações por Unidade 2015 - 2016

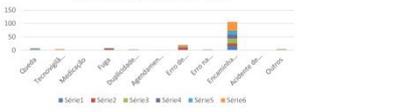
Tipos de Notificações UBS Vila Calú 2016



Tipos de Notificações AMA Especialidades 2016



Tipos de Notificações CER - 2016



Monitoramento / Ganhos com o Projeto / Ações Futuras

Manutenção das Ações
- Monitoramento Compartilhado das Notificações de Eventos Adversos pelo SIS CEJAM.
- Análise Prospectiva e Retrospectiva dos Indicadores
Ganhos com o Projeto
No 1º Semestre de 2016 foi possível melhorar o número das notificações e incidência de eventos por categoria, contribuindo para a Segurança do usuário, fortalecendo o modelo da atenção básica no SUS.

Ações Futuras
• Inclusão da Comissão de Gerenciamento de Riscos nas demais Unidades;
• Inclusão do tema Segurança do paciente no cronograma anual de treinamentos
• Acompanhamento mensal do indicador para cumprimento de metas e melhoria de processos das Unidades;
• Fortalecimento da Política de Segurança do paciente;
• Atualização do Mapeamento de risco por área;
• Fortalecimento das Ações de Urgência e Emergência;
• Questionário sobre Política de Segurança do usuário.



CONTA CERTA - GERAL M'BOI MIRIM

Catarina Yoko Saito <catarina.saito@hmbm.org.br>

Mayara Regina Azevedo Freire

Marcos Goncalves dos Santos

Patricia Thomaz de Souza

Naftaly Cipriano dos Santos

Elza Maria Casale

Apresentação



PDCA

1234

CONTA CERTA

GERÊNCIA ASSISTENCIAL

Sabrina Marques; Mayara Freire; Equipe Assistencial



PDCA Fase 01 – Planejar

4

Através do alto consumo de materiais gerais, materiais médicos e médicos rastreadores à centro de custo impactando no DRE dos setores, desperdício e falta de controle de dispensação, iniciamos em Julho de 2015, o Projeto Conta Certa, através de plano de ações junto a áreas assistenciais e amarrilhado, para redução de consumo e gestão de custo.

Custo

- Materiais de uso geral não lançados corretamente no centro de custo, acarretando em consumo indevidos dos mesmos.
- Falta de conferimento pelo gestor e equipe sobre o custo e consumo de materiais gerais, médicos e médicos rastreadores de seus respectivos centros de custo - Educação financeira.
- Alta solicitação de materiais gerais no almoxarifado e materiais médicos na Farmácia, o que gera substituição nas áreas.
- Falta de baixa via sistema ao paciente de materiais médicos, devendo ser atestado existente nas áreas.

Processo

- Alta devolução de mat/méd sem identificação de validade.
- Alto pedido de materiais gerais, médicos e centro de custo no almoxarifado, impactando em custos altos no DRE.
- Concentração do gestor assistencial para acompanhamento e gestão do DRE mensal.
- Uso de mat/méd de determinado paciente em outro (falta de rastreabilidade).
- Falta de armazenamento adequado de materiais gerais e médicos.
- Falta de controle de validade e rastreabilidade de materiais médicos.

Resultado de Custo

- Falta de armazenamento adequado de materiais gerais e médicos.
- Alta substituição de materiais gerais e médicos.

PDCA Fase 01A – Planejar

4

O que	Por que	Como	Quem	Onde	Quando	Custo
Revisão entre coordenadores de enfermagem para consumo de materiais que são utilizados pela Farmácia. <td>Revisão que ocorre mediante exames dispensados e pedidos para uma redução de custos no C.C. (Centro de Custo).</td> <td>Dispensando o material pela Farmácia para que tenha melhor rastreabilidade, mediante prescrição médica, e não mais através de substituição existente na área.</td> <td>Junta</td> <td>Área Assistentiais</td> <td>14/08/2015</td> <td>-</td>	Revisão que ocorre mediante exames dispensados e pedidos para uma redução de custos no C.C. (Centro de Custo).	Dispensando o material pela Farmácia para que tenha melhor rastreabilidade, mediante prescrição médica, e não mais através de substituição existente na área.	Junta	Área Assistentiais	14/08/2015	-
Uma inventariação realizada para uma lista de materiais que são utilizados e geram o custo, servindo como META, 50% de redução a serem atingidos.	Fechou de materiais todos no sistema para o amarrilhado.	Uso racional dos pedidos de amarrilhado com base na nota com meta de 50% taxa passiva área.	Coordenadora Assistentiais	Área Assistentiais	19/08/2015	-
Sugestão de produtos que podem ser dispensados para farmácia.	Materiais médicos não foram dispensados ao paciente, no caso, foram dispensados nas unidades de internação e para repassar via centro de custo.	Materiais monodose em farmácias substituídos que continham no centro de custo no almoxarifado.	Farmácia/Coordenadoras	Área Assistentiais	05/09/2015	-
Consumo de tecidos - justificativa pelo almoxarifado.	Muitos pedidos de tecidos nas áreas.	Falta de controle de validade e autorização de coordenador de enfermagem.	Coordenadora Assistentiais	Área Assistentiais	09/09/2015	-
Rele de microscopio	Uso de microscopio no lugar de microscopio, tendo um maior consumo e maior custo.	Substituição de rele de microscopio com a aquisição de outro modelo e uso por um mês.	Farmácia/Manutenção	Unidades de Internação	09/09/2015	-
Uso racional de folhas de sulfite nas áreas de impressão e copiar.	Consumo alto de folha de sulfite nas áreas de impressão.	Organização de uso consciente de folhas de sulfite e impressão frente e verso. Uso de impressoras de impressão.	Coordenadora Assistentiais	Área de impressão	09/09/2015	-
Uso de compressas não esterilizadas para aplicação de curativos e cateter.	Compressas estéril não estavam sendo usadas para aplicação de curativos e cateter.	Fabricação de água para aplicação de curativos e cateter. Pod ser um produto de qualidade com um preço justo.	Coordenadora Assistentiais	Área Assistentiais	11/09/2015	-

Indicador: Custo X Economia = (Economia/ Saúde Hospitalar) * 1000
Meta: 50% de redução. Prazo: Sete Meses (12/2015) - Concluído



PDCA
Fase 02 – Fazer

5º Simpósio Científico
CEJAM

4

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesa (R\$)
Reunião entre coordenadores de enfermagem para consenso dos materiais que serão dispensados pela Farmácia	Reunião com os envolvidos	Joelma	14/09/2015	-
Cada coordenador necessita fazer uma lista de materiais que será utilizado para Anestezifante, e determinar COTA, lembrando que HETA 50%, Equipamentos a serem utilizados para anestezifante	Reunião com os envolvidos	Coordenadores Assistenciais	19/08/2015	-
Suporte de produtos que podem ser dispensados pela Farmácia	Reunião com os envolvidos	Farmácia/Coordenadores	05/08/2015	-
Consumo de tesouras – justificativa pelo coordenador área	Reunião com os envolvidos e orientação da equipe administrativa	Coordenadores Assistenciais	09/09/2015	-
Rafis de microscopia	Reunião com os envolvidos e orientação da equipe de enfermagem	Pat/Manutenção	09/09/2015	-
Uso racional de folhas de sulfite nas áreas de impressão contábil	Reunião com os envolvidos e orientação das equipes	Coordenadores Assistenciais	09/09/2015	-
Uso de compressa não esteril para limpeza de superfície e banho	Reunião com as equipes, levantamento de fornecedores para substituição das compressas, estudo de custo, reunião com a CPMM, padronização	Coordenadores Assistenciais/Suprimentos	11/09/2015	R\$6.000 em relação ao que era gasto com compressas cirúrgicas, em torno de R\$157.000/ano

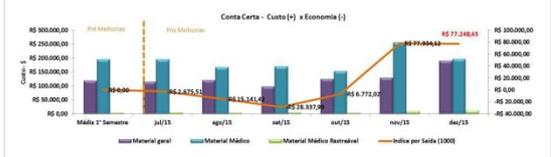
SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

PDCA
Fase 03 – Verificar

5º Simpósio Científico
CEJAM

4

	Consumo Geral - Materiais Geral, Médico e Rastreável						
	Média 1º Semestre	Jul/15	ago/15	set/15	out/15	nov/15	dez/15
Material geral	R\$ 120.218,72	R\$ 114.916,20	R\$ 121.343,07	R\$ 98.866,28	R\$ 125.013,19	R\$ 130.141,66	R\$ 190.883,14
Material Médico	R\$ 196.013,84	R\$ 186.085,93	R\$ 187.659,69	R\$ 171.020,67	R\$ 154.274,89	R\$ 156.116,16	R\$ 187.421,14
Material Médico Rastreável	R\$ 4.909,33	R\$ 6.024,78	R\$ 4.729,09	R\$ 5.635,37	R\$ 5.034,31	R\$ 9.800,00	R\$ 11.608,21
Total	R\$ 321.141,89	R\$ 317.027,66	R\$ 293.731,85	R\$ 275.522,52	R\$ 284.322,36	R\$ 396.157,82	R\$ 399.892,49
Economia	R\$ 0,00	R\$ 4.124,71	R\$ 23.109,81	R\$ 41.515,14	R\$ 9.609,49	R\$ 113.835,46	R\$ 174.369,97
Saldos	1459	1339	1526	1663	1419	1435	1610
Índice por Saldo (1000)	R\$ 0,00	R\$ 2.675,11	R\$ 15.343,42	R\$ 28.337,99	R\$ 6.772,02	R\$ 77.954,12	R\$ 77.248,43



SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

PDCA
Consolidar/Controlar

5º Simpósio Científico
CEJAM

4

Resultados Obtidos

- Conhecimento pelo gestor e equipe sobre o custo e consumo de materiais gerais, médicos e médicos rastreáveis de seus respectivos centros de custo – Educação Financeira;
- Consscientização do gestor assistencial para acompanhamento e gestão do DRE mensal;
- Favorecer melhor controle de materiais médicos pela Farmácia à paciente para redução de subestoque armazenado pela Enfermagem.

Próximos Passos

- Gestão financeira;
- Consscientização do uso, a fim de evitar desperdícios;
- Educação continuada das áreas para uso racional e correto de material médico;
- Comunicação entre as áreas;
- Sustentabilidade.

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

MONITORAMENTO DAS METAS DE PERCENTUAL DE CURA NOS PACIENTES DE TUBERCULOSE ATRAVÉS DO SIS-VIGIMASTER

Dion Teixeira de Carvalho <dioncarvalho@cejam.org.br>

João Paulo Monteiro Freitas <jprikolor@hotmail.com>

Marilene Cristina Assis <maristar.assis@gmail.com>

Glauber Alves dos Prazeres <glauber.oscejam@gmail.com>

Sueli Doreto Rodrigues <suelidoreto@oscejam.org.br>

Apresentação



PDCA

Monitoramento das Metas de Percentual de Cura nos Pacientes de Tuberculose através do SIS-Vigimaster

Coordenação Técnica Regional –
CEJAM OS

Autor Dion Carvalho; Autor João Paulo Freitas; Autor : Marilene Santos;
Autor Ernani Cunha; Autor Glauber Alves; Autor Sueli Doreto



PDCA Fase 01 – Planejar

Identificação do problema

Expressar a efetividade do tratamento, alcançando as metas pactuadas para comprovar a redução da transmissão para novos pacientes, diminuindo a ocorrência de casos novos.

Ferramentas da Qualidade aplicáveis nesta fase:

Usando do Fluxograma de acompanhamento dos casos de Tuberculose e o monitoramento através do sistema SIS-Vigimaster que possibilita o acompanhamento diário da tomada de medicação pelos pacientes.



PDCA Fase 01A – Planejar

Plano de ação: ferramenta 5W2H para estabelecer o plano de ação

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Verificação dos processos de lançamento no SIS-Vigimaster	Equipe Atenção Básica CEJAM	Diariamente	Identificar falhas de acompanhamento e lançamento	CEJAM OS	Sistema SIS-Vigimaster	Sem custo

Indicador: acompanhamento dos lançamentos de tomada de medicação (Sistema DOT de tratamento) no SIS-Vigimaster e apontamento das tomadas em atraso.

Meta: 100% dos casos acompanhados, visando alcançar a meta de 85% de cura





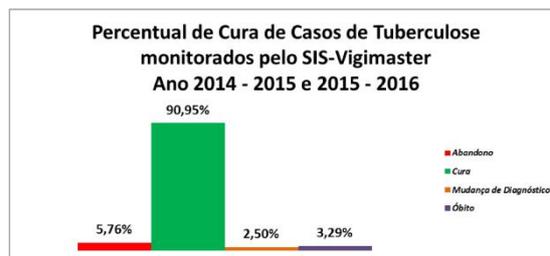
PDCA Fase 02 – Fazer

Executar o Plano de Ação elaborado: Busca Semanal dos Lançamentos sistematizados no SIS-Vigimaster diariamente e forma sistemática para comprovação da melhoria do processo de lançamento.

Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Busca no SIS-Vigimaster	Equipe Atenção Básica CEJAM OS	Equipe Administrativa	Diariamente	Sem custo
Análise dos Dados SIS-Vigimaster	Equipe Atenção Básica CEJAM OS	Supervisores Atenção Básica	Semanalmente	Sem custo



PDCA Fase 03 – Verificar



PDCA Consolidar / Controlar

Com os resultados significativos de Acompanhamento pelo SIS-Vigimaster, apontamos

- Possibilidade de alcance da Meta mundial de 85%
- Sistematização do acompanhamento via sistema e monitoramento dos atrasos
- Reestabelecimento dos princípios do DOT de tomada supervisionada e acompanhada pelo Equipe da Unidade e pelo monitoramento sistemático pela Coordenação Regional – Equipe Atenção Básica



BEM VINDOS À "TERRA PROMETIDA"

Roger Fonseca Franca <roger.rfranca@gmail.com>

Fádua Priscila Cavalcante Chaves Vieira <fadua18@hotmail.com>

Tatiane Gomes da Silva <tatiane.gomes@cejam.org.br>

Apresentação



5º Simpósio Científico CEJAM

Entendendo o caso...

Há aproximadamente 2 anos um terreno na área de abrangência da UBS Horizonte Azul foi ocupado por famílias ligadas ao MST.

Desde então, não houve uma aproximação entre os líderes da Terra Prometida e a UBS Horizonte Azul. O fluxo de entrada e saída de famílias na ocupação é alto.

Quando o CEJAM assumiu o território em Ago/15 iniciou uma tentativa de aproximação com a finalidade de identificar as principais necessidades desta área.



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

SUS

PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE

5º Simpósio Científico CEJAM

Parceria entre UBS + IRS CEJAM

Com o objetivo de ampliar as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças na comunidade, fazendo com que os profissionais de saúde se sintam envolvidos com os problemas reais que ocorrem em regiões de alta vulnerabilidade social que estão inseridos, o Instituto de Responsabilidade Social CEJAM em março de 2016 iniciou uma parceria importante de apoio às ações da UBS Horizonte Azul para atender as demandas identificadas na ocupação Terra Prometida. A parceria destaca-se pela amplitude e grandeza do impacto social que gera à população atendida.



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

SUS

PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE

5º Simpósio Científico CEJAM

Problema 1 - Vínculo

A liderança da Terra Prometida não havia demonstrado interesse em cadastrar as famílias na UBS por questões envolvendo benefícios e remunerações. Por diversas vezes procuramos a liderança da ocupação solicitando a relação dos moradores, porém, por divergência de opiniões não conseguimos uma resposta.



SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

Problema 2 – Atendimento Integral à Saúde

Os moradores da Terra Prometida encontravam barreiras de acesso ao serviço de saúde pela ausência de cadastro. Alguns moradores referiam se sentir excluídos da sociedade, ao procurarem o serviço.



SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

Problema 3 – Equipe de Saúde da Família

A área de ocupação "Terra Prometida" possui aproximadamente 200 famílias residentes com um alto índice de rotatividade.

Atualmente na UBS Horizonte Azul possuímos 4.124 famílias e 13.881 pessoas cadastradas. Portanto estamos atendendo 39% acima da capacidade de famílias cadastradas não havendo uma Equipe Saúde da Família para atender especificamente esta demanda.

UBS Horizonte Azul	Equipes	ACS	Total de Famílias	Famílias por ACS	Total de Pessoas	Pessoas por ACS	Percentual de pessoas por ACS
Atualmente	4	20	4141	207	13887	695	139%
Com inclusão da área de ocupação Terra Prometida	4	20	4341	217	14577	728	146%

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

Em fev/16 participamos de uma reunião com todos os coordenadores da Terra Prometida, onde pactuamos:

- ✓ Mapear a área para fazermos um diagnóstico situacional
- ✓ Combate ao Aedes Aegypti
- ✓ Realizar ações de prevenção a doenças e promoção à saúde para as prioridades:
 - ❖ Mutirão de puericultura
 - ❖ Mutirão de Saúde da mulher
- ✓ Visita domiciliar aos acamados
- ✓ Ações de Saúde Bucal
- ✓ Páscoa solidária
- ✓ Atendimento à todas as gestantes
- ✓ Acolhimento dos pacientes com queixas agudas



SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

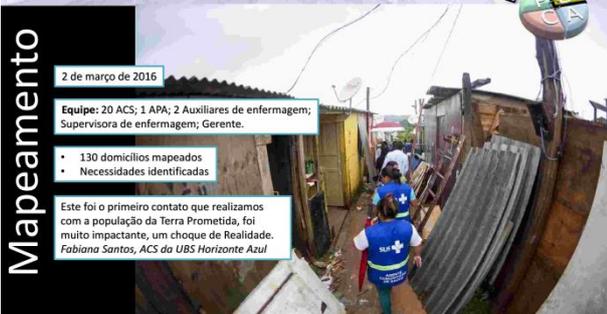
Mapeamento

2 de março de 2016

Equipe: 20 ACS; 1 APA; 2 Auxiliares de enfermagem; Supervisora de enfermagem; Gerente.

- 130 domicílios mapeados
- Necessidades identificadas

Este foi o primeiro contato que realizamos com a população da Terra Prometida, foi muito impactante, um choque de Realidade.
Fabiana Santos, ACS da UBS Horizonte Azul



SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

Combate ao Aedes

10 de março de 2016

Equipe: 17 ACS; 1 APA

- 97 domicílios inspecionados
- 10 focos encontrados e removidos

"Tem sido muito gratificante participar destas ações pois estamos ajudando na melhoria da qualidade de vida desta população". Espero que o trabalho permaneça e que Os benefícios sejam duradouros. Izabel da Silva - APA



SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO



Mutirão de Puericultura

10 de março de 2016

Equipe: 1 Médica; 2 Enfermeiras; 3 Auxiliares de Enfermagem; Supervisora de Enfermagem; Gerente

- 60 crianças atendidas
- Diagnosticados e tratados casos de verminose e pediculose

"Ofereceram consultas médicas e de enfermagem, solicitação de exames e dispensação de medicamentos. Tudo realizado dentro da Terra Prometida, trouxeram a UBS até as crianças, isso foi algo que jamais havia visto". *Claudia, coordenadora da Terra Prometida.*

5º Simpósio Científico CEJAM

Executar

SUS

PREFEITURA DE SÃO PAULO

Visitas domiciliares

10 de março de 2016

Equipe: 1 Médica; 1 Enfermeira

- 2 pacientes atendidos
- Equipe multiprofissional oferecendo atendimento Integral aos acamados

"Estamos mostrando que nosso trabalho vai muito além de metas e indicadores. Este é o real motivo de estarmos aqui, nossa missão. Diante de tanto sofrimento e dificuldade, queremos deixar uma marca positiva na vida dessas pessoas". *Roger Franca, gerente da UBS Horizonte Azul*

5º Simpósio Científico CEJAM

Executar

SUS

PREFEITURA DE SÃO PAULO

Ações de Saúde Bucal

10 de março de 2016

Equipe: 1 Dentista; 1 Auxiliar de Saúde Bucal

- Avaliação bucal e grupos de orientação
- 100 Kits de higiene bucal distribuídos

"Em 13 anos de PSF nunca havia passado por uma experiência única como essa. Promover saúde e prestar assistência a pessoas que precisam, isso é muito gratificante". *Fádua Vieira, Supervisora de Enfermagem da UBS Horizonte Azul*

5º Simpósio Científico CEJAM

Executar

SUS

PREFEITURA DE SÃO PAULO

Páscoa Solidária

31 de março de 2016

Equipe UBS: 5 ACS; 2 Enfermeiras; Supervisora de Enfermagem; Gerente
Equipe IRS Cejam: 1 Assistente Social; 1 Gerente

- 80 crianças participantes
- Foram doados 60 ovos de páscoa, 150 chocotones, Kits de balas e doces

"Conseguimos as doações com empresas parceiras, participamos das entregas e tivemos como maior recompensa ver a alegria das crianças ao receber os doces. Alguns resultados são imensuráveis e só podem ser compreendidos quando estamos diretamente envolvidos". *Tatiane Gomes, Coordenadora IRS CEJAM*

5º Simpósio Científico CEJAM

Executar

SUS

PREFEITURA DE SÃO PAULO

Saúde da Mulher

6 de maio de 2016

Equipe UBS: 3 Enfermeiras; 4 Auxiliares de Enfermagem; 8 ACS; Supervisora de Enfermagem; Gerente
Equipe PAISM: 1 Enfermeira; 1 Assistente Social; 1 Nutricionista
1 Auxiliar de Enfermagem; 1 Gerente

- 55 mulheres atendidas
- Mais de 300 procedimentos realizados*

"Foi uma ação extremamente válida pois muitas pacientes não tinham acesso aos exames preventivos e os testes rápidos. Participar desta ação e ver como eles estão organizados me mostrou qual é o verdadeiro sentido da palavra comunidade." *Ligiane Karla, Aux. Enfermagem IRS/PAISM CEJAM*

5º Simpósio Científico CEJAM

Executar

SUS

PREFEITURA DE SÃO PAULO

Saúde da Mulher (Procedimentos)

- Coleta de Papanicolau: 16
- Enc. para mamografia: 24
- Auto exame das mamas: 16
- Aferição de pressão arterial: 50
- Consulta / Nutricionista: 19
- Atendimento / Serviço Social: 42
- Coleta de escarro: 10
- Kits de saúde bucal: 100
- Testes rápidos (glicemia, colesterol, triglicérides, sífilis, HIV): 100

5º Simpósio Científico CEJAM

Executar

SUS

PREFEITURA DE SÃO PAULO



5º Simpósio Científico CEJAM

Verificar

Responsabilização
Houve uma grande sensibilização da comunidade em relação à Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde.

Empoderamento
Identificamos a população mais consciente e envolvida com as necessidades locais.

Confiança
A cada ação realizada percebemos um ganho no relacionamento com a liderança local.

Aproximação
As atividades nesta comunidade foram benéficas para a organização do serviço, e com certeza trouxeram muitos ganhos para os moradores desta área.

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO



5º Simpósio Científico CEJAM

Controlar

Após verificarmos a efetividade e resultados obtidos nas ações realizadas, no dia 27 de maio de 2016 realizamos uma reunião com os profissionais da UBS, IRS CEJAM, e equipe de Apoiadores da Supervisão de Saúde do M'boi Mirim com o objetivo de:

1. Validar o projeto.
2. Estabelecer ações de continuidade da assistência na Área de Ocupação.
3. Integrar a equipe e buscar novos parceiros.

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO



5º Simpósio Científico CEJAM

Controlar

Novas ações a serem realizadas na Terra Prometida

- Mutirão de Saúde do Homem
- Planejamento Familiar
- Mutirão de atendimento e procedimentos de Saúde Bucal
- Cadastro oficial das famílias na UBS

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO



5º Simpósio Científico CEJAM

Controlar

Sua realidade não pode limitar seus sonhos.

©cria@bodevaler.com

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

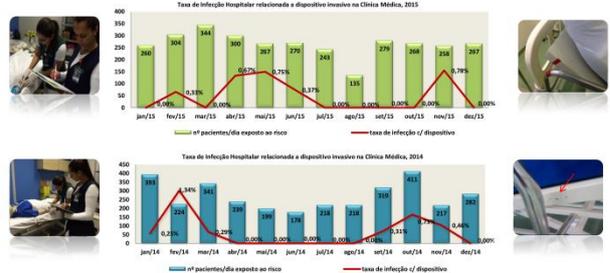


PDCA Fase 02 – Fazer 1234

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Auditoria de técnicas com os colaboradores da Clínica Médica	Bonecos, sonda vesical, cateter venoso central e periférico, sistema fechado para sondagem vesical, papel sulfite para formulário de auditoria.	Enfermeira Sênior, enfermeiros multiplicadores, enfermeiro do treinamento	Janero / 2015	\$50,00
Acompanhamento diário dos colaboradores na área de Clínica Médica	Enfermeiras da Unidade	Enfermeira Sênior e coordenação de enfermagem	Contínuo	Hora homem trabalhado
Demarcação das camas no decúbito 30°	1- funcionário da manutenção 80 rebites	Supervisor da Manutenção	Abri – Junho 2015	\$ 300,00
Troca do produto pelo fornecedor da bolsa coletor a do sistema fechado de urina	Bolsa coletora de urina	CPIME	Outubro /15	Sem custo
Aula expositiva para equipe de enfermagem pelo urologista sobre patologias / SVD, irrigação contínua / Classificação da hematúria a olho nu e registro da informação no prontuário	1 – médico urologista Apresentação em aula	Coordenador médico da urologia	Julho/15	Hora homem trabalhada
Discussão da permanência ou retirada dos dispositivos no plano terapêutico	Equipe multiprofissional	Equipe médica e enfermagem	Semanal	Hora homem trabalhada



PDCA Fase 03 – Verificar 1234



PDCA Consolidar / Controlar 1234

Ganhos

- Engajamento entre as equipes da instituição.
- Redução de 67% das infecções hospitalares relacionadas a dispositivo no segundo semestre/15 na Unidade de Clínica Médica.
- Melhora do gerenciamento e acompanhamento dos pacientes com dispositivo invasivo.

Ações futuras

- Definição de auditoria anual.
- Medidas preventivas para pacientes colonizados, a fim de reduzir o risco de infecção (Ex: KPC).
- Treinamento in loco à equipe assistencial quanto a importância das medidas preventivas quando o paciente esta colonizado.
- Troca de produto para higienização das mãos.
- Troca das placas de identificação das precauções.



O "PENSAMENTO LEAN" NA RECEPÇÃO DA UBS HORIZONTE AZUL

Roger Fonseca Franca <roger.rfranca@gmail.com>

Fádua Priscila Cavalcante Chaves Vieira <fadua18@hotmail.com>

Sandra Regiane Lima Ramos da Silva <sandraramos25@yahoo.com.br>

Apresentação



5º Simpósio Científico CEJAM

Identificação do problema

Identificamos o problema através da utilização do "CANVAS PROPOSTA DE VALOR". Esta ferramenta avalia o que agrega valor ao serviço do ponto de vista do cliente e dos profissionais.

O chamado "encaixe" acontece quando as opiniões convergem. Neste caso, colaboradores e líderes comunitários avaliaram que o "acesso" à UBS Horizonte Azul precisava ser melhorado.



SUS **PREFEITURA DE SÃO PAULO**

5º Simpósio Científico CEJAM

Service Design

O Design de Serviços é um método muito utilizado por empresas inovadoras como Google, Starbucks e Apple. Por ser um conceito novo, ainda é pouco utilizado nos serviços públicos.

Diagnóstico Situacional

Utilizando o "Mapa de Jornada do Cliente" entendemos como os usuários percorrem os diversos serviços oferecidos na UBS, e identificamos que os pontos críticos de acesso estavam concentrados na Recepção.



SUS **PREFEITURA DE SÃO PAULO**



5º Simpósio Científico CEJAM

Lean 6 Sigma

Após realizarmos o diagnóstico situacional, iniciamos o nosso projeto de melhoria contínua da recepção da UBS, para tal, optamos por utilizar o método "Lean 6 Sigma".

O Lean 6 Sigma é comumente utilizado em grandes empresas de manufatura, e por apresentar resultados expressivos, grandes instituições de saúde também estão aderindo o pensamento Lean.

Princípios do "Lean"

- 1. Foco no cliente: Identificar o que gera valor ao serviço.
- 2. Fluxo contínuo: Organizar e alinhar processos.
- 3. Eliminar desperdícios: Tudo que não agrega valor ao serviço é desperdício.
- 4. Melhoria contínua: Melhoria gradual. É sempre possível fazer melhor.
- 5. Buscar a perfeição: Entregar a demanda correta, na quantidade adequada, da forma que o cliente deseja.

Planejar

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

Mapeamento dos processos da recepção / UBS H. Azul

O nosso objetivo principal foi melhorar a performance da gestão da recepção da UBS através da gestão por processos.

Inicialmente mapeamos todos os processos do setor e começamos a identificar as etapas que agregam ou não agregam valor ao serviço.

Portanto, tivemos uma noção clara de todos os desperdícios (movimentação desnecessária, retrabalho, ociosidade) que ocorrem diariamente na recepção da UBS Horizonte Azul.

Planejar

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

Desperdícios identificados

Processo	Ocorrências	Duração (00)	Total (00)	Distância m	Total m	Valor Dia	Valor Ano
Prepara a impressora	30	00:00:15	00:07:30	0	0	R\$ 1,26	R\$ 362,75
Solicita vaga para ESF	2	00:05:00	00:10:00	0	0	R\$ 1,80	R\$ 432,50
Verifica lista de prontuário	60	00:00:30	00:30:00	0	0	R\$ 5,41	R\$ 1.297,20
Procura prontuário perdido	7	00:05:00	00:35:00	50	350	R\$ 6,31	R\$ 1.533,75
Preenche filipeta procedim	80	00:00:15	00:20:00	0	0	R\$ 3,60	R\$ 865,00
Leva prontuário nos setores	80	00:01:00	01:20:00	50	4000	R\$ 14,42	R\$ 3.460,00
Resgata consulta	1	00:02:00	00:02:00	0	0	R\$ 0,36	R\$ 86,50
Encam atrasados p/ gerência	0,2	00:00:30	00:00:06	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Leva filipeta de consulta	20	00:01:00	00:20:00	50	1000	R\$ 3,60	R\$ 865,00
Devolve guia para ESF	2	00:02:00	00:04:00	0	0	R\$ 0,72	R\$ 173,00
Informa profissionais (vagas)	4	00:05:00	00:20:00	50	200	R\$ 3,60	R\$ 865,00
Médico Ocioso (Absenteísmo)	15	00:13:00	04:00:00	0	0	R\$ 125,00	R\$ 29.250,00
Total	286,2	07:40:30	5:150			R\$ 346,00	R\$ 87.261,00

Total do desperdício anual na recepção. O cálculo foi realizado através do valor/hora dos profissionais.

Planejar

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

Fluxo Anterior – 2015
(Antes do projeto Lean Seis Sigma)

Através do "Gráfico de espaguete" mapeamos os deslocamentos dos profissionais de saúde e redesenhamos o serviço através de ações de melhoria contínua.

Executar

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

Comparativo de uma das melhorias realizadas
Processo: Consulta Agendada

1. Processo longo, com excesso de movimentação (960 km por ano), além de demonstrar ociosidade dos médicos decorrentes do alto índice de absenteísmo nas consultas, gerando um desperdício anual de 81.460,00 reais.
2. Processo mais enxuto, sem desperdícios por movimentação desnecessária. Criado um método manual de chamador de senha e reposição dos pacientes que faltavam nas consultas.
3. Processo além de enxuto, apresenta maior valor agregado ao cliente com utilização de sistema informatizado onde os médicos identificam os pacientes presentes e a recepção repõe automaticamente as faltas.

Verificar

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO

5º Simpósio Científico CEJAM

Após a realização de eventos Kaizen (melhoria contínua) em 3 áreas (Recepção, Prontuários e Consultórios) observamos ótimos resultados com relação à redução de desperdícios.

Melhorias

- Processo mais enxuto
- Maior valor agregado
- Redução de filas

Desperdícios

- Movimentação desnecessária
- Retrabalho
- Ociosidade (Absenteísmo)

Verificar

SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO



Processo	Processo Anterior			Processo Atual			Processo Futuro		
	Desperdício em Horas	Distância percorrida	Valor Dia	Desperdício em Horas	Distância percorrida	Valor Dia	Desperdício em Horas	Distância percorrida	Valor Dia
Prepara a impressora	00:07:30	0	R\$ 1,26	00:07:30	0	R\$ 1,26	00:07:30	0	R\$ 1,26
Solicita vaga para ESF	00:10:00	0	R\$ 1,80	00:10:00	0	R\$ 1,80	00:10:00	0	R\$ 1,80
Verifica lista de prontuário	00:30:00	0	R\$ 5,41	00:10:00	0	R\$ 1,80	00:00:00	0	R\$ 0,00
Procura prontuário perdido	00:35:00	350	R\$ 6,31	00:35:00	350	R\$ 6,31	00:35:00	350	R\$ 6,31
Preenche filipeta procedm	00:20:00	0	R\$ 3,60	00:20:00	0	R\$ 3,60	00:20:00	0	R\$ 3,60
Leva prontuário nos setores	01:20:00	4000	R\$ 14,42	01:20:00	4000	R\$ 14,42	01:20:00	4000	R\$ 14,42
Reagenda consulta	00:02:00	0	R\$ 0,36	00:02:00	0	R\$ 0,36	00:02:00	0	R\$ 0,36
Encam atrasados p/ gerência	00:00:06	0	R\$ 0,00	00:00:06	0	R\$ 0,00	00:00:06	0	R\$ 0,00
Leva filipeta de consulta	00:20:00	1000	R\$ 3,60	00:00:00	0	R\$ 0,00	00:00:00	0	R\$ 0,00
Devolve guia para ESF	00:04:00	0	R\$ 0,72	00:04:00	0	R\$ 0,72	00:04:00	0	R\$ 0,72
Informa profissionais (vagas)	00:20:00	200	R\$ 3,60	00:20:00	200	R\$ 3,60	00:20:00	200	R\$ 3,60
Médico Ocioso (Absentismo)	04:00:00	0	R\$ 325,00	03:00:00	0	R\$ 244,00	00:00:00	0	R\$ 0,00
Desperdício Diário	7:48 horas	5,6 Km	R\$ 366,09	6 horas	4,5 Km	R\$ 277,88	3 horas	4,5 Km	R\$ 32,08
Desperdício Anual	1.872 horas	1.332 Km	R\$ 87.861,00	1.472 horas	1.092 Km	R\$ 66.690,50	712 horas	1.092 Km	R\$ 7.698,50



Desperdício de 87.861,00 reais



Desperdício de 66.690,50

Melhoria de 24%



Desperdício de 7.698,50 reais

Melhoria de 91%



O projeto Lean na recepção já está em fase de conclusão. Avaliamos muito bem os resultados alcançados até o momento e estamos projetando uma economia 1.160 horas anuais que eram desperdiçadas em processos falhos, equivalente a 80.162,50 reais. Portanto, além de manter as atividades de "melhoria contínua" na recepção da UBS, iremos novos projetos utilizando o método Lean 6 Sigma no setor Administrativo e Laboratório.



REGISTRO DO INDICADOR EPISIOTOMIA EM PRIMÍPARAS NO PARTO SEGURO À MÃE PAULISTANA

Michelle Carreira Marcelino <michelle.carreira@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

REGISTRO DO INDICADOR EPISIOTOMIA EM PRIMÍPARAS NO PARTO SEGURO À MÃE PAULISTANA

Gestão Materno-Infantil / Obstétrico

Hospitais Municipais – Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim

Michelle Carreira Marcelino; Eliene de Paula Rodrigues;
Isabel Cristina Pereira Matos



PDCA Fase 01A – Planejar

Plano de ação: ferramenta 5W2H para estabelecer o plano de ação

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Criar instrumento (Livro de Parto) e indicador para registrar episiotomia em primíparas.	Coordenação e Supervisoras	Mensal à partir de 2013	Conhecer a prática acompanhar, divulgar e capacitar profissionais para registros de episiotomia em primíparas	Nos oito hospitais municipais com Parto Seguro No Núcleo Parto Seguro	Coleta de episiotomia do Livro de Parto; cálculo do indicador por hospital e condensado dos registros dos 8 hospitais.	Horas de trabalho: planejar e acompanhar o indicador. Não Mensurado

INDICADOR: Registro de parto normal com episiotomia em primíparas

Cálculo	Meta
$\frac{\text{Nº de REGISTROS de parto normal de primíparas com episiotomia}}{\text{Nº de partos normais com episiotomia em primíparas}} \times 100$	100% de registros de episiotomia em primíparas



PDCA Fase 02 – Fazer

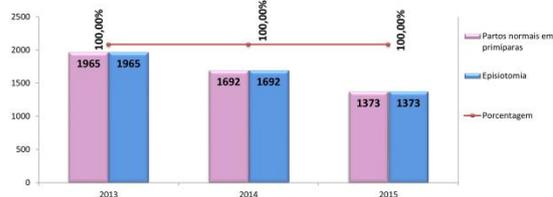
Executar o Plano de Ação elaborado

Ações	Recursos (humanos / materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/ Despesas (R\$)
Inserir Livro de Parto com registro de todos os partos e episiotomia em primíparas	Computador, Planilha excel (Livro de Parto)	Coordenador e Supervisoras	7 dias	Não mensurado. Computadores cedidos SMS
Capacitar supervisores locais para coleta do indicador e cálculo	Supervisoras e Administrativas	Coordenador e Supervisores	1 dia	Não mensurado hora trabalhada
Envio do relatório gerencial com o cálculo do indicador	Supervisoras / Relatório em Word	Coordenador	1	Não mensurado hora trabalhada
Revisão do indicador	Supervisoras / Relatório em Word	Supervisores aos pares	1	Não mensurado hora trabalhada
Abastecimento do Banco de dados no Núcleo (Relatório Gerencial)	Supervisoras e administrativos	Coordenador e Supervisores	1	Não mensurado hora trabalhada



PDCA Fase 03 – Verificar

Percentual de registros de episiotomia em primíparas 2013-2015.
Parto Seguro à Mãe Paulistana também é Rede Cegonha



Fonte: Relatórios Gerenciais Parto Seguro, 2013-2015.



PDCA Consolidar / Controlar

- O indicador registro de episiotomia em primíparas permitiu mensurar a real situação da prática nesse grupo e reforçou a importância do registro de fácil acesso.
- O processo será mantido com a informatização dos registros em um ferramenta LIVRO DE PARTO INFORMATIZADO.

São Paulo (Município). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Autarquia Hospitalar Municipal. Portaria n. 0218, de 28 de setembro de 2011. SUPG/AHM. Estabelece o uso dos impressos para registro das ações assistenciais sejam realizadas e documentadas. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 2011; 56(183): 22 - 4.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Autarquia Hospitalar Municipal. Portaria n. 1343/2014, de 19 de julho de 2014 - SMS.G. Indicadores hospitalares a serem observados no âmbito da SMS. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 2014; 5 (131): 40.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABENFO, 2001.

Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF): OPAS/USAID; 1996. [OMS/SRF/MSM/96.24]

Riesco MLG, Costa ASC, ALMEIDA SF, Basile ALO, Oliveira SM JV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. Rev. enferm. UERJ, 2011; 19 (1): 77-83.



INDICADOR EPISIOTOMIA EM PRIMÍPARAS NO PARTO SEGURO À MÃE PAULISTANA

Sandra Ferreira Silva de Almeida <sandra.ferreira@cejam.org.br>

Isabel Cristina Pereira Matos <isabel.cristina@cejam.org.br>

Maise August de Faria <maise.august@cejam.org.br>

Apresentação



PDCA

INDICADOR EPISIOTOMIA EM PRIMÍPARAS NO PARTO SEGURO À MÃE PAULISTANA

Gestão Materno-Infantil / Obstétrico

Hospitais Municipais – Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim

Sandra Ferreira Silva de Almeida; Isabel Cristina Pereira Matos; Maise August de Faria



PDCA Fase 01 – Planejar

Identificação do problema

- Prática rotineira de episiotomia em primíparas.



PDCA Fase 01A – Planejar

Plano de ação: ferramenta 5W2H para estabelecer o plano de ação

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Criar indicador para medir percentual primíparas submetidas a episiotomia	Coordenador e Supervisores	Mensal desde 2013.	Conhecer e acompanhar o percentual de episiotomia em primíparas; * capacitar a equipe. * Aproximar taxa episio recomendados pela OMS 10% (geral)	Nos 8 hospitais municipais com Parto Seguro No Núcleo Parto Seguro	Coleta de episiotomia do Livro de Parto; cálculo do indicador por hospital, condensar e analisar os 8 hospitais.	Horas de trabalho: Planejar e acompanhar o indicador Não Mensurado.

INDICADOR: Percentual de episiotomia em primíparas

Cálculo	Meta 2013
$\frac{\text{Nº de partos normais com episiotomia em primíparas}}{\text{total de partos normais em primíparas}} \times 100$	Episiotomia < 40% em em primíparas



PDCA Fase 02 – Fazer

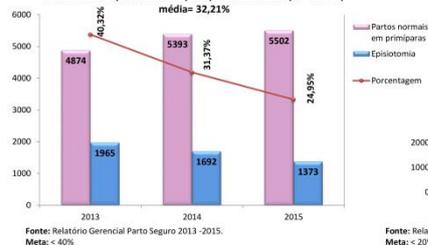
Executar o Plano de Ação elaborado

Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/ Despesas (R\$)
Criar Livro de Parto com registro de episiotomia	Computador com Planilha excel para coleta dos dados (Livro de Parto)	Coordenador e Supervisoras	7 dias	Computador cedido pela SMS Não mensurado
Capacitar supervisores: coleta de dados, cálculo do indicador, elaborar e enviar relatório.	Coordenador e Supervisoras Computador, planilha excel e arquivo word	Coordenador e supervisoras	1 dia	Horas de trabalho. Não mensurado
Revisar indicador e abastecer banco de dados	Supervisores / Relatórios impressos	Supervisoras (pares)	1 dia	Horas de trabalho. Não mensurado
Abastecimento do Banco de dados no Núcleo (Relatório Gerencial)	Computador, planilha excel, administrativo e supervisoas	Coordenador	Mensal	Horas de trabalho. Não mensurado



PDCA Fase 03 – Verificar

Percentual de episiotomia em primíparas 2013-2015 (N = 15.769)



Fonte: Relatório Gerencial Parto Seguro 2013 -2015.
Meta: < 40%

Percentual de episiotomia em primíparas jan-abr 2016 (N = 1.895)



Fonte: Relatório Gerencial Parto Seguro Jan-Abr 2016
Meta: < 20%



PDCA Consolidar / Controlar

- O indicador episiotomia em primíparas permitiu mensurar a real situação da prática, monitorar e implementar ações para restringir seu uso além de capacitar colaboradores. META 2016: episiotomia em primíparas < 20%.
- O processo será mantido com a informatização dos registros na ferramenta LIVRO DE PARTO INFORMATIZADO.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABENFO; 2001.

Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF): OPAS/USAID; 1996. [OMS/SRF/MSM/96.24]

Riscoo MLG, Costa ASC, ALMEIDA SF, Basilo ALO, Oliveira SM JV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. Rev. enferm. UERJ. 2011; 19 (1): 77-83.

São Paulo (Município). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Autarquia Hospitalar Municipal. Portaria n. 0218, de 28 de setembro de 2011- SUPG/AHM. Estabelece o uso dos impressos para registro das ações assistências sejam realizadas e documentadas. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo. 2011; 56(183): 22 - 4.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Autarquia Hospitalar Municipal. Portaria n. 1343/2014, de 19 de julho de 2014 - SMS.G. Indicadores hospitalares a serem observados no âmbito da SMS. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo. 2014; 5 (131): 40.



GESTÃO DA MELHORIA NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO

Pércio Vidal de Souza Mota <perciomota@gmail.com>

Apresentação



PDCA

1234

GESTÃO DA MELHORIA NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais - Coren-MG

Autores:

Luciana Antônia Veloso de Araújo, Graciela Barbosa Agostinho,
Evandro Falcão Martins, Renata Ramalho Mendes Nunan,
Pércio Vidal de Souza Mota, Andréia Oliveira de Paula Murta.

Relator: Pércio Vidal de Souza Mota



Fase 01 – Planejar

Identificação do problema: O número de inscritos no **Coren-MG** é crescente, e já ultrapassa a casa de 180 mil, o que pode tornar o atendimento presencial difícil, pouco eficaz e oneroso – sendo isso um transtorno para os profissionais da saúde. Até poucos meses atrás, profissionais como enfermeiros (as), técnicos (as) e auxiliares de enfermagem, tinham que se deslocar de seu local de trabalho ou residência, muitas vezes situados no interior do Estado - distando dezenas ou centenas de quilômetros da capital, para obterem certidões ou atestados referentes a regularidade de sua situação perante o Conselho profissional de sua categoria. Outras vezes o motivo era fazer negociação, realizar acordos para parcelamentos, emitir boletos e documentos de caráter essencial para se manterem habilitados ao exercício profissional.

Diante disso, foi proposta a implementação do **"Portal do Inscrito"** que constou como objetivo a ser alcançado, por meio de Planos de Ação de várias equipes dentro do Projeto de melhoria contínua **"Gestão por resultados"**, proposto e desenvolvido no **Coren-MG** desde janeiro de 2016. Com realização exitosa das **FASES 1, 2 e 3**, o Portal já beneficia milhares de profissionais de saúde , facilitando acesso ao Conselho da classe.

Graças ao uso de tecnologia digital, inscritos podem atualizar dados cadastrais, emitir certidões, parcelar anuidades e imprimir boletos para pagamentos, de forma ágil e segura, trazendo impactos positivos a profissionais da saúde que economizam tempo de deslocamento e espera.



PDCA

Fase 01A – Planejar

Planilha 5W e 2 H

O que	Quem	Quando	Por que	Onde	Como	Custo
Desenvolver e implementar a FASE 1 do portal do inscrito. Benefício: viabilizar alteração de dados cadastrais e parcelamento de arrendadas via Portal.	Valter Oliveira da Cruz; Evandro Falção Martins; Felipe Luiz Vilela;	Até 25/04/2016	Necessário disponibilizar serviços básicos aos inscritos por meio da internet - de modo a evitar deslocamentos, retrabalho de senhas e espera do atendimento presencial - o que contribui para facilitar e agilizar o processo de comunicação entre Cores-Mg e inscritos, os quais são todos profissionais da área de saúde com tempo disponível escasso.	Unidades que operam atendimento aos inscritos, tais como: UIRC - Unidade de Inscrição, Registro e Cadastro; Unidade Financeira - UFIN, Ouvidoria, Delfis (fiscalização) e Proger (procuradoria geral). "Portal do Inscrito".	1- Desenvolver mecanismo de acesso ao portal (aplicativo) 2- Desenvolver aplicação para atualização de dados cadastrais 3- Desenvolver módulo de parcelamento por meio do Portal 4- Homologar com analistas UTI 5- Homologar com a diretoria 6- Homologar tratamento para UFIN, UIRC, PROGER e subseções 7- Configurar o servidor SIGWEB2 8- Programar balanceamento para servidores SIGWEB e SIGWEB2 9- Publicar em produção GO LIVE 10- Acompanhar sistema em produção para validação definitiva.	RS 8.000,00 Custo dos equipamentos
Desenvolver e implementar a FASE 2 do portal do inscrito. Benefício: viabilizar Impressão de certidões via Portal.	Evandro Falção Martins; Felipe Luiz Vilela; Valter Oliveira da Cruz;	Até 27/05/2016	Necessário proporcionar serviços básicos aos inscritos, via internet, como emissão de certidões negativas sobre situação relativa à inscrição, financeira, eleitoral e ética - facilitando e agilizando processo de resolução de problemas dos inscritos.	Unidade de Inscrição, Registro e Cadastro - UIRC "Portal do Inscrito"	1- Levantar os requisitos 2- Programar módulo de certidões 3- Homologar com as áreas envolvidas com a utilização 4- Publicar em produção - GO LIVE 5- Acompanhar módulo em produção para validação definitiva.	2 servidores virtuais Mão de obra para desenvolver sistemas e derivação de recursos humanos internos.
Desenvolver e implementar a FASE 3 do portal do inscrito. Benefício: viabilizar Agendamento de atendimento aos inscritos via Portal.	Evandro Falção Martins; Felipe Luiz Vilela; Valter Oliveira da Cruz;	Até 30/06/2016	Necessário disponibilizar, para os casos em que isso for necessário, a possibilidade de agendar atendimento presencial utilizando a internet - via "Portal do Inscrito" (site). Obs: Todos os objetivos relacionados, constantes neste Plano de Ação, foram efetivamente realizados dentro dos prazos previstos.	"Portal do Inscrito" (site do site Cores-MG) e UIRC - Unidade de Inscrição, Registro e Cadastro.	1- Levantar os requisitos 2- Programar o módulo de agendamento dos atendimentos 3- Configurar o painel de senhas da sede BH compatibilizando agendas 4- Homologar com as áreas envolvidas Uti, Delfis, Proger, UIFE 5- Publicar em produção na sede - GO LIVE / validação definitiva 6- Publicar em produção nas subseções - GO LIVE / validação.	

INDICADOR: Percentual crescente do volume de soluções via web X redução correspondente do atendimento presencial.

META: Incremento de 10% ao mês do volume de soluções via web, diminuição de 10% ao mês do presencial.

PDCA

Fase 02 – Fazer

1234

Executar o Plano de Ação elaborado: mencionar as ações implementadas com base nas ações e objetivos estabelecidos no Plano de Ação - "Planejar"

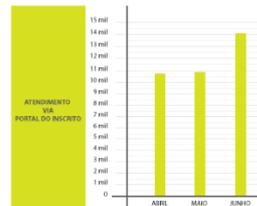
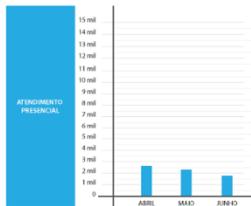
Ações	Recursos (humanos/materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
1- Elaborar os mecanismos de acesso ao portal 2- Elaborar aplicativo p/ atualizar dados cadastrais 3- Desenvolver módulo de parcelamento financeiro 4- Homologar com UTI e Diretoria; Homologar e treinar UFIN, UIRC, PROGER + 9 subseções (interior) 5- Configurar o servidor SIGWEB2 e programar balanceamento de servidores SIGWEB e SIGWEB2 6- Publicar em produção GO LIVE. Acompanhar sistema em produção p/ obter validação definitiva.	Profissionais da área de saúde - que constituem o público alvo de beneficiários do "Portal do inscrito" - foram entrevistados para realizar o levantamento de necessidades e a identificação de demandas. Equipes das Unidades envolvidas (UTI, UIRC, UFIN, UIFE, Delfis, RH - participaram de encontros para elaborar/desenvolver/monitorar Planos de Ação correlacionados ao projeto de Implementação do Portal do inscrito (realizado).	Valter - Coord. da Unid. de TI Graciela - Coord. Atendimento Luciana - Coord. Unid. Financeira Renata - Enf. Unid. Proc. Ético Andriana - Enfermeira Fiscal/OR Pércio - Gestão p/ Resultados/RH Felipe - Analista de Sistemas UTI Evandro - Coord. da UTI	25/04/2016 Ações 1, 2, 3, 4, 5, 6 - já concluídas. Objetivo realizado.	RS 8.000,00 Custo dos equipamentos 2 servidores virtuais Mão de obra para desenvolver sistemas e derivação de recursos humanos internos
1- Levantar os requisitos 2- Programar o módulo de certidões 3- Homologar com as áreas envolvidas 4- Publicar em produção - GO LIVE 5- Acompanhar módulo em produção	Coordenadores e funcionários de várias Unidades Coordenadores: Unidade de Inscrição, registro e cadastro (atendimento), procuradoria jurídica	Valter, Evandro e Felipe - Analistas Luciana - Coord. Unid. Financeira Renata - Enf. Unid. Proc. Ético Pércio - Gestão p/ Resultados/RH Andriana - Enfermeira Fiscal/OR Graciela - Coord. Atendimento	27/05/2016 Ações 1, 2, 3, 4, 5 - já concluídas. Objetivo realizado.	
1- Levantar os requisitos 2- Programar o módulo de agendamento 3- Configurar o painel de senhas da sede 4- Homologar com as áreas envolvidas 5- Publicar em produção na sede - GO LIVE 6- Publicar em produção nas subseções - GO LIVE	Analistas de sistema da UTI - Desenvolvedores Coordenadores: Unidade de Inscrição, registro e cadastro (atendimento), procuradoria jurídica Obs. 01: Na fase "planejar", bem como no acompanhamento das ações foi utilizada sistematicamente a técnica do brainstorming. Obs. 02: Todas as ações e objetivos projetados foram realizados dentro dos prazos previstos.	Evandro, Valter - Analistas de Sistemas e Coordenadores UTI Felipe - Analista de Sistemas UTI Pércio - Gestão p/ Resultados/RH Andriana - Enfermeira Fiscal/OR Graciela - Coord. Atendimento	30/06/2016 Ações 1, 2, 3, 4, 5, 6 - já concluídas. Objetivo realizado.	

PDCA

Fase 03 – Verificar

1234

2016		Atendimento Presencial			2016		Atendimento Portal do Inscrito		
Meses	Abril	Maio	Junho	Meses	Abril	Maio	Junho		
Emissão de Certidões	490	367	198	Emissão de Certidões	0	0	515		
Atendimento à questões financeiras	513	506	413	Atendimento à questões financeiras	10.856	10.970	13.519		
Total de atendimentos	2.584	2.387	1.977	Total de atendimentos	10.856	10.970	14.034		
Total de atendimentos (Período de abril a junho)	6.948			Total de atendimentos (Período de abril a junho)	35.960				
Total de atendimentos (Período de janeiro a junho)	16.296			Total de atendimentos (Período de janeiro a junho)	55.949				





PDCA

1234

- **Ganhos financeiros com este projeto:** conforme é possível verificar-se, houve um número expressivo de atendimentos por meio do Portal do Inscrito 55.949, contrastando com o número de 16.296 feitos, no mesmo período, de forma presencial. Registra-se portanto uma diferença de 13.217 horas profissionais de atendimento "economizadas" a partir do acesso por meio eletrônico. Este cálculo é obtido com tempo de 20 minutos por atendimento. Chega-se a uma estimativa de **redução real de custos** operacionais da ordem de **R\$ 183.716,00 no período avaliado, de janeiro** (fase inicial de teste do Portal) **até junho/2016** a qual é bastante significativa. É oportuno destacar que, no âmbito do serviço público princípios de economicidade e racionalidade administrativa são imperativos e imprescindíveis.
- **O que foi aprendido (não mensurável numericamente):** embora reconhecendo a importância dos ganhos financeiros, não podemos deixar de destacar os ganhos obtidos na qualidade de vida dos beneficiários. Grande parte dos inscritos no Conselho de Enfermagem de MG é composta por profissionais que trabalham em mais de um turno, ou exercem funções as quais exigem dedicação integral e, em ambas situações, se torna difícil e desgastante deslocar-se até a sede do Coren-MG para resolver questões que podem ser resolvidas à distância. Foi constatada ampla e crescente adesão às soluções virtuais - refletida em altos níveis de satisfação verificados.
- **As ações futuras e/ou revisões previstas:** é necessário prevenirmos e nos prepararmos para um futuro no qual recursos digitalizados colaborem, cada vez mais, para eliminar filas de espera e demoras no atendimento. A previsão a ser concretizada é a de atualizar continuamente recursos digitais, para prestar serviços cada vez mais qualificados - de modo a atender às demandas colocadas.
- **A manutenção do novo processo:** os resultados obtidos apontam na direção da manutenção e melhoria contínua do Portal do Inscrito. É prioritário valorizar e facilitar a vida e o tempo profissional dos que trabalham com a saúde.



FARMACOECONOMIA - FARMÁCIA

Sabrina Marques Rodrigues <sabrina.rodrigues@hmbm.org.br>

Catarina Yoko Saito

Daniela Nasu Monteiro Medeiros

Apresentação



PDCA

2

FARMACOECONOMIA

UTI PED / UCIN / UTI NEO /
PEDIATRIA

Sabrina Marques; Catarina Yoko Saito; Daniela Nasu Monteiro Medeiros
Fabio Eugenio dos Santos; Patricia Thomaz De Souza; Reginete Carvalho da Costa

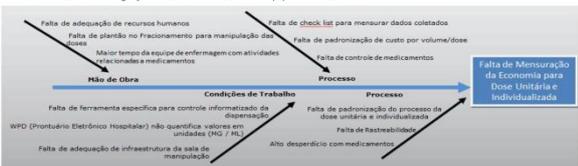


PDCA
Fase 01 – Planejar



2

Identificação do problema: As doses unitarizadas e individualizadas, dispensadas para as clínicas UCIN, UTI Neo, UTI Pediátrica e Pediatria, não eram até então mensuradas economicamente na instituição. Isso se deve por várias razões como: tempo, falta de ferramentas de quantificação e principalmente padronização dos valores das doses unitárias e individualizadas. Com esse projeto, vamos mensurar a real economia desse processo assistencial farmacêutico e destacar as tarefas a serem executadas pela Farmácia, mostrar a importância na diminuição dos estoques nas unidades assistenciais, ausência de devolução, uma vez que a dose tem prazo de administração, redução potencial de erros de medicação, já que a prescrição médica é triada por um farmacêutico e os frascos não ficam estocados nas unidades, redução de tempo do pessoal de enfermagem quanto as atividades com informações de medicamentos, redução dos custos com medicamentos, além do aumento da integração do Farmacêutico com a equipe assistencial e médica.



PDCA
Fase 01A – Planejar



2

Ação	O que	Por que	Como	Quem	Onde	Quando	Quanto Custa
1	Adequação da Planilha de mensuração de dados	Adicionar os dados coletados e mensurar economia gerada	Ferramenta Excel	Farmacêuticos	Farmácia Assistencial	10/2014	RS 0,00
2	Treinamento Farmacêuticos	Inserção e análise dos dados	Power Point/ Coleta de Dados	Farmacêuticos	Farmácia Assistencial	10/2014	RS 0,00
3	Orientação a Equipe Assistencial	Estabilidade de medicamentos, armazenamento e rastreabilidade	Descrição de processo em sistema institucional, consenso entre as áreas e evolução farmacêutica em sistema	Farmacêuticos	UTI Pediátrica UCIN UTI Neo Pediatría	03/2012	RS 0,00
4	Treinamento da triagem de PIM, farmacoeconomia, critérios de estabilidade e rastreabilidade	Cálculo de dose prescrita, diminuição do erro de medicação, redução de custo e controle de dispensação de medicamentos seguro	Descrição de processo em sistema institucional Aula Cálculo de dose/ Erro de Medicação/ Estabilidade	Coordenação Farmácia	Farmácia Assistencial	01/2014	RS 0,00
5	Adequação da infra estrutura da área	Seguir normas conforme RDC 67 quanto a manipulação de medicamentos	Realocação de área	Coordenação Farmácia	Fracionamento	01/2014	RS 0,00

Indicador: Custo anterior (quant. Anterior dispensada) - Custo atual (quant dispensada); Resultado em \$ a partir do valor unitário estabelecido por medicamento.

Meta: Redução 60% de economia nas unidades Pediátricas



PDCA
Fase 02 – Fazer



2

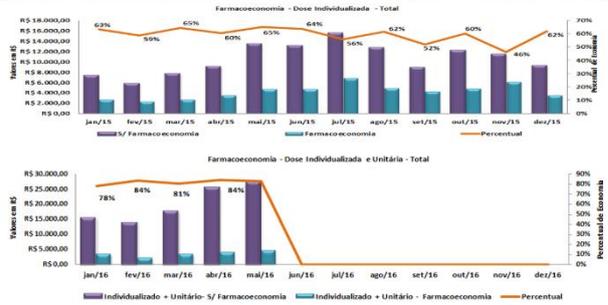
Ações	Recursos (humanos/ materiais)	Responsáveis (cargos)	Prazo	Investimento/Despesas (R\$)
Criação da Planilha para mensuração de dados	Excel, Sistema Esthos	Farmacêuticos Assistenciais	Concluído	R\$ 0,00
Treinamento dos farmacêuticos para as novas ferramentas de mensuração;	Power Point / Coleta de Dados	Gestor da Área - Farmácia	Concluído	R\$ 0,00
Informatização do fluxo de Dose Individualizada e Unitarizada	Power Point / Coleta de Dados/ Soft Expert	Farmacêuticos Assistenciais	Concluído	R\$ 0,00
Orientação da Equipe Assistencial	Power Point / Coleta de Dados/ Soft Expert	Gestor da área - Farmácia	Concluído	R\$ 0,00
Treinamento dos auxiliares de Farmácia	Power Point / Coleta de Dados	Farmacêuticos Assistenciais	Concluído	R\$ 0,00



PDCA
Fase 03 – Verificar



2



PDCA
Consolidar/Controlar



2

Os ganhos com este projeto, o que aprenderam com este projeto

- Diminuição dos estoques nas unidades assistenciais;
- Dose assertiva, sem possibilidade de devolução à farmácia;
- Redução potencial de erros de medicação;
- Reduz tempo do pessoal da enfermagem quanto às atividades com medicamentos e aumenta tempo beira leito;
- Redução de custos com medicamentos;
- Controle mais efetivo sobre medicamentos (rastreadabilidade);
- Atividade técnica que promove educação continuada dos colaboradores;
- Uso racional dos medicamentos;
- Maior integração do farmacêutico na equipe multiprofissional;
- Maior segurança no processo de diluição, dose e administração de medicamentos.

As ações futuras e/ou revisões previstas / manutenção (ou não) do novo processo

- Acréscimos de todas as medicações possíveis;
- Diminuir os pedidos à Farmácia dos frascos fechados;
- Mensuração conjunta de materiais gastos;
- Aumento do escopo para observação infantil;
- Treinamento periódico dos auxiliares de Farmácia quanto a conscientização da dispensação voltada a farmacoeconomia e segurança do paciente.



Comissão Executiva

Presidente

Sergio Dias Martuchi

Formação Acadêmica: Enfermagem - PUC Campinas

Especializações: Especialista em UTI - HCFMUSP Especialista em Enfermagem do Trauma - Título pela SOBET MBA Gestão em Saúde - INSPER

Mestrado: Mestrando em Saúde do Adulto - Urgência e Emergência - PROESA - Escola de Enfermagem da USP

Sociedades (afiliações, diretoria): COBEEM - Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência - Presidente

Vínculos de trabalho atuais: Gerente Assistencial de Urgência e Emergência - CEJAM Enfermeiro da Unidade de Suporte Avançado de Vida - GRAU - SES - SP

Vice-Presidente

Eliziete Del Passo Gorski

Formação Acadêmica: Enfermagem - Universidade Adventista de São Paulo - concluída em 2000

Especializações: Epidemiologia Hospitalar - Universidade Federal de São Paulo UNESP - concluído em 2005

Vínculos de trabalho atuais: Contratada no CEJAM desde 2006 atuando na gestão da Saúde Pública, como gestora de unidade de Saúde da Atenção Primária, em 2012 assumi como gestora da Gerência Técnica para acompanhamento dos contratos e convênios em diferentes municípios.

Vice-Presidente da Comissão Científica

Mario Santoro Junior

Formação Acadêmica: Médico graduado pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Especializações: Pós-graduado em Administração Hospitalar pelo PROHASA- Fundação Getúlio Vargas/ Hospital das Clínicas da FMUSP MBA em gestão dos Serviços de Saúde pela FAAP/ WHARTON UNIVERSITY Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria / AMB

Doutorado: Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Sociedades (afiliações, diretoria): Presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (gestão 92-94) Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (gestão 94-96) Titular da Academia Brasileira de Pediatria (cadeira 28) Titular da Academia de Medicina de São Paulo (cadeira 69)

Vínculos de trabalho atuais: Médico Supervisor Técnico.

Vice-Presidente da Comissão de Trabalhos Científicos

Anatalia Lopes de Oliveira Basile

Formação Acadêmica: Graduação em enfermagem pela Faculdade Adventista de Enfermagem

Especializações: Gestão em Saúde: Administração Hospitalar, Saúde Pública e Programa de Saúde da Família pelo Centro Universitário Ítalo Brasileiro - UNIITALO. Enfermagem obstétrica pela Universidade de São Paulo.

Mestrado: Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - com a tese "Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral-esquerda".

Doutorado: Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Com a tese "Riscos e benefícios maternos e neonatais das posições lateral-esquerda e vertical semi-sentada".

Sociedades (afiliações, diretoria): Inscrita no COREN - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo Bolsista da JICA - Agência de Cooperação Internacional do Japão¹

Vínculos de trabalho atuais: Coordenadora Geral do Programa Parto Seguro à Mãe Paulistana/Rede Cegonha no Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim

Vice-Presidente da Comissão Curso Pre-Simpósio

Fernanda Silva Fuscaldi

Formação Acadêmica: Bacharel em Enfermagem Universidade de São Paulo - USP - 2005

Especializações: IEP- Hospital Albert Einstein - Especialização em Enfermagem Clínica e Cirúrgica - 2007 IEP- Hospital Albert Einstein - Especialização em Gestão da Qualidade em Saúde - 2010 FAMESP - MBA Executivo em Gestão a Assistência à Saúde - 2014

Vínculos de trabalho atuais: OS CEJAM - Gerente de Qualidade Hospital M'Boi Mirim - Pesquisadora

Vice-Presidente da Comissão Organizacional e Social

Marciele Kaercher Lourenço

Formação Acadêmica: Gestão de Marketing- Faculdade Paulista 2010

Especializações: Pós Graduação em Administração e Organização de Eventos - Senac 2016

Comissão Científica

Vice-Presidente da Comissão Científica - Mario Santoro Junior

Antônio Augusto Peixoto de Souza

Formação Acadêmica: Graduação em Medicina (UNIRIO) – 1974

Especializações: Residência Médica Cirurgia Geral (Santa Casa do Rio de Janeiro) – 1976

Mestrado: Mestrado em Cirurgia Geral (UFRJ) – 1979

Doutorado: Doutorado em Cirurgia Geral (UFRJ) – 1983

Pós-Doutorado: PROF.º Associado (IV) - UFRJ

Sociedades (afiliações, diretoria): PROF.º Associado (IV) - UFRJ

Adriana Cristina Alvares

Formação Acadêmica: Enfermagem – Universidade Guarulhos – UNG – concluído em 2002

Especializações: Administração Hospitalar - UNAERP – concluído em 2004 Enfermagem em emergências – UNG – concluído em 2006

Alfredo Carlos Coletti

Formação Acadêmica: Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA/1993)

Especializações: Terapia Intensiva Adulta pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB/2005) e Administração Hospitalar pela Universidade Cidade de São Paulo (UNICID/2011).

Vínculos de trabalho atuais: Coordenador Médico na Gerência Técnica da Organização Social CEJAM.

Diana Moreira

Formação Acadêmica: Graduada em Enfermagem no ano de 2002, pela Universidade de Santo Amaro

Especializações: Especialista em Controle de Infecção Hospitalar

Mestrado: MBA em Gestão de Serviços de Saúde

Sociedades (afiliações, diretoria): Experiência de trabalho na área de Educação Permanente e Gestão de Serviços de Saúde

Comissão de Trabalhos Científicos

Vice-Presidente da Comissão de Trabalhos Científicos - Anatalia Lopes de Oliveira Basile

Márcio Viçoso Barcello Duarte

Formação Acadêmica: Graduação Em Medicina (ufrj) – 1984

Especializações: Especialista Em Medicina Intensiva (amib) – 1995

Especialista Em Gestão Estratégica Nas Organizações De Saúde (mba-universidade Estácio De Sá) – 2004

Sociedades (afiliações, diretoria): Coronel Médico - Cbmerj

Diana Moreira

Formação Acadêmica: Graduada em Enfermagem no ano de 2002, pela Universidade de Santo Amaro

Especializações: Especialista em Controle de Infecção Hospitalar

Mestrado: MBA em Gestão de Serviços de Saúde

Sociedades (afiliações, diretoria): Experiência de trabalho na área de Educação Permanente e Gestão de Serviços de Saúde

Maria Elizabete Serejo de Sousa

Formação Acadêmica: Graduação em Enfermagem (UFF) – 1999

Especializações: Especialização em UTI (UERJ) - 2001 Especialização em Enfermagem do Trabalho (Gama Filho) - 2009

Patrícia do Nascimento Almeida

Formação Acadêmica: Graduação em Enfermagem (UNIGRANRIO) – 2008

Especializações: Especialização em Auditoria (CELSO LISBOA) – 2013 Especialização em Enfermagem do Trabalho (UNIGRANRIO) - 2014

Bruna Azevedo de Araujo

Formação Acadêmica: Farmacêutica

Especializações: Farmácia Clínica – Hospital Israelita Albert Einstein

Francisco José Santos Maia

Formação Acadêmica: Graduação Em Medicina (ufrj) – 1978

Especializações: Residência Médica Cirurgia Geral (ufrj) – 1981

Mestrado: Mestrado Em Cirurgia Geral (ufrj) – 1983

Doutorado: Doutorado Em Cirurgia Geral (ufrj) – 1986

Pós-Doutorado: Pós-doutorado (duke University) – 1991

Sociedades (afiliações, diretoria): prof.º Titular Faculdade De Medicina Uff – Desde 1994

Vínculos de trabalho atuais: Livre Docência (uerj) – 1989

Prof.º Titular Faculdade De Medicina Uff – Desde 1994

Caroline Carapiá Ribas Lisboa

Formação Acadêmica: Enfermeira

Especializações: Saúde Coletiva Com Ênfase Em Psf – Unasp

Promoção Da Saúde – Faculdade De Medicina Da Usp – Fmusp

Mba Em Liderança – Unasp

Facilitadora Em Educação Permanente - Fiocruz

Mestrado: Liderança – Andrews University

Saúde Coletiva – Instituto De Saúde Do Estado De São Paulo

Sociedades (afiliações, diretoria): Associação Paulista De Saúde Pública - Apsp

Vínculos de trabalho atuais: Gerente Administrativa Regional – Cejam

Docente Do Curso De Pós Graduação Enfermagem Em Saúde Coletiva - Unasp

José Rogério Beier

Formação Acadêmica: Sou bacharel em História pela Universidade de São Paulo (2011); licenciado em História pela Universidade de São Paulo (2014); mestre em História Social pela Universidade de São Paulo (2015). Atualmente desenvolvo

pesquisa de doutorado pelo programa de História Econômica também pela Universidade de São Paulo.

Mestrado: História Social pela Universidade de São Paulo (2015).

Doutorado: Doutorando em História Econômica pela Universidade de São Paulo.

Vínculos de trabalho atuais: Atualmente atuo como professor das disciplinas de TCC e Metodologia do Trabalho Científico nos cursos de pós-graduação da AESP e de especialização do CEJAM. Também atuo como pesquisador ligado ao Laboratório de Estudos de Cartografia Histórica, da Universidade de São Paulo, sob a coordenação da Profa. Dra. Iris Kantor.

Aline Yukari Kurihayashi

Formação Acadêmica: Graduada em nutrição pela Universidade de São Paulo

Mestrado: Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Doutorado: Doutoranda em Cuidados em Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Vínculos de trabalho atuais: Sócia Diretora do Instituto Nutrição ComCiência, membro do Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva - EE/USP, Nutricionista do Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher do Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim.

Comissão Curso Pre-Simposio

Vice-Presidente da Comissão Curso Pre-Simposio - Fernanda Silva Fuscaldi

Cristiane de Alencar Domingues

Formação Acadêmica: Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Mestrado: Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP

Doutorado: Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP

Sociedades (afiliações, diretoria): Afiliações: COBEEM, Society of Trauma Nurses Diretoria: Conselho Diretivo da Sociedade Panamericana de Trauma Chefe do Subcomitê de Enfermagem da Sociedade Panamericana de Trauma

Vínculos de trabalho atuais: Coordenadora do Comitê de Trauma Brasileiro do Colégio Americano de Cirurgias Professora nos Cursos de Medicina e Enfermagem da Faculdade das Américas

Gleiciane Sant'anna Vargas

Formação Acadêmica: Graduação em Enfermagem (UNIPLI) – 2008

Especializações: Especialização em Enfermagem do Trabalho (UNIPLI) - 2011 Especialização em CCIH (UFF) – 2012

Mestrado: Mestrado em Saúde Materno-Infantil (UFF) – 2015

Mario Maia Bracco

Formação Acadêmica: Medicina

Especializações: Médico Pediatra

Mestrado: Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente – Faculdade Ciências Médicas – UNICAMP

Doutorado: Doutor em Ciências – Escola Paulista de Medicina – UNIFESP e Centers for Disease Control and Prevention – CDC – USA.

Vínculos de trabalho atuais: Médico Pesquisador II – IIEP Albert Einstein Coordenador de Pesquisa – Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch – M'Boi Mirim Diretor Clínico - Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch – M'Boi Mirim

Sandra Ferreira Silva de Almeida

Formação Acadêmica: Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (1996)

Especializações: Pós graduada em Enfermagem Obstétrica pela EPM – UNIFESP (1997)

Mestrado: Mestre em Enfermagem pela USP (2002) – Área Enfermagem Obstétrica e Neonatal

Sociedades (afiliações, diretoria): COREN – Conselho Regional de Enfermagem: COREN/SP: 75.428

Vínculos de trabalho atuais: Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim – Enfermeira Supervisora Técnica Administrativa do Parto Seguro à Mãe Paulistana desde 2012.

Alberto Jorge de Sousa Guimarães

Formação Acadêmica: Médico graduado pela Faculdade de Medicina em Teresópolis (1989).

Especializações: Título de ginecologia e obstetrícia pela FEBRASGO.

Mestrado: Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Medicina, UNIFESP.

Doutorado: Matriculado na pós-graduação nível doutorado pela Escola Paulista de Medicina, UNIFESP.

Sociedades (afiliações, diretoria): Afiliações: FEBRASGO, membro titular da Sociedade Brasileira de Radiologia, Secretário do Comitê de Sexualidade Humana da APM.

Vínculos de trabalho atuais: Gerente Médico no Convênio Parto Seguro à Mãe Paulistana no Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim. Fundador do Programa “Parto Sem medo” - um novo modelo de assistência à parturiente, enfatizando o parto como um evento de máxima feminilidade, quando a mulher e bebê são os protagonistas. Um conceito de ambiente calmo, tranquilo e com privacidade, onde mãe e bebê vivenciam o parto de forma livre, espontânea e ativa.

Comissão Organizacional e Social

Vice-Presidente da Comissão Organizacional e Social - Marciele Kaercher Lourenço

Luiz Fernando Colombelli Albuquerque

Formação Acadêmica: Engenharia de Computação

Especializações: Tecnologia da Informação aplicada a Gestão Estratégica de Negócios

Vínculos de trabalho atuais: Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”

Tatiane Gomes da Silva

Formação Acadêmica: Serviço Social – Faculdade Paulista de Serviço Social (FAPSS-SP)

Especializações: MBA Gestão de Projetos Fundação do Instituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo – FIPT. MBA Gestão Estratégica da Sustentabilidade Empresarial e da Governança Corporativa Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Sociedades (afiliações, diretoria): Membro Efetivo da Assembleia Geral do CEJAM

Vínculos de trabalho atuais: Instituto de Responsabilidade Social CEJAM

Carlos Marcelo Neves da Silva

Formação Acadêmica: Enfermagem – Faculdade Adventista de Ensino / 1988

Especializações: Habilitação medico cirúrgico /1988

Luciana Zambuzi

Formação Acadêmica: Graduada em Letras (Português/Alemão) pela UNESP e em Jornalismo com ênfase em Jornalismo Esportivo e Negócios do Esporte na FMU

Especializações: MBA em Marketing pela UNIP Cursos de atualização como Comunicação Empresarial pela ESPM e pela FGV

Vínculos de trabalho atuais: Assessora de Comunicação, Imprensa e Eventos CEJAM



CEJAM

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