

ANAIS



6º SIMPÓSIO CIENTÍFICO

DIGITAL

CEJAM **2018**

OS DESAFIOS DA SAÚDE NO SÉCULO XXI



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:

Digital na TV CEJAM – Simpósio Virtual na Internet

https://www.youtube.com/channel/UCodFXSOY_01Ug0y4ER7G1XQ

Data:

18 e 19 de outubro de 2018

Tema:

Os Desafios da Saúde no Século XXI

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Simpósio Científico Internacional CEJAM: Os Desafios da Saúde no Século XXI. (6. : 2018: São Paulo, SP).

Anais do 6º Simpósio Científico Internacional CEJAM: Desafios da Saúde no Século XXI, de 18 a 19 de outubro de 2018. Resumos dos Projetos de Melhoria Contínua – São Paulo: CEJAM, 2018.

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

126 p.

ISSN online: 2526-1991

1. Saúde - Eventos.

CDU

Sumário

Sumário	3
Carta da Superintendência.....	6
Carta do Presidente do Simpósio	6
Prêmio Dr. João Amorim.....	7
Trabalhos Científicos.....	7
Relato de Caso	7
Trabalhos Científicos	8
O TOQUE COMO MÉTODO TERAPÊUTICO NO AMBIENTE HOSPITALAR - REABILITAÇÃO/CUIDADOS INTENSIVOS	8
INSERÇÃO DO DIU PELA ENFERMEIRA OBSTETRA NO PÓS-PARTO IMEDIATO: RELATO DE EXPERIÊNCIA - SAÚDE DA MULHER.....	10
O ACOMPANHANTE DO PARTO E PÓS-PARTO NA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL DE ENSINO - SAÚDE DA MULHER	11
GESTANTES E PUÉRPERAS COM HIV/AIDS E A NÃO AMAMENTAÇÃO - SAÚDE MATERNO-INFANTIL	13
A UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O MANEJO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO.....	15
MELHORIA NO TEMPO DE ESPERA DO PACIENTE PARA ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO TÉCNICA ACOLHEDORA.....	17
IMPACTO DA ATUAÇÃO DO NASF NO ALCANCE DA EQUIDADE E INTEGRALIDADE NOS ATENDIMENTOS DE FISIOTERAPIA - Gestão	22
DENSIDADE DAS CÉLULAS INTERSTICIAIS DE CAJAL COMO FATOR PROGNÓSTICO EM PACIENTES COM ESTENOSE DA JUNÇÃO PIELOURETERAL.....	24
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DESFECHO DE SEGUIMENTO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA PSICOLOGIA EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO	26
INCIDÊNCIA DE GESTANTES COLONIZADAS COM STREPTOCOCCUS DO GRUPO B DURANTE O PRÉ-NATAL	29
EDUCAÇÃO PERMANENTE: VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR E FORTALECIMENTO DO SUS - Atenção Especializada, Saúde Mental.....	31
GESTÃO DA QUALIDADE NA PRÁTICA ASSISTENCIAL: MAIOR EXCELÊNCIA COM MENOS RECURSOS - Urgência/Emergência	33
ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAMENTO DO ABSENTISMO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - Atenção Especializada	35
MEDIDAS PARA A REDUÇÃO DE CESÁREAS DESNECESSÁRIAS - SAÚDE MATERNO- INFANTIL	37

GESTÃO DA FILA DE ESPERA DE NUTRIÇÃO: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA NA ATENÇÃO BÁSICA - Gestão	39
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO GRUPO PARA GESTANTE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	41
A CONTRIBUIÇÃO DOS REGISTROS NA MELHORIA DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO - ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/ ADMINISTRAÇÃO	43
OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO DE RASTREABILIDADE DE PRONTUÁRIOS ATRAVÉS DA TECNOLOGIA DE LEITOR DE CÓDIGO DE BARRAS - ESF/ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS	46
CONSULTA DE ENFERMAGEM PÓS-OPERATÓRIA AMBULATORIAL COMO INSTRUMENTO DE RASTREABILIDADE DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO - ATENÇÃO ESPECIALIZADA	49
IMPLANTAÇÃO E ASSERTIVIDADE NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA - Urgência/Emergência	53
SÍFILIS CONGÊNITA E O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE RN: POSSÍVEIS ALTERAÇÕES E A INTERVENÇÃO PRECOCE	55
CANECÓDROMO, UMA AÇÃO PARA REDUÇÃO DO DESCARTE DE PLÁSTICO - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA - GESTÃO E MEIO AMBIENTE	59
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS - Atenção Especializada, Saúde Mental	61
ACOMPANHAMENTO DA PACIENTE INSULINODEPENDENTE DO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMBULATORIAL	63
GERENCIAMENTO HOSPITALAR DURANTE A CRISE FINANCEIRA EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO	65
A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NO ALINHAMENTO DO TRABALHO FRENTE A SEGURANÇA DO PACIENTE DE UM AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO	67
METODOLOGIA DE DIAGNÓSTICO SOCIOAMBIENTAL TERRITORIAL PARA EQUIPES ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - GESTÃO E MEIO AMBIENTE	70
OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS ATRAVÉS DA ALTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	72
TABAGISMO: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ABORDAGEM INTENSIVA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - SAÚDE MENTAL	78
SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: REDUZINDO A SÍFILIS CONGÊNITA NA CIDADE DE SÃO PAULO	80
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: O TRATAMENTO DE GRUPO PSICOTERAPÊUTICO	82
IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO PARA O USUÁRIO SUBMETIDO À FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	83
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DE UM CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL. - ATENÇÃO ESPECIALIZADA	85

COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS E NEONATAIS RELACIONADAS À INFECÇÃO POR STREPTOCOCCUS NA GESTAÇÃO.....	89
A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	92
DIFICULDADES VIVENCIADAS PELA MULHER MODERNA NO ÂMBITO DA SAÚDE REPRODUTIVA	95
O ACOLHIMENTO COM A GESTÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO	97
QUALIFICAÇÃO DO CME DO HD RHC M'BOI MIRIM I PARA PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO A VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO	102
A EFICÁCIA DA FERRAMENTA DE RASTREABILIDADE DE PRONTUÁRIOS NA UBS VILA CALU.....	104
Relatos de Caso.....	106
USO DE DIFERENTES ESTRATÉGIAS PARA CAPACITAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	106
RASTREABILIDADE E KITS INDIVIDUALIZADOS COMO FERRAMENTA DE CONTROLE DE PROCESSO EM SETOR DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA - Atenção Hospitalar.....	108
QUEBRANDO PARADIGMAS: VIOLÊNCIA - NÃO FIQUE EM SILÊNCIO.....	112
UBS MAIS VERDE MARACÁ.....	114
O DESAFIO DAS PARCERIAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	116
INSERÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO ENFERMEIRO OBSTETRA "TRAINEE" EM HOSPITAIS.....	118
ARBORIVIDA	120
ACUPUNTURA, AUTOMASSAGEM E AURICULOTERAPIA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO TERRITÓRIO.....	121
GESTÃO E AUDITORIA DE PRONTUÁRIOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	123
COMISSÃO ORGANIZADORA	125
COMISSÃO CIENTÍFICA	125
APOIO	125
COMISSÃO AVALIADORA	125

Carta da Superintendência

Atualização dos profissionais de saúde e o incentivo à produção científica são os principais objetivos do Simpósio Científico Digital CEJAM, que chega a sua 6ª edição, em outubro de 2018

Na busca pela inovação e com a inserção cada vez maior de nossa Instituição em novas tecnologias, o 6º Simpósio foi idealizado de forma que o conhecimento pudesse chegar a todos. Por isso, teremos um evento digital, onde todas as atividades desenvolvidas ficarão à disposição em nossa página oficial no Facebook e no canal do CEJAM no YouTube, a TV CEJAM.

Neste ano, o evento abordou o tema: “Os Desafios da Saúde no Século XXI”, com apresentações e debates sobre o assunto com renomados profissionais. Além do reconhecimento e premiação dos melhores trabalhos científicos desenvolvidos por nossos colaboradores.

Dr. Fernando Proença de Gouvea

Carta do Presidente do Simpósio

Consciente que desde o início o incentivo à produção científica está entre nossos mais elevados objetivos tanto quanto também o incentivo à atualização científica de seus colaboradores, o CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim vem realizando periodicamente os Simpósios Científicos, atualmente com perfil Internacional. O VI SIMPÓSIO CIENTÍFICO realizado este ano inovou. Acompanhando a tendência global que vem implementando cada vez mais o formato digital, o nosso Simpósio pela primeira vez assumiu este formato. Os resultados obtidos demonstram que a escolha foi absolutamente correta. Permitiu maior acesso do público alvo bem como perenizou as apresentações na medida em que todas ficaram disponíveis na rede global. Com este evento 100% digital o CEJAM demonstra sua busca pela constante inovação tecnológica. Nossas avaliações demonstraram a aprovação elevada do público participante. Além do formato digital o sucesso obtido também foi consequência tanto do tema escolhido: “Os Desafios da Saúde no século XXI” quanto dos renomados profissionais que foram convidados para debater os diferentes assuntos. Estes, muito oportunos para o cotidiano de nosso comprometimento em dispensar as melhores atenções para alcançar os parâmetros que indicam nossa excelência no atendimento. Com 10 horas de conteúdos gravados as estimativas indicam que atingimos 199.908 pessoas. Com cerca de 100 trabalhos apresentados, sobretudo pelos nossos colaboradores, sentimos que a produção científica é já uma realidade na nossa rede de atenção, consolidando ao lado da assistência e do ensino o tripé fundamental no campo da saúde.

De resto, sentimos a obrigação de agradecer a todos- Comissões envolvidas na realização deste Simpósio, palestrantes que conferiram o alto nível científico alcançado e o público que nos dispensaram sua atenção.

Prof. Dr. Mario Santoro Junior

Presidente do VI Simpósio Científico Internacional CEJAM



Prêmio Dr. João Amorim

Trabalhos Científicos

1º lugar: ["O toque como método terapêutico no ambiente hospitalar"](#) Ana Vilma de André Agostinho (CEJAM/Parto Seguro - São Paulo/SP)

2º lugar: ["Inserção do DIU pela enfermeira obstetra no pós-parto imediato: relato de experiência"](#) Michelle Carreira Marcelino (CEJAM/Parto Seguro - São Paulo/SP)

3º lugar: ["O acompanhante do parto e pós-parto na maternidade de um hospital de ensino"](#) Aline Morgado Olivi (Hospital Universitário de São Paulo - São Paulo/SP)

Relato de Caso

1º lugar: ["Uso de diferentes estratégias para capacitação em Assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto: Relato de experiência"](#) Carmem Lucia Mollica (CEJAM/Parto Seguro - São Paulo/SP)

2º lugar: ["Rastreabilidade e Kits individualizados como ferramenta de controle de processo em setor de Endoscopia e Colonoscopia"](#) Fabiana Teodoro de Almeida (Hospital Dia - Rede Hora Certa Campo Limpo - São Paulo/SP)

3º lugar: ["Quebrando Paradigmas: Violência - não fique em silêncio"](#) Ana Paula Basilio Tavares (UBS Luar do Sertão - São Paulo/SP)

Trabalhos Científicos



O TOQUE COMO MÉTODO TERAPÊUTICO NO AMBIENTE HOSPITALAR - REABILITAÇÃO/CUIDADOS INTENSIVOS

Keila Barros Braga Stange <keila.barros@cejam.org.br>; Ana Vilma de Andre Agostinho

Palavras Chave: Toque Terapêutico e Enfermagem.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

O toque é uma das primeiras terapêuticas descobertas. Estudos científicos demonstram que a estimulação pelo toque é necessária para o nosso bem-estar físico ou emocional. O toque físico não é apenas agradável, ele é necessário¹. O enfermeiro, por ser o profissional que mais interage com o paciente, deve necessariamente estabelecer uma forma de contato que transcende os procedimentos técnicos, buscando para tal estabelecer de forma empática a relação enfermeiro/paciente². Assim, acreditamos que o cuidado ao paciente enfermo, em um contexto moderno, não deve ser direcionado somente à patologia e aos cuidados referentes a ela, mas deve voltar-se à assistência humanizada vendo o ser humano como um ser holístico. Diante de tais considerações e acreditando ser uma ferramenta para a enfermagem a utilização do Toque Terapêutico, é que propomos o desenvolvimento do presente estudo como uma forma de oferecer aos profissionais de enfermagem subsídios teóricos para complementar sua prática diária no ambiente hospitalar.

OBJETIVO

Verificar na literatura de enfermagem existente a influência do Toque Terapêutico no ambiente hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa a respeito do tema Influência do Toque Terapêutico no Ambiente Hospitalar. Essa revisão foi feita por leituras exploratórias e seletivas do material de pesquisa indexado nos bancos de dados acessados eletronicamente LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library On-line). A revisão integrativa é a revisão dos estudos disponíveis sobre um tópico em particular e permite o agrupamento das evidências na prática clínica. Como toda revisão, esse método também tem a finalidade de reunir resultados, analisá-los de maneira sistemática e extrair a conclusão. Critérios de Inclusão: Considerado o período de publicação dos artigos entre os anos de 1996 e 2011. Percebemos dificuldades para encontrar referências bibliográficas sobre o objeto de estudo, pois havia escassez de trabalhos científicos. Foram utilizados os seguintes descritores: Toque Terapêutico, Unidade de Terapia Intensiva e Enfermagem, consultadas na lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Efetuou-se a leitura seletiva, a qual permitiu determinar qual o material bibliográfico de interesse para a revisão. Em um segundo momento, procedeu-se à leitura na íntegra dos artigos com avaliação sistemática e, ao final, foi feita uma análise crítica para a elaboração do tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Humanização no ambiente Hospitalar: O ponto básico na humanização é a comunicação e o relacionamento entre as pessoas, baseados no respeito das próprias individualidades, expressando-se por meio de gestos de amor, do ouvir o dito e não dito, do observar, tomando como veículo as técnicas, que só serão humanizadoras se houver o envolvimento do profissional com o cliente³. A influência do Toque Terapêutico no ambiente hospitalar: Estudo mostra elevações nos níveis sanguíneos da hemoglobina e indicaram com segurança a ocorrência de alterações bioenergéticas e fisiológicas produzidas pelo Toque

Terapêutico. E ainda o consideram uma terapia alternativa¹. Estudo que aborda o Toque terapêutico na cicatrização de feridas, mostra a eficiência do Toque Terapêutico nos seguintes casos: aumento do nível de hemoglobina, promoção de maior sensibilidade, integração e carinho mútuos em famílias; redução ou erradicação dos processos dolorosos; tratamento de sintomas da TPM (Tensão-Menstrual) e de infecções oportunistas de pessoas com o vírus HIV; alívio das cólicas dos bebês; redução de ansiedade; redução da intensidade da dor e dos escores de autoavaliação de depressão e aumento da positividade do significado da dor crônica não-neoplásica; diminuição dos efeitos da quimioterapia em mulheres portadoras de câncer de mama^{1;4}. Segundo um estudo realizado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, observou-se que é cada vez mais forte a tendência de os profissionais estarem atentos à introdução de condutas dirigidas ao estabelecimento do contato e interação entre mãe e filho. Dessa forma, a enfermagem incentiva mães a tocarem e pegarem seus filhos no colo⁵.

CONCLUSÃO

Ao realizarmos o presente estudo, defrontamo-nos, com dificuldades em encontrar na literatura produção científica sobre o objeto de estudo; isso fortaleceu o interesse em desenvolver uma pesquisa relacionada com o tema. O toque tem raízes na filosofia oriental. A prática do Heiki, Massoterapia, Shantalla e outras, são técnicas milenares do Oriente. E mesmo que cada cultura entenda o toque de maneiras diferentes, acreditamos que ele é necessário para o ser humano. Os benefícios imunológicos e fisiológicos produzidos pelo toque são apresentados segundo evidências já demonstradas, e complementam que o toque terapêutico está envolvido na promoção de maior sensibilidade e integração e carinho em família^{1;4}. Acreditamos, por estar há alguns anos no ambiente hospitalar na assistência a gestantes, puérperas e recém-nascidos, que o benefício do Toque Terapêutico está no poder de calma que transmite. Este trabalho foi na verdade um estímulo para a produção de mais estudos na área, uma vez que os trabalhos aqui abordados e estudados nos mostraram seus inúmeros benefícios no cuidado aos pacientes. Ressaltamos a importância da realização de mais pesquisas sobre este objeto de estudo, o que acreditamos que poderá contribuir no resgate do sentido do cuidar humanizado.

REFERÊNCIAS

- 1- Pacheco, S C C; Viegas, S M F S.; Rosa, Z M M. Toque Terapêutico-fundamentação e aplicabilidade em enfermagem. Nursing, nov. 1999. n. 224.
- 2- Dias, A. B. et al. O toque afetivo na visão do enfermeiro. Ver Bras Enferm. set./out. 2008. Brasília, v. 61, n. 5, p. 603- 7.
- 3 - Oliveira, M E; Zampieri, M F M; Brugermmam, O M A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.
- 4- Saviato, M S; Silva, M J P Toque terapêutico na cicatrização de lesões da pele de cobaias. Revista Bras Enferm, Brasília, maio/jun. 2004 v. 57, n. 3, p. 340-3.
- 5- Scochi, C G S et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Rev. Latino-am. Enferm, Ribeirão Preto, jul./ago. 2003 v. 11 n. 4.



INSERÇÃO DO DIU PELA ENFERMEIRA OBSTETRA NO PÓS-PARTO IMEDIATO: RELATO DE EXPERIÊNCIA - SAÚDE DA MULHER

Michelle Carreira Marcelino <michelle.carreira@cejam.org.br>; Cristiane Akiko Otaguro

Palavras-chave: período pós-parto, anticoncepção, enfermagem obstétrica

INTRODUÇÃO

O dispositivo intrauterino – DIU é um objeto pequeno de plástico flexível, em forma de T, que mede aproximadamente 31 mm, ao qual pode ser adicionado cobre ou hormônios que, inserido na cavidade uterina, exerce função contraceptiva. É um dos métodos de planejamento familiar mais usados em todo o mundo. É tecnicamente simples, prático e sem efeitos colaterais sistêmicos e que pode ser usado pela grande maioria das mulheres, mesmo lactantes. A seleção adequada da usuária e a inserção cuidadosa, realizada por profissional treinado e experiente, melhoram a eficácia, a continuidade de uso e a segurança do método. No pós-parto imediato o DIU pode ser inserido logo após a expulsão da placenta. O DIU de cobre é disponibilizado às maternidades integrantes do SUS, para anticoncepção pós-parto (APP) imediato que deverá ocorrer no período entre 10 (dez) minutos a 48 (quarenta e oito) horas que sucederem o parto.

OBJETIVO

Relatar a experiência de uma enfermeira obstetra capacitada no processo de inserção do DIU, desde a sua oferta até a colocação no pós-parto imediato. **MÉTODO:** Estudo de natureza descritiva tipo relato de experiência de uma enfermeira obstetra capacitada acerca da colocação do DIU no pós-parto imediato, realizada no Centro Obstétrico de um hospital municipal de Alto Risco na zona leste da cidade de São Paulo. **RESULTADOS:** Após o treinamento teórico do Protocolo de Inserção do DIU, iniciou-se o trabalho de orientação do método às gestantes, ainda antes da internação, no Acolhimento do Pronto-Socorro Obstétrico. A enfermeira relatou insegurança na abordagem inicial pois não sabia como seria a aceitação do método tanto pelas puérperas como pelos demais profissionais da saúde, imaginando que teria que enfrentar algumas barreiras, como aceitação, mitos e desconhecimento do método. Ela ainda relatou que, se as gestantes tivessem alguma orientação dos métodos contraceptivos durante o Pré-natal, a abordagem seria mais fácil. No decorrer do processo ela foi adquirindo mais habilidade técnica e, portanto, se sentia mais segura e confiante tanto nas orientações às pacientes como nas inserções do dispositivo. Ao final do processo da capacitação teórico-prática, a profissional descreveu um sentimento de valorização, felicidade, gratidão, como sensação de um dever cumprido por oferecer àquelas mulheres uma assistência humanizada na Atenção Integral à sua saúde.

DISCUSSÃO

As mulheres que querem iniciar contracepção intrauterina no puerpério podem se beneficiar com a inserção de um DIU imediatamente depois do parto. A inserção logo após a dequitação da placenta reduz significativamente o risco de gravidez e elimina a necessidade de uma consulta de retorno para iniciar a contracepção. Sem a opção da inserção imediata do DIU, muitas mulheres podem nunca retornar às clínicas de saúde ou podem acabar adotando métodos contraceptivos menos efetivos. A inserção do DIU pode ser realizada por enfermeiro(a) e médico(a). O enfermeiro, após treinamento, está apto a realizar consulta clínica e a prescrever e inserir o DIU como ações de intraconsulta.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste trabalho permitiu à enfermeira obstetra percepções positivas e gratificantes na inserção do DIU, contribuindo para uma possível redução nas taxas de gestações não planejadas, assim como ser uma facilitadora e multiplicadora no processo através da abordagem direta, desmistificando qualquer crença e reforçando as vantagens do método com orientações e esclarecimentos à população que desconhecem o método ou tenham qualquer mito a respeito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva .Brasília ,2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 3265, de 1 de dezembro de 2017. Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [portaria na internet]. Diário Oficial da União 1 de dezembro de 2017 [acesso em 31 de julho de 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html.
3. Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HAAM. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD003036. DOI: 10.1002/14651858.CD003036.pub3.
4. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer nº 17/2010. Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do Cofen, para análise e emissão de Parecer sobre a “viabilidade dos Enfermeiros realizarem procedimentos com Medicamentos e Insumos para Planejamento Familiar Reprodutivo”. Brasília, 11 nov. 2010. [acesso em 03 de agosto de 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctln_6148.html



O ACOMPANHANTE DO PARTO E PÓS-PARTO NA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL DE ENSINO - SAÚDE DA MULHER

Aline Morgado Olivi <alinemolivi@gmail.com>; Zaira Prado Daud <zaira.daud@cejam.org.br>

Palavra Chave: Humanização da assistência. Acompanhantes do paciente. Apoio social. Direitos do paciente.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Em 2005, foi sancionada pelo Ministério da Saúde (MS), a Lei nº 11.108, que estabelece a obrigatoriedade em permitir a presença de um acompanhante de escolha da mulher durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nas instituições de saúde pública brasileira¹. A presença do acompanhante destina-se, sobretudo, a proporcionar suporte emocional (tranquilizar e encorajar) e apoio físico (realizar massagens aliviadoras da dor, segurar a mão, caminhar junto, entre outros)^{2,3}. De modo geral, os acompanhantes e as próprias mulheres têm consciência da necessidade de estarem juntos e do apoio que podem oferecer / receber², mas ao se depararem com o serviço acabam “adequando-se” às suas normas e por questões hierárquicas e/ou medo acatam tudo o que é dito, deixando de lado o seu papel ativo no suporte. Atuando no setor de maternidade de um hospital universitário de São Paulo, onde a presença do acompanhante é incentivada, observamos diferentes manifestações de reações emocionais que denotam desconhecimento ou insegurança quanto ao seu papel junto à mulher durante o parto e após, no puerpério. Considerando o descrito acima, sentimos necessidade de dimensionar a inserção do acompanhante no processo da parturição e no período do pós-parto nesse cenário de hospital de ensino, que conta com diferentes atores como provedores do cuidado às mulheres. Além disso, consideramos relevante conhecer melhor quem são esses acompanhantes, quais são as facilidades e dificuldades para que possam desempenhar o seu papel com segurança. Questionamos ainda: as informações fornecidas ao acompanhante são suficientes para que sua inserção como suporte para a mulher no trabalho de parto e no parto seja efetiva? Assim, propomos o presente estudo a fim de oferecer subsídios para a elaboração de estratégias institucionais acerca das atividades a serem executadas durante a internação hospitalar, o que permitiria ao acompanhante desempenhar seu papel de forma ativa e não apenas como um figurante.

OBJETIVO

Caracterizar o perfil dos acompanhantes no parto e pós-parto de mulheres atendidas em um hospital de ensino; Identificar as ações de apoio desenvolvidas pelo acompanhante junto à mulher e verificar as percepções do acompanhante no contexto da assistência ao parto e pós-parto.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório, descritivo, realizado em uma maternidade de hospital de ensino público do Município de São Paulo, na qual a presença do acompanhante de livre escolha está instituída para todas as mulheres que procuram assistência obstétrica. A população de estudo foi constituída por acompanhantes de mulheres que receberam assistência ao parto e pós-parto na maternidade e para a caracterização da amostra foram incluídos acompanhantes que permaneceram com a mulher durante todo esse processo no mês de outubro de 2016. Os dados foram obtidos por meio de entrevista com os acompanhantes utilizando um formulário específico que contém questões sobre dados de identificação do acompanhante e da sua experiência junto à mulher. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética atendendo às exigências definidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

RESULTADOS

A presença de acompanhante foi observada em 81,8%; parceiros 73,6%; mãe 15,2%; média da idade e escolaridade 31,6 anos e 9,6 anos, respectivamente; 63,9% com emprego formal; 62,5% conhecem/ouviram falar da lei do acompanhante; 66,7% participaram de consultas pré-natais; 32,6% já tinham experiência como acompanhante no parto; 93,8% das mulheres escolheram o acompanhante. As ações desenvolvidas foram: apoio físico (massagens, caminhar no corredor, auxílio no banho, oferecer água/ alimentos, troca de fralda, embalar o bebê, banho do bebê); apoio emocional (permanecer ao lado, segurar a mão, motivar, acalmar, conversar, compartilhar o momento, falar por ela/ser porta-voz). Na avaliação da assistência, as respostas indicaram satisfação, mas também, a necessidade de informações/orientação sobre forma de participação e a evolução do parto e pós-parto. A experiência de acompanhante despertou sentimentos positivos como felicidade, motivação, amadurecimento, fortalecimento da relação; e sentimentos negativos como raiva, aflição, medo, incompetência. As sugestões para melhorar a participação do acompanhante estão relacionadas aos aspectos organizacionais e de estrutura, da necessidade de orientação e atenção da equipe para com o acompanhante e à mulher.

DISCUSSÃO

Como previsto na lei, a maioria das mulheres do presente estudo teve esse direito garantido durante seu atendimento ao parto. O companheiro/cônjuge/parceiro foi o acompanhante escolhido com mais frequência nesse processo, seguida das mães e outras mulheres. Quanto às ações desenvolvidas, é importante salientar que nas respostas obtidas dos acompanhantes não foram mencionados o corte do cordão umbilical realizado pelo acompanhante e/ou secar o RN junto à mãe. Tais ações não são práticas previstas nas normativas da maternidade e, portanto, não são incentivadas. Por sua vez, não houve demanda dessa prática por parte dos acompanhantes. Pinto et al. (2003) em estudo nacional, mencionam que essas ações, sobretudo, o "cortar o cordão umbilical" demonstram efeito positivo no envolvimento do acompanhante no momento do parto e puerpério⁴, além de dar início à criação de vínculos afetivos e dar simbologia ao rito de passagem, conforme descreve⁵.

CONCLUSÃO

Os achados ofereceram subsídios para elaboração de estratégias institucionais, o que facilitará ao acompanhante ser participante ativo e não mero figurante.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n° 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre a garantia as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União; Brasília; 2008.
2. Nakano AMS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2):131-7.
3. Brüggermann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. Esc Anna Nery. 2013;17(3):432-38.
4. Pinto CMS, Basile ALO, Silva SF, Hoga LAK. O Acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. Rev Min Enf. 2003; 7(1):41-47.
5. Turner VW. O processo ritual: estrutura e anti-estrutura. Petrópolis: Vozes; 1974. p.103-23.

GESTANTES E PUÉRPERAS COM HIV/AIDS E A NÃO AMAMENTAÇÃO - SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Cristiane Akiko Otaguro <cristianeotaguro@gmail.com>; Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão

Palavras-chave: Aleitamento Materno; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

INTRODUÇÃO

A evolução da epidemia da AIDS no Brasil, trouxe como novo desafio a ser enfrentado, o controle da transmissão vertical (TV) do HIV.¹ A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito.² A utilização de antirretrovirais (ARV) pela nutriz não controla a eliminação do HIV pelo leite e, conforme relatado na seção “Princípios gerais da transmissão vertical do HIV”, a amamentação está associada a um risco adicional de transmissão do HIV de 7 a 22%, podendo chegar a 29% nos casos de infecção aguda materna. Portanto, toda mãe soropositiva para o HIV deverá ser orientada a não amamentar.³ Dentro desse contexto há um grande problema para as mães infectadas e seus familiares, relacionada à amamentação, uma vez que essa sempre foi orientada como essencial e prioritária, e neste momento deve ser substituída por fórmulas artificiais, como uma das formas de prevenção de contaminação da mãe para o bebê.⁴ A soropositividade tende a ameaçar e modificar as expectativas e sonhos que a mulher traz consigo, aflorando medos, dúvidas e desconfianças sobre sua saúde e do bebê. O profissional enfermeiro tem grande importância no cuidado direto às gestante e puéperas soropositivas. Deve perceber que cada mulher que se encontra nesta situação deve ser tratada de forma integral e individualizada para que suas expectativas e necessidades possam ser atendidas adequadamente.

OBJETIVO

Estudar os impactos da não amamentação entre gestantes e puéperas HIV positivo.

MÉTODO

Optou-se pelo método da revisão integrativa. O levantamento bibliográfico foi realizado pela Internet, pela BIREME, no banco de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e na base de dados BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil). A busca envolveu os seguintes descritores: “Aleitamento Materno”, “HIV”, “Síndrome de Imunodeficiência Adquirida”. Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos publicados em periódicos nacionais; artigos que abordassem a temática do aleitamento materno e HIV, dentro de todas as áreas de interesse da

enfermagem; artigos publicados no período de 2004 - 2014 e todo artigo, independente do método de pesquisa utilizado.

RESULTADOS

Na presente revisão integrativa, analisou-se dez artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Verificou-se que os todos os autores dos artigos são enfermeiros ligados as instituições acadêmicas, seja como docentes ou alunos de graduação ou pós-graduação. Os 10 artigos selecionados adotaram a abordagem qualitativa como referencial metodológico e abordaram entre outros temas, as preocupações, sentimentos, o temor, as implicações, e cotidiano dessas mulheres diante da não-amamentação. Constatou o desconhecimento de algumas mulheres sobre os cuidados efetivados após o parto, como as medidas preventivas e de tratamento para o cuidado com a mama puerperal.

DISCUSSÃO

O motivo de não amamentar acarreta às mulheres culpa, frustrações, sofrimentos, desejos interrompidos, impotência e sonhos desfeitos. Além disso, a mulher portadora do HIV enfrenta uma série de desafios, como o preconceito, a inibição da lactação e a cobrança de amigos e familiares ao impedimento à amamentação de seu filho. Diversas mulheres foram muito bem esclarecidas, se conformaram e tiveram consciência que a amamentação seria grande fonte de infecção e transmissão, trazendo apenas malefícios à saúde de seu filho. Assim, pela temerosidade, ela se mantém no silêncio, prefere o não dito em relação à sua condição sorológica, pois o pior será a situação de ser julgada e considerada culpada mediante atitudes de discriminação e preconceito. O uso de inibidores da lactação e/ou enfaixamento das mamas foi muito limitado, acarretando desconforto e dor. Como estratégia preventiva, as mulheres HIV positivas devem receber orientações dos serviços sobre como evitar a descida excessiva do leite nas mamas, a partir do uso precoce de fármacos inibidores da lactação, bem como medidas mecânicas, mediante o enfaixamento das mamas. No entanto, esse procedimento deve ser precedido de esclarecimento e receber posterior acompanhamento, para evitar dor e sensação de punição.

CONCLUSÃO

As mães HIV positivo enfrentam uma diversidade de obstáculos, decorrentes do impacto do diagnóstico, que na maioria das vezes, ocorre durante a gestação ou parto. Diante disso, elas passam a lidar com muitos acontecimentos em um mesmo período, como assimilar o fato de ser portadora de um vírus incurável, que pode ser transmitido ao seu bebê; decidir sobre a adesão das medidas profiláticas para impedir a transmissão vertical, além de lidar com os sentimentos que são aflorados devido ao preconceito social que permeia esta doença. Ressaltamos a importância do papel do enfermeiro que presta cuidados à paciente portadora do HIV que não pode amamentar seu filho, que a melhor forma de amenizar a situação em questão, é, além do acompanhamento e preparação no pré-natal, a orientação e supervisão da equipe de enfermagem em relação a um atendimento humanizado e individualizado, sem preconceitos e diferenças, além de alertá-las sobre os procedimentos preventivos e de tratamento para evitar problemas com a mama puerperal, proporcionando-lhes mais conforto e segurança, tanto físico como emocional. O presente estudo espera contribuir para que os enfermeiros realizem uma abordagem mais segura, livre de preconceito e discriminação às mulheres que passam ou passarão a experiência de não amamentar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Série Manuais no 46. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. Brasília, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília, 2007.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Brasília, 2008.

4. Nakano AMS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e ser “o corpo para si”. Caderno de Saúde Pública, 2003; 19(2):355-63.

A UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O MANEJO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

Patricia de Souza Azevedo; Ingrid Alves Reis Neves

Descritores: Trabalho de parto, parto humanizado, terapias complementares e enfermagem obstétrica.

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto (TP) é um processo fisiológico geralmente doloroso devido às contrações uterinas, dilatação cervical e à pressão que o feto exerce sob a pelve.¹ Porém, a dor no TP não está apenas associada a esse processo e pode ser influenciada por fatores como o medo, estresse e experiências negativas.² Portanto, estratégias devem ser tomadas para controlar o nível de estresse e ansiedade da mulher durante o TP, pois mesmo com o uso de analgésicos, estes não são capazes de gerir nesse fenômeno multifatorial que é a algia no TP.³ São conhecidos diversos métodos não farmacológicos (MNF), bons aliados para reduzir a dor, o estresse, intervenções e cesáreas desnecessárias. 2

OBJETIVO

Analisar estudos que demonstram os benefícios dos MNF para o alívio da dor durante o TP.

METODOLOGIA

Revisão integrativa usando os descritores: trabalho de parto; parto humanizado; terapias complementares e enfermagem obstétrica, nas bases de dados SciELO, LILACS, Portal da BVS e Google Acadêmico. Foram incluídos artigos que identificaram os benefícios dos MNF para o alívio da dor durante o TP; dos anos de 2013 a 2018, em idiomas português e inglês, gratuitos e disponíveis.

RESULTADOS

Título	Autores	Ano	Tipo de estudo	Resultados	Conclusões
Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto	Silva EF, Straposon MR, Fisher ACS.	2011	Revisão Integrativa	Os estudos abordaram: mobilidade, hidroterapia, crioterapia, estimulação elétrica transcutânea, técnicas de respiração e relaxamento.	Nota-se a importância da realização de estudos exploratórios devido a redução do medo e do uso de analgésicos e anestésicos, sacramentando o uso destas terapias.
Estratégias não Farmacológicas utilizadas no parto: uma revisão integrativa	Moreira KAP, et al.	2012	Revisão Integrativa	Estudos determinaram diversas estratégias utilizadas no parto, destacando-se a massagem e acupuntura como as mais discutidas, além da posição vertical, deambulação, injeções de água estéril e estratégias combinadas. As estratégias demonstraram redução da dor no TP, diminuição das taxas de cesarianas e encurtamento do trabalho de parto.	Maiores estudos são necessários para avaliar a eficácia das técnicas descritas para analisar sua eficácia com vistas à promoção da saúde.

Título	Autores	Ano	Tipo de estudo	Resultados	Conclusões
Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa	Mafetoni RR, Shimo AKK.	2014	Revisão Integrativa	Os resultados demonstraram que o uso da eletroestimulação transcutânea é mais recorrente no início da primeira fase do trabalho de parto; outros métodos associados (massagem lombossacral, exercício respiratório e relaxamento), hidroterapia e crioterapia propiciaram, a redução dos escores de dor na fase ativa; enquanto que a presença da doula foi considerada importante para a transmissão de segurança e confiança as parturientes.	Conclui-se que valorizar a liberdade da mulher, oferecendo-lhe alternativas e medidas de conforto, é uma importante via na assistência a parturiente.
Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente	Hanum SP, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA.	2017	Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa	A taxa de uso dos métodos não farmacológicos foi de 81,6% (84), tendo o banho morno como o método mais utilizado pelas parturientes durante o TP.	O banho morno, foi considerado a técnica mais eficiente e confortável, pois reduziu e amenizou a sensação de dor.
Assistência de enfermagem ao processo parturitivo natural e humanizado	Pinheiro MMC, Filho ECO.	2017	Revisão bibliográfica no formato narrativa	A deambulação, o banho de imersão ou aspersão, terapias complementares, bola suíça são alguns métodos de manejo da dor não-farmacológicos utilizados e regulamentados pela Organização Mundial de Saúde.	A proposta de criação do parto humanizado vem com a intenção de diminuir drasticamente o alto índice de morbimortalidade materna e perinatal, proporcionando uma experiência marcante e única na vida do recém-nascido, da mãe e seu acompanhante.

DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados identificou que os MNF mais utilizados para o alívio da dor foram: hidroterapia: método que melhora a progressão do TP, podendo reduzir a duração do mesmo. O banho de aspersão promove o relaxamento muscular, devendo durar pelo menos 20 minutos; mudança de posição: promove alívio da dor, bem como a deambulação e/ou posição verticalizada;4 bola suíça: promove maior mobilidade da parturiente, melhorando a evolução da dilatação e redução da fase ativa do TP, além de diminuir a dor; Exercício respiratório: diafragmático, lento e profundo, associado ao relaxamento muscular promove sensação de bem-estar emocional e físico; massagem lombossacral: método simples, mais utilizado de alívio da dor durante o TP, e pode ser delegada ao acompanhante; acupressão: baseada na medicina tradicional chinesa, possui o mesmo princípio da acupuntura, porém os estímulos são aplicados com as mãos e os dedos em pontos específicos. Há estudos que demonstram que o ponto BP6 pode reduzir o período de TP sem maiores danos.⁵ Outras técnicas também citadas nos estudos, mas menos exploradas são a crioterapia, estimulação elétrica transcutânea e injeções de água estéril.

CONCLUSÃO

Conclui-se que existem diversos MNF para alívio da dor no TP e devem ser orientados e estimulados durante o TP, com a intenção de reduzir taxas de cesárea e a morbidade no período pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. Mamede, F.V et al. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. Rev. Latino-AM. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.15, n.6, 2007.
2. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia ND, Gabrielloni MC. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. Acta Paul Enferm. 2013; 26(5):478-84.
3. Mobily PR, Herr KA, Nicholson AC. Validation of cutaneous stimulation interventions for pain management. Int J Nurs Stud. 1994 Dec; 31(6):533-44.
4. Silva, MF. Cuidados de Enfermagem à mulher com dor do parto: Transformações a partir da pesquisa-ação participativa. 2016 Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, p.123. 2016.
5. Mafetoni RR, Shimo AKK. Efeitos da acupressão na evolução do parto e taxa de cesárea: ensaio clínico randomizado. Rev Saúde Pública 2015;49:9.

MELHORIA NO TEMPO DE ESPERA DO PACIENTE PARA ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO TÉCNICA ACOLHEDORA

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

Palavras chave: melhoria, paciente, espera, atendimento.

INTRODUÇÃO

A sociedade está em constantes mudanças socioeconômicas e demográficas, que impactam diretamente na saúde da população e ocasionam em maior demanda no sistema público de saúde. Diante deste cenário, é essencial buscar estratégias para gerir os recursos disponíveis de forma mais adequada, responsável e mais eficiente, que além de promover melhoria na utilização dos recursos humanos, recursos financeiros, recursos materiais, entre outros, também contribuem para melhor satisfação do cliente ou paciente. A filosofia Lean na área da saúde, conhecida como Lean Healthcare, é uma filosofia com princípios que são aplicados a fim de se obter melhorias nos processos e eliminação de desperdícios, sendo que, desperdício é qualquer atividade que não agrega valor naquele processo, ou seja, é dispensável. Este trabalho irá descrever um projeto Lean aplicado numa Unidade Básica de Saúde (UBS) com foco na redução do Lead Time (tempo de espera) do paciente que busca a Unidade para atendimento no Acolhimento ou Recepção Técnica Acolhedora (RTA).

Determinada Unidade Básica de Saúde atende aproximadamente 800 pacientes por mês na Recepção Técnica Acolhedora. Todos os pacientes não agendados que estão com queixa aguda ou outras demandas que necessitam de atendimento médico imediato ou no mesmo dia são encaminhados para este Setor. A avaliação é realizada pelo Enfermeiro, que irá encaminhar ou não o paciente para consulta médica, de acordo com a avaliação realizada. Atualmente o tempo de espera do paciente após a abertura da Ficha de Atendimento na Recepção é considerado alto e ocasiona insatisfação dos usuários e dos próprios profissionais.

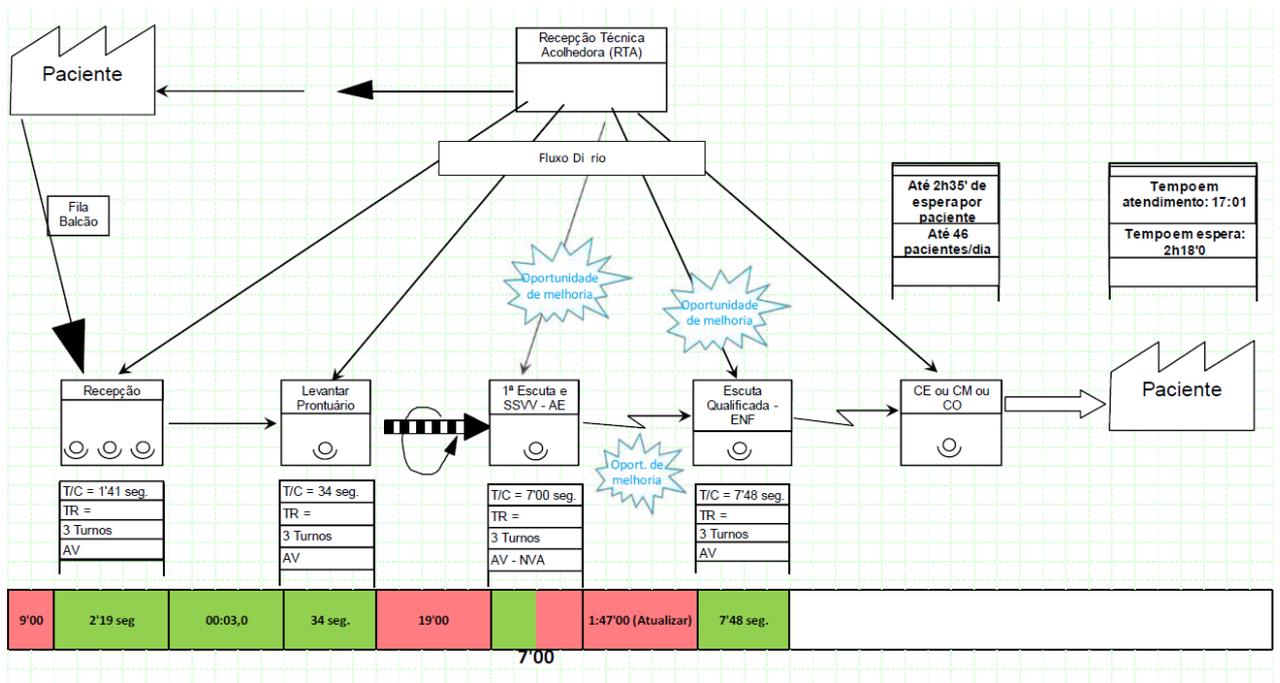
OBJETIVO

Reduzir para 30% a porcentagem de pacientes com espera superior a 60 minutos na Recepção Técnica Acolhedora (RTA) entre a abertura da Ficha de Atendimento na Recepção até o atendimento do Enfermeiro da RTA e reduzir o tempo médio de espera em 50%.

METODOLOGIA

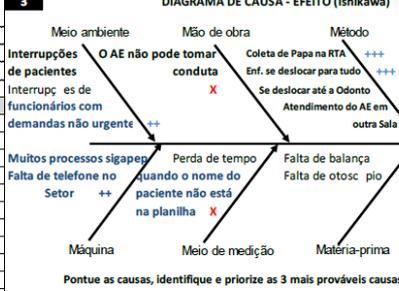
Após definição do problema, aplicou-se o princípio de estar presente no gamba (estar presente no local onde a ação ocorre), e, a fim de se obter uma imagem realista do processo da RTA, enxergar e entender o fluxo, foi feito o mapeamento do fluxo de valor. O fluxo de valor forneceu embasamento para a identificação de desperdícios e foi então aplicada a métrica de VA/NVA (agrega valor e não agrega valor) para identificar o potencial de melhorias no processo da RTA.

Figura: Mapa de Fluxo de Valor



O projeto iniciou-se no mês 04/2018. Após a definição do problema, em 11/04/2018 foi implementada uma planilha, denominada Painel de Fluxo, para medir todo o processo de acolhimento do paciente da RTA desde a abertura da Ficha de Atendimento na Recepção até o paciente ser chamado pelo Enfermeiro da RTA. A partir desta data, todos os pacientes que buscam a Unidade para atendimento na RTA, são inseridos no Painel de Fluxo. A próxima fase consistiu em analisar minuciosamente os dados e identificar as causas raiz do problema. Em 27/04/2018, em reunião com representação de toda a equipe e categorias que participam do processo da RTA e a Gerência, foram apresentados os dados iniciais das medições efetuadas até o dia anterior e utilizada a técnica de Brainstorm, seguida da aplicação das seguintes ferramentas: Diagrama de Ishikawa e 5 Porquês, quando foram então elencadas e priorizadas as três potenciais causas raiz do problema, propostas medidas de ação e definidas responsabilidades, conforme Folha de solução de problemas utilizada para consolidar as informações e demonstrada a seguir:

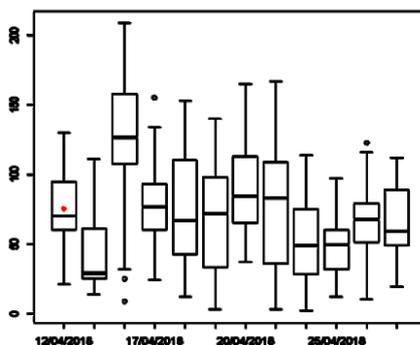
Figura: Folha de Solução de Problemas

Instituição X		FSP - Folha de Solução de Problemas		Relatório Gerencial																																														
				Nº da FSP:	01																																													
				Data:	27/04/18																																													
Unidade:	xxxx	Sector:	RTA - Recepção Técnica Acolhedora	Responsável:	xxxxxxx																																													
1 Problema: Tempo de espera elevado para o paciente ser atendido pelo Enfermeiro da RTA após abertura de ficha na Recepção		3 DIAGRAMA DE CAUSA - EFEITO (Ishikawa)  <p>Pontue as causas, identifique e priorize as 3 mais prováveis causas possíveis X Descartar ++ Muito provável ++ Pouco provável + Improvável</p>																																																
2 TEMPESTADE DE IDÉIAS - Brainstorming		4 Análise dos 5 PORQUÊS - Porque ocorreu a não conformidade? <table border="1"> <thead> <tr> <th>1ª causa mais provável</th> <th>2ª causa mais provável</th> <th>3ª causa mais provável</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Porque na mesma Sala da RTA</td> <td>1. Porque perde tempo se deslocando</td> <td>1. Porque anteriormente pensou-se ser melhor</td> </tr> <tr> <td>2. Porque o pr prio Enf. da RTA que colhe</td> <td>2. Tem que levar o pront. p/ o m dico</td> <td>2. Alguns Enfermeiros preferiam atender sozinhos</td> </tr> <tr> <td>3. Porque esse atendimento demora</td> <td>3. Porque tem que ir e voltar da Odonto</td> <td>3. O AE realiza outras atividades concomitante</td> </tr> <tr> <td>4. Porque n o se divide a RTA e Coleta de Papa</td> <td>4. Tem que ir chamar o pacte na Recepç o</td> <td>4. Porque a Sala apertada</td> </tr> <tr> <td>5. Porque a agenda do Enfermeiro apertada</td> <td>5. Porque o Enf. fica sozinho na Sala</td> <td>5. O AE n o toma conduta, somente verifica SSVV</td> </tr> <tr> <td>Contribuição %: 50,00%</td> <td>Contribuição %: 25,00%</td> <td>Contribuição %: 25,00%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Plano de Ação</th> <th>Respons.</th> <th>Status</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Fazer escala dos Enfermeiros para coleta de Papa em outra Sala</td> <td></td> <td>Gerente</td> <td>Pendente</td> </tr> <tr> <td>2. Fazer escala de uso das Salas de Apoio do pr dio anexo</td> <td></td> <td>Encarregada</td> <td>Pendente</td> </tr> <tr> <td>3. Escalar 01 AE para ficar exclusivamente na Sala com o Enf. da RTA</td> <td></td> <td>Supervisora</td> <td>Pendente</td> </tr> <tr> <td>4. Providenciar 01 balança adulto e infantil para a Sala da RTA</td> <td></td> <td>Gerente</td> <td>Pendente</td> </tr> <tr> <td>5. Solicitar 01 ramal de telefone e 01 chamador de senha para a RTA</td> <td></td> <td>Encarregada</td> <td>Pendente</td> </tr> </tbody> </table>				1ª causa mais provável	2ª causa mais provável	3ª causa mais provável	1. Porque na mesma Sala da RTA	1. Porque perde tempo se deslocando	1. Porque anteriormente pensou-se ser melhor	2. Porque o pr prio Enf. da RTA que colhe	2. Tem que levar o pront. p/ o m dico	2. Alguns Enfermeiros preferiam atender sozinhos	3. Porque esse atendimento demora	3. Porque tem que ir e voltar da Odonto	3. O AE realiza outras atividades concomitante	4. Porque n o se divide a RTA e Coleta de Papa	4. Tem que ir chamar o pacte na Recepç o	4. Porque a Sala apertada	5. Porque a agenda do Enfermeiro apertada	5. Porque o Enf. fica sozinho na Sala	5. O AE n o toma conduta, somente verifica SSVV	Contribuição %: 50,00%	Contribuição %: 25,00%	Contribuição %: 25,00%	Plano de Ação		Respons.	Status	1. Fazer escala dos Enfermeiros para coleta de Papa em outra Sala		Gerente	Pendente	2. Fazer escala de uso das Salas de Apoio do pr dio anexo		Encarregada	Pendente	3. Escalar 01 AE para ficar exclusivamente na Sala com o Enf. da RTA		Supervisora	Pendente	4. Providenciar 01 balança adulto e infantil para a Sala da RTA		Gerente	Pendente	5. Solicitar 01 ramal de telefone e 01 chamador de senha para a RTA		Encarregada	Pendente
1ª causa mais provável	2ª causa mais provável	3ª causa mais provável																																																
1. Porque na mesma Sala da RTA	1. Porque perde tempo se deslocando	1. Porque anteriormente pensou-se ser melhor																																																
2. Porque o pr prio Enf. da RTA que colhe	2. Tem que levar o pront. p/ o m dico	2. Alguns Enfermeiros preferiam atender sozinhos																																																
3. Porque esse atendimento demora	3. Porque tem que ir e voltar da Odonto	3. O AE realiza outras atividades concomitante																																																
4. Porque n o se divide a RTA e Coleta de Papa	4. Tem que ir chamar o pacte na Recepç o	4. Porque a Sala apertada																																																
5. Porque a agenda do Enfermeiro apertada	5. Porque o Enf. fica sozinho na Sala	5. O AE n o toma conduta, somente verifica SSVV																																																
Contribuição %: 50,00%	Contribuição %: 25,00%	Contribuição %: 25,00%																																																
Plano de Ação		Respons.	Status																																															
1. Fazer escala dos Enfermeiros para coleta de Papa em outra Sala		Gerente	Pendente																																															
2. Fazer escala de uso das Salas de Apoio do pr dio anexo		Encarregada	Pendente																																															
3. Escalar 01 AE para ficar exclusivamente na Sala com o Enf. da RTA		Supervisora	Pendente																																															
4. Providenciar 01 balança adulto e infantil para a Sala da RTA		Gerente	Pendente																																															
5. Solicitar 01 ramal de telefone e 01 chamador de senha para a RTA		Encarregada	Pendente																																															
Equipe: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Função</th> <th>Nome</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Gerente</td><td>xxx</td></tr> <tr><td>Supervisora</td><td>xxx</td></tr> <tr><td>Enfermeiro</td><td>xxx</td></tr> <tr><td>Enfermeira</td><td>xxx</td></tr> <tr><td>Ata</td><td>xxx</td></tr> <tr><td>Enfermeira</td><td>xxx</td></tr> <tr><td>Enfermeira</td><td>xxx</td></tr> <tr><td>Aux.Enferm.</td><td>xxx</td></tr> </tbody> </table>		Função	Nome	Gerente	xxx	Supervisora	xxx	Enfermeiro	xxx	Enfermeira	xxx	Ata	xxx	Enfermeira	xxx	Enfermeira	xxx	Aux.Enferm.	xxx																															
Função	Nome																																																	
Gerente	xxx																																																	
Supervisora	xxx																																																	
Enfermeiro	xxx																																																	
Enfermeira	xxx																																																	
Ata	xxx																																																	
Enfermeira	xxx																																																	
Enfermeira	xxx																																																	
Aux.Enferm.	xxx																																																	

Após esta etapa, iniciou-se a fase de melhorias.

RESULTADOS

A partir das análises iniciais das medições efetuadas do processo da RTA e do tempo de espera, verificou-se um Lead Time alto: 63% dos pacientes estavam esperando mais de 60 minutos para serem atendidos na RTA e o tempo médio de espera observado foi de 74 minutos, tendo sido observada uma variabilidade no tempo superior de espera chegando até 2 horas e 35 minutos. A média de atendimentos diários realizados na RTA pelo Enfermeiro foi medida em 36,3 pacientes por dia, excluindo-se deste valor o número de atendimentos realizados para coleta de Papanicolaou, que era realizada na mesma Sala e pelo mesmo Enfermeiro da RTA.



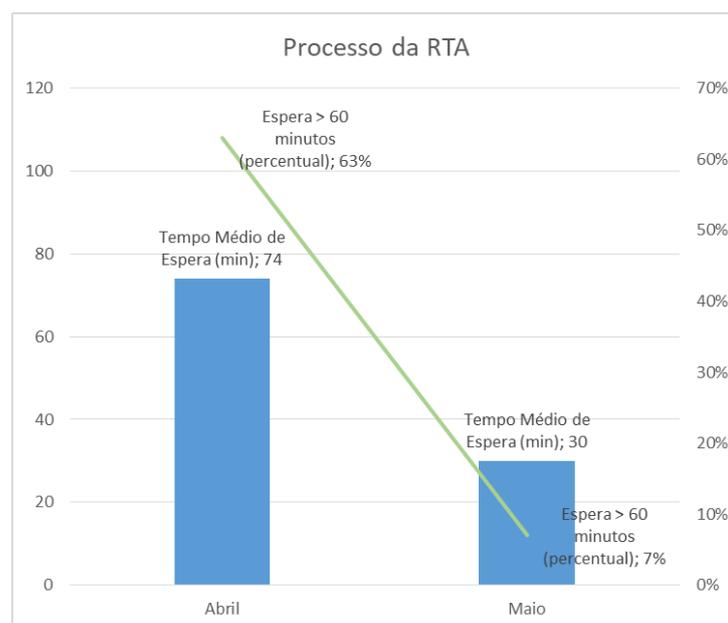
Limite Superior		
< 60 min	139	37%
> 60 min	235	63%

A partir do Brainstorming realizado entre a Gerência e a Equipe e a aplicação das ferramentas: Diagrama de Ishikawa e 5 Porquês, foram identificadas as três potenciais causas raiz do problema e elaborada proposta de um plano de ação para melhorias, conforme tabela de implementação de melhorias apresentada abaixo:

Ação de Melhoria	Objetivo	Responsável	Data da Implementação	Benefício
Implantada nova sala para atendimento exclusivo da RTA	Desmembrar o atendimento da RTA do atendimento de Papanicolau; reduzir os deslocamentos do Enfermeiro até a Recepção e Sala de Espera	Gerente	07/05/2018	Otimização do tempo do Enfermeiro
Feita reestruturação da agenda dos Enfermeiros e elaborada escala para coleta de Papanicolau	Ter outro Enfermeiro que não o Enfermeiro da RTA para realizar atendimento de Papanicolau	Gerente	07/05/2018	Eliminação de atividades que não agregam valor na RTA
Montada Sala da RTA com layout reestruturado para comportar mais de 01 profissionais na Sala	Inserir uma mesa e cadeira auxiliar na Sala da RTA para profissional de apoio ao Enfermeiro	Enfermeiros da RTA	07/05/2018	Otimização do trabalho do Auxiliar de Enfermagem
Inserção de todos os pacientes que abrem Ficha para a RTA na agenda SIGA do Enfermeiro na Recepção	Eliminar realização de atividade administrativa pelo Enfermeiro	Encarregada	07/05/2018	Eliminação de atividades que geram desperdício de tempo e não agregam valor na RTA
Elaborada nova escala dos Auxiliares de Enfermagem para maior apoio na RTA	Escalar 01 Auxiliar de Enfermagem para apoio ao Enfermeiro na Sala da RTA	Enfermeira Supervisora	08/05/2018	Eliminação de atividades que geram desperdício de tempo e não agregam valor na RTA

Após a implementação das melhorias apresentadas na tabela anterior, foi realizada validação das ações em 15/05/2018 e os resultados foram: 7% dos pacientes esperando mais de 60 minutos para serem atendidos na RTA e o tempo médio de espera observado foi de 30 minutos.

Figura: Gráfico de evolução do processo na RTA



Processo da RTA	Abril	Mai
Tempo Médio de Espera (min)	74	30
Espera > 60 minutos (percentual)	63%	7%

DISCUSSÃO

Conforme apresentados os dados anteriormente, nos Resultados, foram propostas ações que de acordo com o conhecimento do fluxo e dos tempos medidos, estavam influenciando de forma significativa no processo: 1) Desmembrar a coleta de Papanicolaou da Sala da RTA; 2) Ter outro Enfermeiro escalado para colher os exames de Papanicolaou; 3) Providenciar e montar uma sala exclusiva para atendimento da RTA; 4) Transferir a Sala de Atendimento da RTA para uma sala com localização mais próxima da Recepção e Sala de Espera do paciente; 5) Alterar o layout da Sala da RTA para comportar mais um profissional; 6) Escalar 01 Auxiliar de Enfermagem para ficar exclusivamente na Sala da RTA para auxiliar o Enfermeiro com a realização de atividades que não agregam valor, como levar os prontuários para o médico, se deslocar até a Odonto, resolver questões administrativas e impedir interrupções desnecessárias. 7) Inserir todos os pacientes na agenda SIGA do Enfermeiro na Recepção no momento da abertura da Ficha de Atendimento.

Estas contramedidas recomendadas afetam a causa raiz para alterar a situação atual e atingir as metas, eliminando atividades que geram desperdício e não agregam valor e otimizando as atividades que são indispensáveis e agregam valor.

Após a reunião da Gerência com a equipe, a partir do próximo dia de atendimento, já foram observadas melhorias sutis em todo o processo, ocasionadas por maior engajamento dos profissionais envolvidos. Observou-se desde as análises iniciais e durante a aplicação das ferramentas e técnicas utilizadas neste projeto, que o princípio de estar presente no Gemba, utilizado pela Gerência e o envolvimento da Gerência de forma horizontal, dando voz à equipe e valorizando os seus apontamentos e propostas para melhorias, por si só, já trouxe sutis melhorias em todo o processo e promoveu maior engajamento de todos os envolvidos, contribuindo para que o objetivo fosse alcançado, além de promover uma ambiência saudável.

E após a implementação total das ações propostas, houve melhoria significativa no tempo de espera (Lead Time): apenas 7% dos pacientes esperando mais de 60 minutos para serem atendidos na RTA, atingindo e superando a meta proposta que era de reduzir para 30% a porcentagem de pacientes com espera superior a 60 minutos. E, o tempo médio de espera observado foi de 30 minutos, também superando a meta proposta, que era de reduzir o tempo médio de espera em 50%, o que equivaleria a um tempo médio de espera em 37 minutos.

As ações propostas e implementadas não geraram custos financeiros para a Instituição e sim redução de custos através da eliminação de desperdícios e melhor aproveitamento dos recursos existentes.

CONCLUSÃO

Este projeto demonstra que a aplicação da metodologia Lean Six Sigma em Serviço de Saúde pode promover grandes melhorias nos processos, oferecendo mais qualidade no atendimento e contribuindo para maior satisfação do cliente, o que impacta diretamente nas metas do Contrato de Gestão, como a avaliação de satisfação do usuário em relação ao serviço. Conclui-se que este projeto trouxe benefícios para o cliente externo: o paciente da Unidade Básica de Saúde, que obteve uma redução no tempo de espera para atendimento na RTA e conseqüentemente redução da insatisfação com o Serviço e também trouxe benefícios para o cliente interno da Unidade Básica de Saúde: o colaborador, que obteve maior satisfação no trabalho.

Serão realizadas ações de controle e acompanhamento através da planilha de monitoramento, estabelecendo um Limite Superior de 50 minutos. Ações de correção e melhorias serão tomadas caso os indicadores não se mantenham dentro dos limites estabelecidos.

REFERÊNCIAS

- Sayer NJ, Williams B. Lean para leigos. Alta Books (Rio de Janeiro). 2016; 13(19): 11-293.
- Spagnol GS, Calado RD, Sarantopoulos A, Min LL. Lean na prática. Global South Press (Rockyville). 2018; 41-166.
- Novaes AP, Pavan FR. Fundamentos para Melhoria da qualidade em serviços de saúde. Cedet (Campinas). 2017; 3(8): 13-40.

IMPACTO DA ATUAÇÃO DO NASF NO ALCANCE DA EQUIDADE E INTEGRALIDADE NOS ATENDIMENTOS DE FISIOTERAPIA - Gestão

Joice Sales Mesquita Silva <joice.sales@cejam.org.br>

Palavras-chaves: Fisioterapia, NASF, Integralidade

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Promover integração contínua entre serviços de saúde que desenvolvem ações preventivas, curativas e de reabilitação é um importante desafio de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), e deve contemplar os princípios de universalidade no acesso, integralidade do cuidado e equidade na priorização dos atendimentos aos usuários, previstos na lei orgânica da saúde. Tanto no Brasil quanto em outros países, as doenças osteomusculares são a maior causa de limitação funcional na população adulta, sendo reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um importante problema de saúde pública. Nesta perspectiva, a procura por serviços de reabilitação em fisioterapia geralmente excede a capacidade instalada, gerando longas filas de espera (FE) por uma vaga em serviços de reabilitação. “As implicações advindas desta realidade mostraram-se claras quando, em contato com os usuários e profissionais das [Estratégia Saúde da Família] ESF’s, por diversas vezes, foram colocadas as dificuldades de acesso ao serviço especializado de Fisioterapia, que acabavam por originar um longo tempo de espera pelo tratamento, uma alta demanda reprimida para estes serviços, e consequentes limitações no cuidado longitudinal e integral à saúde dos usuários” (SOUZA, 2011). O Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), é uma organização social de saúde que gerencia a rede de atenção à saúde dos distritos do Capão Redondo e Jardim Ângela, que envolve 164 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de 5 serviços de especialidades: 2 AMA Especialidades e 3 Rede Hora Certa, 1 Centro Especializado em Reabilitação IV em funcionamento desde 2013. Na gestão da regulação do serviço de reabilitação de fisioterapia, verificou-se alta FE e demora no agendamento, pois, o sistema de agendamento não discrimina casos de baixa ou média complexidade, afetando os de alta complexidade, cujo prejuízo à qualidade de vida tende a ser maior, impactando no princípio da equidade e da integralidade do cuidado. Diante disto, entende-se que na luta pela garantia da integralidade na assistência em fisioterapia no SUS é necessário refletir, a partir da realidade percebida, sobre aspectos da organização do processo de trabalho, organização da rede de serviços e da gestão e planejamento destes, entendendo que características como acesso e qualidade dos serviços podem limitar a efetividade e resolutividade do cuidado prestado ao usuário. Para superar este problema, foi desenvolvida uma estratégia de gestão envolvendo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipes de Regulação e Médicos Especialistas, utilizando-se os recursos estruturais e humanos disponíveis, para atender melhor a população do território.

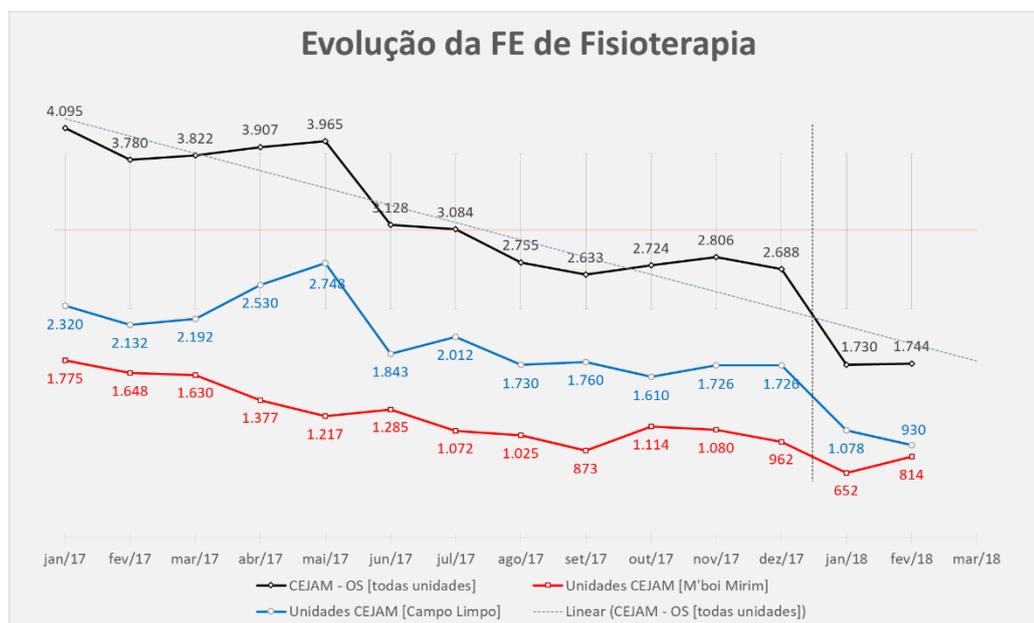
OBJETIVOS

Encaminhar os casos de fisioterapia de baixa complexidade gerados nos serviços de especialidades, para avaliação e conduta pelos fisioterapeutas do NASF; Qualificar os encaminhamentos de fisioterapia, otimizando os recursos disponíveis da rede; Reduzir a FE para fisioterapia nos serviços de especialidades e proporcionar melhor acesso aos casos de alta complexidade.

METODO

O processo de implantação do novo fluxo, iniciou-se com a análise do Código Internacional de Doenças (CID-10) dos casos em FE de fisioterapia da regulação dos serviços de especialidade, realizada por um grupo de 4 fisioterapeutas, que classificaram cada CID-10 em baixa, média e alta complexidade. De posse da lista de CID-10 pertinentes ao NASF, foi feito alinhamento do fluxo proposto e elaborado uma ferramenta de consulta por CID-10 no Excel para que a equipe de regulação do serviço de especialidade consultar e qualificar os agendamentos dos casos de acordo com sua complexidade. Foram efetuadas reuniões na Coordenação do CEJAM, para sensibilização da equipe NASF, reuniões nos serviços de especialidades para sensibilização dos médicos especialistas e nas reuniões periódicas com a equipe de regulação, pois estão diretamente envolvidos neste trabalho. Após este processo, a partir do mês de maio de 2017 os casos de baixa complexidade, que anteriormente eram inseridos na FE dos serviços de especialidades, junto com os casos de média e alta complexidade, passaram a ser encaminhados diretamente aos fisioterapeutas do NASF, e não são mais inseridos na regulação dos serviços de especialidades.

RESULTADOS



DISCUSSÃO

Antes da implantação do projeto a FE de fisioterapia mantinha tendência de crescimento com ápice, no início de mês de maio de 2017, de 3.965 usuários aguardando agendamento de fisioterapia há pelo menos 6 meses. A partir do conjunto de ações propostas neste trabalho, a FE foi declinando a uma média de 6,2% ao mês e, após 9 meses de experiência, este número caiu para 1.744. Redução de 56,0% com tempo médio de espera para atendimento de até 1 a 2 meses.

CONCLUSÃO

O trabalho foi de extrema relevância e efetividade, uma vez que todas as ações desenvolvidas, geraram uma redução de 56,0% da FE. A experiência proporcionou maior resolução nos casos de fisioterapia de baixa complexidade que aguardavam em FE, além de trazer maior capilaridade de acesso aos casos de fisioterapia de média e alta complexidade que, antes da atuação do NASF, competiam por oferta de vagas de fisioterapia com os demais casos de baixa complexidade, que era o principal objetivo da gestão. Contribuiu também para a integração da rede com o trabalho em equipe de ESF, NASF, Médicos Especialistas e Equipe de Regulação, conforme a demanda existente. Constatou-se que o gerenciamento da FE permite o constante monitoramento das ações desenvolvidas, possibilitando ajustes no processo sempre que necessários, em tempo hábil.

REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 105); Brasília; 2001.

Souza, Ana Ruth Barbosa; Ribeiro, Katia Suely Queiroz Silva. A Rede Assistencial em Fisioterapia no Município de João Pessoa: uma Análise a Partir das Demandas da Atenção Básica. Revista de Saúde de Ciências da Saúde. Volume 15 Número 3. João Pessoa; 2011.

Woolf AD, Pflieger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 81 (9): 646-56; 2003.

DENSIDADE DAS CÉLULAS INTERSTICIAIS DE CAJAL COMO FATOR PROGNÓSTICO EM PACIENTES COM ESTENOSE DA JUNÇÃO PIELOURETERAL

Rodolfo Anisio Santana de Torres Bandeira <rodolfosantana@usp.br>

Descritores: células Intersticiais de Cajal; obstrução ureteral; peristaltismo; doenças ureterias.

INTRODUÇÃO

A estenose da junção pieloureteral é a forma mais comum de hidronefrose antenatal, sua incidência varia entre 1:500 a 1:1250 nascidos vivos, sendo mais comum no sexo masculino. As células intersticiais de Cajal (CIC) têm sido estudadas como participante do peristaltismo em vários sistemas. Sua presença no trato geniturinário pode sustentar a importância dessas células na fisiopatologia da estenose da junção ureteropielica (JUP).

OBJETIVO

Avaliar a densidade das CIC em pacientes adultos e no final da adolescência, portadores de estenose da JUP, submetidos à pieloplastia e verificar se há associação entre a densidade das CIC com os achados clínicos e de imagem pré e pós-operatórios, notadamente ultrassonografia e cintilografia renal.

MÉTODO

Foram estudados 23 pacientes com estenose da JUP, submetidos à pieloplastia desmembrada pela técnica videolaparoscópica na Divisão de Clínica Urológica do Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), de forma consecutiva, pelo mesmo grupo de cirurgiões, no período entre fevereiro de 2011 a janeiro de 2012. Foi realizada análise imunohistoquímica para expressão do receptor de tirosina quinase (c-KIT) em todas as amostras das JUP e quantificada a densidade das CIC. Os pacientes foram acompanhados periodicamente para avaliação da resposta clínica e dos exames de imagem. O presente estudo obteve aprovação da Comissão de Ética para

Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) sob o número 79.400/12, CAAE: 06368712.8.0000.0068, em 22/08/12.

RESULTADOS

Foi encontrado que a média de idade da amostra foi de 34,83 anos. Houve predomínio do gênero masculino (56,5%). O rim direito foi o mais acometido (56,5%). A hidronefrose grave foi identificada na maioria dos pacientes (52,2%). A média da função renal do rim acometido estimada pela cintilografia, pré e pós-operatória foi de respectivamente, 33,7 e 33,4%. Dos 23 pacientes, 20 apresentaram melhora do padrão cintilográfico de drenagem ureteral. Houve predomínio de pacientes que apresentavam alta densidade das CIC (52,2%).

Houve significância estatística quando associado a densidade das CIC e a melhora do padrão ultrassonográfico ($p=0,032$). Contudo, não houve associação entre a densidade das CIC e as outras variáveis clínicas ou de imagem. Pode-se concluir que a densidade das CIC pode ser um bom preditor da resposta ultrassonográfica pós-operatória em pacientes adultos com estenose da JUP submetidos à pieloplastia.

DISCUSSÃO

Na casuística deste trabalho a análise da associação entre a densidade das CIC em relação à idade não mostrou significância estatística. Esse achado, não é concordante com os resultados encontrados por Koleda et al., 24 que demonstraram, em crianças, uma associação entre o aumento da idade com a diminuição da densidade das CIC. 36 Nos achados deste estudo, também não houve significância estatística entre o tempo de início da sintomatologia e a densidade das CIC. Sabe-se que no adulto o processo de obstrução da JUP pode levar anos para se manifestar clinicamente 4 . Modelos em animais mostram o comportamento das CIC ao serem expostas a processos obstrutivos ao longo do tempo. Kuzgunbay et al. 70 avaliaram a densidade das CIC após a ligadura experimental do ureter de ratos, mostraram que havia, a priori, um aumento do número das CIC, seguido por uma diminuição progressiva até um platô no 60º dia pós a ligadura. Chang et al. 107 criaram pontos de obstrução no intestino delgado de cobaias (porcos-da-índia), notaram que havia uma diminuição da expressão do c-Kit proximal ao ponto obstrutivo, e que após 30 dias da reconstrução do trânsito intestinal, havia a normalização da expressão do c-Kit. Como na estenose da JUP há apenas uma oclusão parcial, talvez esse efeito possa ser minimizado, o que justificaria os achados aqui apresentados em relação ao tempo de obstrução e a idade à pieloplastia. No presente estudo houve uma significância estatística ($p=0,032$) entre a densidade das CIC e a melhora do padrão ultrassonográfico pósoperatório. No grupo com alta densidade de CIC houve uma melhora significativa dos parâmetros ultrassonográficos em 91,7% dos pacientes desse grupo. Já em pacientes com baixa densidade a melhora foi percebida em apenas 25%. Helmy et al. 108 estudando o valor preditor da ultrassonografia no resultado pós-operatório de crianças submetidas à pieloplastia mostraram que parâmetros ultrassonográficos de controle, como diâmetro anteroposterior da pelve, relação parênquima-calicinal e grau de dilatação calicinal, são variáveis independentes para prever o sucesso precoce de uma pieloplastia. Cost et al. 109 tentando minimizar a exposição à radiação e à intervenções desnecessárias buscaram identificar quais as crianças que necessitariam de um seguimento mais aprofundado no pós-operatório de 37 pieloplastias. Eles concluíram ao comparar a melhora do padrão ultrassonográfico com a cintilografia renal, que a melhora da hidronefrose pode ajudar a selecionar os pacientes com maior risco de falha terapêutica. Ioyama et al. 102 relacionaram que melhora do grau de hidronefrose no acompanhamento pós-operatório de pacientes submetidos à pieloplastia, era maior em pacientes com grau de hidronefrose classificada como mais leve. Já Amling et al. 97 acompanhando 104 crianças com ultrassonografia pós-operatória após pieloplastia, mostraram que a melhora do grau de hidronefrose guarda relação com tempo após o procedimento cirúrgico, mas não com o grau de hidronefrose pré-operatório. Infelizmente devido ao número pequeno da amostra do presente estudo não

foi possível realizar uma análise multivariável. Que, dessa forma, poderia definir se a melhora do padrão ultrassonográfico teve relação com a densidade das CIC independente das outras variáveis. Há uma grande necessidade de mais pesquisas sobre a função e o comportamento das CIC no trato urinário humano, pois o envolvimento desse tipo celular pode fazer parte da gênese de alguns distúrbios do trato urinário, particularmente aqueles que se referem ao processo de automatismo celular.

CONCLUSÃO

Analisando a imunoexpressão ao c-Kit, foi possível avaliar a densidades da CIC nas JUP de pacientes adultos e na adolescência tardia submetidos à pieloplastia. Foi encontrado um predomínio de pacientes portadores de estenose da JUP que apresentavam alta densidade das CIC. Ao se analisar a associação da densidade das CIC com fatores como lateralidade do acometimento, gênero, idade, grau de hidronefrose pré-operatório, presença de vaso anômalo, e tempo o entre início da sintomatologia e a realização da cirurgia, não foi encontrado significância estatística. Na avaliação da resposta terapêutica pós-operatória houve significância estatística entre a melhora do padrão ultrassonográfico e a maior densidade das CIC. Entretanto, não houve associação da densidade dessas células com a melhora do padrão cintilográfico ou da sintomatologia clínica.

REFERÊNCIAS

- 1 Ulman I, Jayanthi VR, Koff SA: The longterm follow-up of newborns with severe unilateral hydronephrosis initially treated nonoperatively. J Urol 2000, 164, 1101- 1105.
- 2 Grignon A, Filiatrault D, Homsy Y, Robitaille P, Filion R, Boutin H. Ureteropelvic junction stenosis: Antenatal ultrasonographic diagnosis, postnatal investigation and follow-up. Radiology. 1986;160:649-51.
- 3 Cohen B, Goldman SM, Kopilnick M, Khurana AV, Salik JO. Ureteropelvic junction obstruction: its occurrence in 3 members of a single family. J Urol. 1978;120(3):361-4.
- 4 Lam W, Fernando A, Issa R, Heenan S, Sandhu S, Le Roux P, Anderson C. Is routine postoperative diuresis renography indicated in all adult patients after pyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction? Urology. 2015;85(1):246-51.
- 5 Carr MC, El-Ghoneimi A. Anomalies and surgery of the ure-teropelvic junction in children. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, editors. Campbell e Walsh urology. 9th ed. Philadelphia: Saunders. 2012;10:3212-3235.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DESFECHO DE SEGUIMENTO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA PSICOLOGIA EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

Ana Paula Ribeiro Hirakawa <paulahirakawa@hotmail.com>

Palavras chaves: Epidemiologia, Reabilitação, psicologia.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A Psicologia da Reabilitação é definida como uma especialidade da psicologia, buscando focalizar habilidades em favor das pessoas com doenças crônicas ou incapacidades, no intuito de maximizar a saúde e o bem-estar, a independência e oportunidade de escolha, as habilidades funcionais e a participação social. [1] De acordo com as diretrizes para a organização das ações de reabilitação na rede de cuidados à pessoa com deficiência o profissional da psicologia atua em todos os níveis de CER (II, III e IV) assim como em todas as modalidades de reabilitação (Física, auditiva, intelectual e visual). [2] No Brasil, observa-se falta de dados após breve levantamento nas principais bases científicas (LILACS e Scielo, MEDLINE, Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS) para investigação do perfil

de pacientes que são acompanhados pelos serviços da psicologia da reabilitação, o que contribui para a dificuldade em promover linhas de assistência de cuidados psicológicos, e apesar de ter sido encontrado estudos de grupos particulares no qual se aponta eficácia no seu acompanhamento, se faz necessária compreensão do perfil como forma de promover estratégias, programas, grupos e protocolos específicos. [3]

OBJETIVO

Traçar tanto o perfil quanto o seguimento do paciente atendidos no serviço de reabilitação pela psicologia a fim de direcionar estudos, protocolos e intervenções próprios da categoria.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, que visa traçar o perfil epidemiológico utilizando como variáveis para descrever o perfil: sexo, idade, número total de pacientes, patologia (utilizando como base o código de morbidades do CID-10), setores da reabilitação e desfecho de seguimento, no período de 01/01/2017 à 31/12/2017, sem critérios de exclusão. Para essa análise foi utilizado o Sistema de Informação em Saúde (SIS) que é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informação que auxilia no planejamento, organização, operação e avaliação dos serviços de saúde. [3] Os dados foram organizados em planilha do software Microsoft Excel (2017) com média e porcentagem.

RESULTADOS

Nesse período foram atendidos 1122 pacientes pelo serviço da psicologia, sendo 49% do sexo feminino (N= 549) E 51% do sexo masculino (N = 573), com faixa etária entre 0 a 86 anos. Em relação ao desfecho de seguimentos, o mesmo está descrito no gráfico 1; já no gráfico 2 está representado o desfecho de seguimento por sexo.

Gráfico 1: Desfecho de seguimento dos pacientes

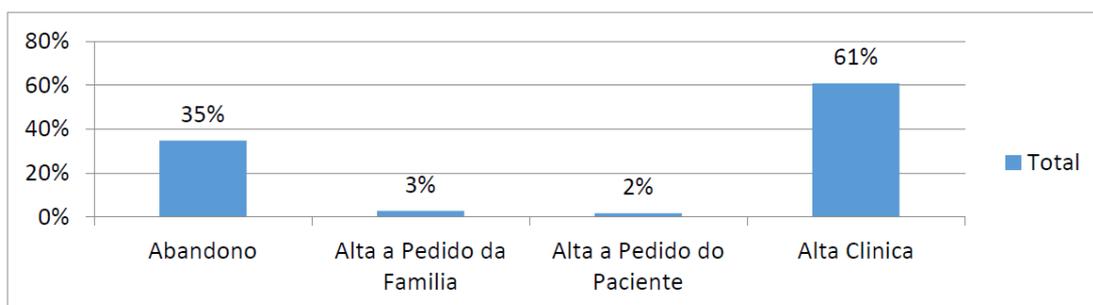
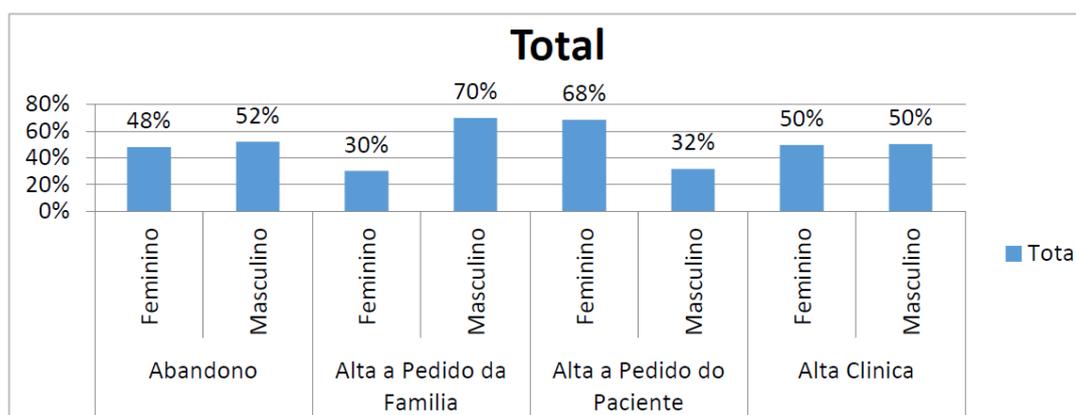


Gráfico 2: Desfecho de seguimentos por sexo



Em relação a faixa etária, a prevalência de foi de crianças entre 0 a 11 anos de idade com 54% assim como distribuído na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos sujeitos por faixa etária

Faixa etária	N	%
Criança	0 - 11 614	54%
Adolescente	12 - 18 102	9%
Adulto Jovem	19 - 40 88	8%
Adulto	40 - 60 164	15%
Idoso	> 60 154	14%
Total	1122	100%

Quanto ao tipo de patologia de acordo com o CID-10 os dados são apresentados no gráfico 3, seguido dos setores do serviço de reabilitação com maior incidência de acompanhamento da psicologia no gráfico 4.

Gráfico 3: CID-10 de maior prevalência no serviço da psicologia

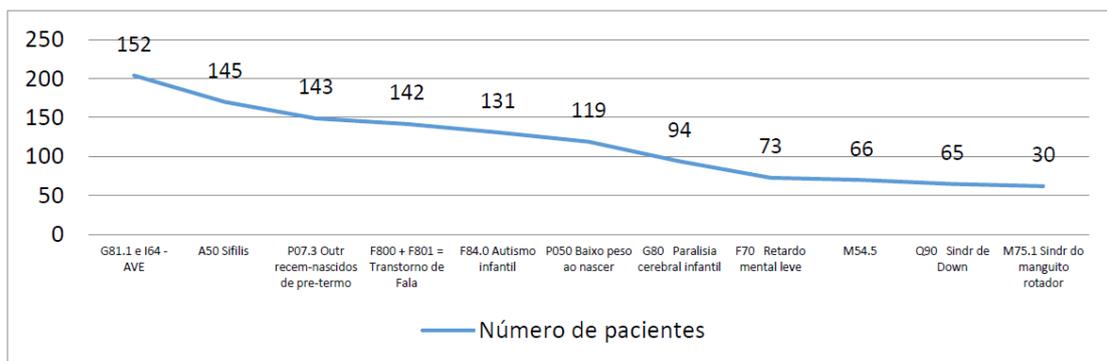
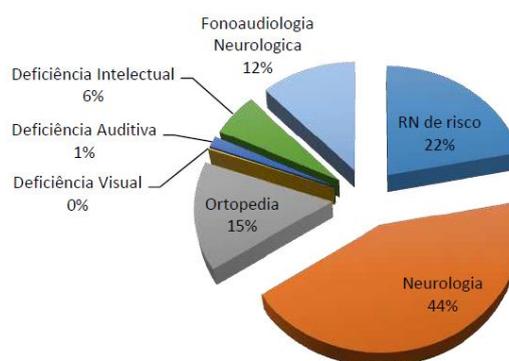


Gráfico 4: Divisão de setores da reabilitação em relação a intervenção da psicologia



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente, observamos quase que uma equivalência em relação ao sexo do paciente acompanhado pela psicologia sendo 49% do sexo feminino e 51% do sexo masculino. Com relação à faixa etária, a maior concentração foi de 0 - 11 anos de idade (54%) assim como aponta na literatura sobre a importância da psicologia nos programas de intervenção precoce e orientação a família para promover um desenvolvimento mais harmônico das crianças com problemas do desenvolvimento. [1] Já em relação ao desfecho de seguimento, podemos observar que 65% tiveram alta clínica, porém observa-se um número alto de abandonos (35%), sendo que a questão do sexo ficou equivalente em relação aos seguimentos de

alta clínica e abandono. Porém observa-se a necessidade uma maior investigação em relação à alta taxa de abandono e o perfil do paciente que solicita alta pedida. Sobre as patologias de maior incidência no serviço da psicologia pode se observar que as intervenções ocorrem com o que a literatura aponta como sendo próprio do psicólogo, como as sequelas de AVE com N=152 e de crianças que no nascimento já apresentam risco de atraso no seu desenvolvimento, como os RN de risco com os CID-10 A.50 e P.073 que somam o N=288 e G.80 com N=94; seguidos de crianças que na primeira infância apresentam deficiência como no caso do Autismo infantil (N= 131). [1] No que diz respeito aos setores da reabilitação ao qual o psicólogo mais atua o setor da neurologia juntamente com os RN de risco totalizam 66% do total dos setores de maior prevalência.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que o perfil do paciente acompanhado pela psicologia da reabilitação tem equivalência em relação ao sexo e apresenta na sua maioria sequelas neurológicas, sendo a maior prevalência de crianças entre 0 à 11 anos de idade. As patologias com maior incidência condiz com a atuação infantil com CID-10 de Paralisia cerebral infantil, autismo e RN de risco com diagnósticos de sífilis congênita e prematuridade; seguidos pelo cuidado ao paciente com sequelas de AVE. Em relação ao desfecho do seguimento não houve disparidade em relação ao sexo, sendo que a maioria recebeu alta clínica, porém nota-se a importância de uma pesquisa em relação à alta taxa de abandono para possíveis intervenções nesse sentido.

REFERÊNCIAS

1. ARAUJO TCCF, QUEIROZ E. Psicologia da reabilitação: Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. 1.ed. Brasília: Liber Livro, 2015.
2. SÃO PAULO. Área técnica da saúde da pessoa com deficiência. Diretrizes para organização das ações de reabilitação na rede de cuidados à pessoa com deficiência. São Paulo: Prefeitura de São Paulo: 2016.
3. GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. Ciência da Informação, Brasília, v. 33, n. 1, p.72-80, 2004.

INCIDÊNCIA DE GESTANTES COLONIZADAS COM STREPTOCOCCUS DO GRUPO B DURANTE O PRÉ-NATAL

Patricia de Souza Azevedo

Descritores: Gestantes, Streptococcus agalactiae, diagnóstico precoce

INTRODUÇÃO

O Streptococcus do grupo B (EGB) coloniza principalmente os tratos intestinais e geniturinários das gestantes.¹ A grande relevância médica deste microrganismo está na infecção do organismo materno, causando infecções urinárias, corioamnionite, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, endometrite puerperal e até mesmo comprometendo a evolução da gestação. Além disto, a colonização materna por EGB é uma das principais causas de sepse neonatal precoce, devido a contaminação do recém-nascido (RN) ao contato com a bactéria no momento do trabalho de parto (TP), podendo gerar quadros graves de pneumonia, meningite e até mesmo a morte neonatal.² OBJETIVO: Analisar artigos que identificaram a incidência de gestantes colonizadas com EGB durante o pré-natal.

METODOLOGIA

Revisão integrativa realizada pelos descritores: gestantes; Streptococcus agalactiae; e diagnóstico precoce, nas bases de dados SciELO; LILAS e Portal da BVS. Foram incluídos artigos que identificaram o impacto da triagem precoce de gestantes colonizadas com o Streptococcus do grupo B na redução da morbidade e mortalidade neonatal; nos anos de 2013 a 2018; gratuitamente disponíveis na íntegra; nos idiomas português, inglês e espanhol.

RESULTADOS

Título	Autores	Ano de Publicação	Resultados	Conclusões
Prevalência de Streptococcus agalactiae em gestantes da Grande Porto Alegre, RS: relato de caso	Nunes PR, Oliveira MS.	2015	40% das gestantes colonizadas por EGB, principalmente, entre 34 ^a a 37 ^a semanas de gestação (64%).	Detectou-se a importância da inclusão da pesquisa desse microrganismo nos exames pré-natais, evitando infecções potencialmente fatais no RN.
Colonización vaginal/rectal por Streptococcus agalactiae en gestantes de Melena del Sur, Cuba	Cruz AA, Peraza GT, Caballero RL.	2014	27,5% de gestantes colonizadas com EGB. No TP, 18,2% das gestantes colonizadas apresentaram fatores de risco; e quatro RNs desenvolveram sepse neonatal.	Fica evidente a importância da triagem no pré-natal e profilaxia das parturientes colonizadas e com fatores de risco.
Caracterización de las gestantes tamizadas para Streptococcus agalactiae y su relación con sepsis neonatal temprana, en la Clínica del Prado de Medellín (Colombia), ano 2010	Ceballos CA, Loaiza N, Romero J, Ospina M, Vásquez EM.	2013	Prevalência da colonização de EGB vaginal-reto foi de 17,6%. Nenhum RN das gestantes incluídas no estudo desenvolveu sepse neonatal; porém nos demais registros dos partos de 2010 da clínica encontrou-se 11 casos.	A triagem universal de gestantes mostrou-se importante pois ao conhecer o status do portador permite ações apropriadas para minimizar a incidência de sepse neonatal.
Prevalência da colonização por Streptococcus agalactiae em uma amostra de mulheres grávidas e não grávidas de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul	Kiss FS, Rossato JS, Grauden z MS, Gutierrez z LLP.	2013	15,2% de gestantes colonizadas com EGB e 6,4% de não gestantes colonizadas com EGB.	Enfatiza-se a importância de detectar essa colonização no final da gravidez, para uma prevenção eficaz da doença estreptocócica neonatal.
Frecuencia de colonización por Estreptococo grupo B en embarazadas de 35 a 37 semanas en el Hospital Materno-Infantil San Pablo	Ortiz MEI, Fariña NII, Sanabria RRII, Caballero EI, Dacak RI, Haramot o NI, Acuña VI.	2013	23,6% de gestantes colonizadas com EGB.	Este estudo permitiu dimensionar o problema no país e demonstrar a necessidade da implementação de um programa nacional para a detecção de EGB rotineiramente em gestantes. Desta forma, a morbidade e mortalidade perinatal e materna podem ser reduzidas com a administração oportuna do tratamento profilático.
Pesquisa do estreptococo do Grupo B em gestantes da Zona Leste de São Paulo	Função JM, Narchi NZ.	2013	17,4% colonizadas com EGB; 43,5% delas realizaram o exame entre 35 e 37 semanas de gestação; 23,5% não realizaram o exame.	Foi possível concluir que há falhas no rastreamento do EGB, principalmente no período de coleta.

DISCUSSÃO

Existem falhas no rastreamento do EGB, principalmente acerca da idade gestacional adequada para a coleta, tal fato pode advir de erros no cálculo da idade gestacional, que por vezes é baseado na data da última menstruação (DUM) ou pela ultrassonografia precoce.³ Nos resultados de todos os estudos, ficou evidente a importância da coleta de cultura vaginal e perianal para pesquisa desse microrganismo nos exames pré-natais, evitando infecções potencialmente fatais no recém-nascido. Porém, no Brasil, o estreptococo do grupo B não tem sido ainda devidamente valorizado na etiologia dos processos infecciosos que acometem os RNs e as puérperas, apesar da gravidade da infecção e de a mesma ser passível de benefícios profiláticos.⁵ Isto se deve a existência de poucos trabalhos evidenciando a prevalência de colonização materna e neonatal pelo EGB, sendo também recente, no Estado de São Paulo, o protocolo sobre a realização universal da pesquisa em gestantes.⁴

CONCLUSÃO

Há a necessidade de novas pesquisas de incidência de infecção neonatal precoce pelo EGB e a implementação de um programa nacional para a detecção do mesmo na gestação. Trata-se de um trabalho de equipe num modelo de referência e contra referência que compete à Atenção Básica o rastreamento e a assistência ao parto no âmbito hospitalar, a antibioticoprofilaxia, permitindo reduzir drasticamente os índices de morbi/mortalidades causadas pelo EGB no período neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Filho DSC, Tibiriçá SHC, Diniz CG. Doença perinatal associada aos estreptococos do grupo B: aspectos clínico-microbiológicos e prevenção. HU Revista. 2008;34(2):127-34.
2. Alger LS, Lovchik JC, Hebel JR, Blackmon LR, Crenshaw MC. The association of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and group B streptococci with preterm rupture of the membranes and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol. 1988;159(2):397- 404.
3. Melet D, Caetano ACR, Nardozza LMM, Araújo Junior E, Moron AF. A ultrassonografia a rotineiras em pré-natal de baixo risco colabora com a diminuição das mortalidades maternas e neonatais? Femina [Internet]. 2010 [citado 2012 jan. 28];38(8):435-9
4. Função JM, Narchi NZ. Pesquisa do estreptococo do Grupo B em gestantes da Zona Leste de São Paulo. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(1):22-9 5. Daley AJ, Isaacs D; Australasian Study Group for Neonatal Infections. Ten-year study on the effect of intrapartum antibiotic prophylaxis on early onset group B streptococcal and Escherichia coli neonatal sepsis in Australasia. Pediatr Infect Dis J. 2004; 23(7):630-4.

EDUCAÇÃO PERMANENTE: VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR E FORTALECIMENTO DO SUS - Atenção Especializada, Saúde Mental

Rosiane Lopes da Silva <rosipsico03@gmail.com>

Palavras Chave: Educação permanente; Sistema Único de Saúde; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; Agente de Redução de Danos

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) atua como um ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de um serviço público de saúde que realiza atendimento às pessoas em sofrimento ou transtorno mental, com atuação comunitária e territorial, com inserção na comunidade por meio de agentes de redução de danos (ARD), e como referência secundária para pacientes atendidos na Atenção Básica. A Educação Permanente voltada aos ARDs no Centro de Atenção

Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), transcende a aquisição de aprimoramento de habilidades técnicas.

Embora o Ministério da Saúde classifique o profissional desta área como ativo e apto a aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser, o processo de aprendizagem envolvendo ARDs, vai além do aprimoramento e desenvolvimento de competências, pois os impactos emocionais das situações vividas por eles influenciam diretamente no trabalho e nos resultados junto aos pacientes.

Os ARDs são atores sociais que desempenham várias funções, dentre elas, ações de fortalecimento das redes psicossociais, como a identificação de usuários e/ou famílias em situação de vulnerabilidade, especialmente adolescentes com risco para uso de drogas, evasão escolar e/ou, aliciamento para a criminalidade, entre outros. Desta forma, a educação permanente com esses trabalhadores fomenta o desenvolvimento de uma visão crítica sobre o aprender, o fazer, o conviver e o ser.

OBJETIVO

Iniciar um grupo de educação permanente com a equipe de redução de danos do CAPS AD, com suporte emocional para enfrentamento de situações de risco e auxiliar na formação profissional para a condução de grupos com jovens na comunidade.

MÉTODO

Relato da experiência com os ARDs, que solicitaram inicialmente um treinamento sobre álcool e outra drogas para se prepararem para o início de um projeto de intervenção com jovens da comunidade (Projeto Papo Kbeça) em um Centro da Juventude. Com início em abril de 2017, ocasião em que ocorre discussões sobre dependência química com a equipe dos ARDs abordando diversos assuntos, que posteriormente seriam desenvolvidos em um grupo com jovens, dentre eles: fatores biopsicossociais da doença, as principais drogas de abuso e seus efeitos, e as principais comorbidades psiquiátricas e clínicas associadas à dependência química. O grupo foi formado por quatro ARDs, e a psicóloga, que atuou como facilitadora do aprendizado. Neste processo de aprendizagem, utilizou-se aulas expositivas, exemplos práticos ou estudos de caso, por meio de narração, estudo dirigido, leituras e debates. Os encontros aconteceram com uma periodicidade quinzenal num período de duas horas cada, por cinco meses.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Nesses encontros mensais surgem outras demandas que não aquelas apresentadas inicialmente relacionados ao treinamento para o início do Projeto Papo Kbeça. Os ARDs solicitam orientação e acolhimento para compartilhar os casos que acompanham em visitas domiciliares, além de um cuidado para com eles mesmos, cuidado esse que envolvia, muitas vezes, uma escuta terapêutica. O espaço também é utilizado para compartilhar conflitos, medos, dúvidas e angústias em relação aos processos de trabalho.

Desta forma, o trabalho foi tomando um outro direcionamento, mantendo-se as discussões sobre a dependência química, porém com maior aprofundamento em questões pessoais e outros aspectos do trabalho que não apenas os relacionados ao Projeto Papo Kbeça, tomando um formato de educação permanente em saúde com participação ativa dos ARDs sobre os seus processos de trabalho, o processo de saúde-doença e o protagonismo deles mesmos dentro do CAPS AD.

O amadurecimento da equipe sobre a condução de grupos, pelo aumento de conhecimentos e o desejo de que a intervenção com os jovens desse certo, inspirou a criação do espaço permanente de reflexão, aprendizagem e convivência entre os envolvidos. Além do espaço de educação permanente em saúde, também foi criado um espaço de cuidado, no qual inseriu-se dramatizações, meditações e escuta reflexiva, que passaram a acontecer uma vez por mês, em um período de duas horas.

CONCLUSÃO

A valorização do profissional de saúde inicia com a escuta ativa sobre as suas necessidades, promovendo protagonismo e qualidade do atendimento numa lógica que vem de baixo para cima, perfazendo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que consiste na universalidade, equidade e integralidade. É de extrema relevância adotar mecanismos que apoiem a reflexão sobre o aprender, o fazer, a convivência, e o ser de cada um dentro de um serviço de saúde do SUS em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH), que considera a humanização como a produção de relações mais humanas, mais saudáveis com os usuários e com os outros trabalhadores e que só foi possível mediante a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade desses ARDs. Neste sentido, foi visto o potencial para criar, construir e produzir saúde de forma coletiva (gestores, trabalhadores e jovens), pois a transformação das relações e das práticas de saúde ocorrem mediante a mudança e/ou a criação de novos processos de trabalho, o que foi possível com a criação do espaço de educação permanente como um ganho importante na diminuição da vulnerabilidade da equipe frente aos processos de trabalho com os pacientes, familiares e jovens da comunidade.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Curso Introdutório para Profissionais do Núcleo de Educação Permanente (NEP). Hospital Alemão Oswaldo Cruz, PROADI SUS e Ministério da Saúde. De 01/11 a 05/12 de 2017 (10 horas).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

GESTÃO DA QUALIDADE NA PRÁTICA ASSISTENCIAL: MAIOR EXCELÊNCIA COM MENOS RECURSOS - Urgência/Emergência

Irineu Sodré da Silva <irisodre@gmail.com>

Palavras-chave: Gestão, Qualidade, Processo e Segurança do Paciente.

INTRODUÇÃO

Desde o ano 2000, quando o Instituto de Medicina dos Estados Unidos, publicou o relatório "Errar é Humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro"¹, em que a análise de 30.121 prontuários identificou que, em 3,7% das internações ocorreram erros assistenciais que levavam a disfunções permanentes ou a morte do paciente, o mundo inteiro começou a se mobilizar e implantar iniciativas de redução de eventos adversos na saúde. No Brasil, o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) em sua gênese, aborda o conceito de integralidade, cujo objetivo é contribuir para a obtenção do melhor estado de saúde, individual e coletiva, com a ajuda dos recursos disponíveis. E aqui está o grande nó. A ausência da sustentabilidade econômico-financeira, com as políticas de redução de repasses para a área de saúde, sobretudo na cidade do Rio de Janeiro² provoca grande impacto negativo na saúde da população. Apesar da redução de investimentos, o modelo de gestão compartilhada, através da licitação e contratualização de Organizações Sociais em Saúde (OSS), atua com metas pré-estabelecidas que têm, principalmente como base, diretrizes formalizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)³ com vistas ao cumprimento de metas de Segurança do Paciente. Assim sendo, para adequar os serviços de saúde a preocupação da segurança assistencial (que é uma demanda global), a redução de investimentos públicos e as metas contratuais do modelo de gestão das OSS, tornou-se imprescindível à busca de novas formas de pensar os serviços prestados, convertendo maior excelência

com menos recursos. Dentro do cenário de atendimento de Urgência/Emergência, a proposta foi iniciar a integração de todo processo de saúde a partir da gestão da qualidade. Para tanto, foi realizado mapeamento dos processos, redesenhando fluxos e estabelecido às barreiras de prevenção possíveis a partir do engajamento da equipe e, assim, evitar possíveis riscos clínicos e não clínicos dentro da unidade.

OBJETIVO

Apresentar resultados alcançados com a utilização do mapa de processo em uma emergência de porta aberta, com atendimento de demanda espontânea e referenciada, na cidade do Rio de Janeiro.

MÉTODO

Primeiro foi realizada uma análise bibliográfica, para que se proporcionassem aproximações sucessivas da realidade⁴, uma vez que este método apresenta “uma carga histórica” onde se reflete posições semelhantes a vividas na rotina assistencial e assim, auxilia na construção de estratégias e de sistemas de trabalhos melhor integrados. Na sequência, procedeu-se ao levantamento de dados na unidade com identificação das atividades desenvolvidas na realização do processo e na execução destas atividades; resultado da atividade; recursos necessários (materiais, equipamentos, formulários e sistemas de informação); agentes envolvidos no cuidado; clientes e fornecedores (agentes ou unidades externas ao serviço mapeado que tenham alguma relação com as atividades realizadas) e indicadores contratuais. Com o mapeamento concluído, foi possível traçar um plano de ação com etapas prioritárias a execução de melhorias com redução de custos.

RESULTADOS

Os processos foram analisados do ponto de vista da integralidade do cuidado e, verificando as características singulares do funcionamento da unidade, foi possível uma reflexão sobre as estratégias de gestão a fim de entender sua modelagem de acordo com as linhas de cuidado detectadas neste ambiente. Ao longo de seis meses, procedeu-se a implementação do mapa de processo na emergência, e a utilização dessa ferramenta contribuiu para ajudar a determinar e focar nas necessidades dos clientes, eliminar atividades que não agregam valor e reduzir a complexidade dos processos, direcionar a interação dos processos claramente definidas e controladas, estabelecer fluxos de entradas e saídas monitoradas, identificar riscos e gerenciá-los, identificar e responsabilizar autores de processos, e atender as necessidades e expectativas de partes gerenciais.

DISCUSSÃO

Este estudo proporcionou uma visão ampla e detalhada das tarefas executadas no fluxo de atendimento aos pacientes, e o indicador existente em cada etapa do processo para cumprir as cláusulas contratuais, com isso, foi possível definir prioridades para elaboração e/ou revisão de barreiras de prevenção de perigos (políticas de seguranças, regimentos, protocolos, fluxos, contratos, POPs, atribuições, normas e rotinas internas) garantindo a sequencia dos processos de trabalho com eficiência, sem abrir mão das políticas de Segurança do Paciente, apesar da crise financeira.

CONCLUSÃO

Com foco na segurança do paciente, na qualidade da assistência, e na gestão por processos, foi possível concluir que o mapeamento de processos torna-se fundamental para o alcance da racionalização no trabalho, na satisfação dos envolvidos, a inovação e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade com menos recursos.

REFERENCIAS

1. KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MC, editors. Committee on Quality of Health Care. Institute of Medicine. To Err is Human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press. 2000 Disponível em: <https://proqualis.net/livro/errar-é-humano>. Acesso em: 09 set.2018
2. BRUNET, D. Blog Emergência. Crivella deve fechar até 40 unidades de saúde no Rio. Disponível em: <https://blogs.oglobo.globo.com/blogemergencia/post/crivella-deve-fechar-ate-40-unidades-de-saude-no-rio.html>. Acesso em: 09 set 2018
3. BONATO VL. Gestão em Saúde: Programas de Qualidade em Hospitais. São Paulo: Ícone; 2007. 3. Paganini JM, Novaes HM. Garantia de qualidade – acreditação de hospitais para a América Latina e Caribe. Brasília: OPAS; 1992. [OPAS – Série Silos, 13].
4. GONÇALVES, MCS. O uso da metodologia na construção do conhecimento científico. Minas Gerais: Cortes; 2007.

ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAMENTO DO ABSENTEÍSMO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - Atenção Especializada

Fernanda Ramos Lages <ffffrlages@gmail.com>; Patricia Meire Caravante Gaia <patricia.gaia@cejam.org.br>; Marcio Henrique de Oliveira Mattos

Palavras-chave: Absenteísmo, gestão de agendas.

INTRODUÇÃO

O absenteísmo de consultas e exames nas especialidades médicas da saúde pública do Brasil tornou-se um problema crônico que gera grande preocupação por parte dos gestores, abrindo discussões de como reduzi-lo. O esquecimento, a distância entre a data do agendamento e a consulta, a melhora do sintoma que levou ao agendamento, a dificuldade de locomoção, a liberação da empresa para ir à consulta e a falta de conhecimento do usuário sobre a marcação, são obstáculos encontrados no dia a dia das unidades de saúde e que colaboram para o absenteísmo. Segundo estudos, o absenteísmo esperado é entorno de 25 a 30 %, onde a perda destes agendamentos leva ao desperdício do recurso público, impacta no processo de trabalho e aumenta as filas de espera. Além das questões administrativas, o mais preocupante são os prejuízos que a ausência destas consultas e exames podem gerar no cuidado da saúde dos usuários 1,2,3 .

OBJETIVO

Diante do quadro atual em relação ao absenteísmo, o estudo mostra-se importante tanto em questões administrativas, como na melhora do cuidado do paciente, tendo como objetivo reduzir a ausência dos usuários em consultas médicas a fim de otimizar a distribuição das vagas.

MÉTODO

Foi realizada uma amostra constituída pela taxa de absenteísmo do período de Abril a Setembro de 2015 e Abril a Setembro de 2016 nas seguintes especialidades: cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e gastroenterologia. Implantamos assim a gestão das agendas através do contato telefônico e estabelecida como rotina de trabalho à confirmação da presença dos usuários agendados, assim como o cancelamento e disponibilização da vaga caso não houvesse confirmação de comparecimento. Concomitantemente iniciou-se um trabalho de conscientização dos funcionários que participavam desta ação para que compreendessem a importância de seu trabalho e o impacto que o mesmo resultaria na saúde do usuário.

RESULTADOS

Observou-se que após a utilização da estratégia do contato telefônico prévio a taxa de absenteísmo total entre as especialidades caiu de 21% para 19%, causando assim uma redução de 2%, em número absoluto 560 consultas.

DISCUSSÃO

Em um estudo realizado no Ambulatório Médico de Especialidades (AME), no interior do estado de São Paulo, foi observado que após a confirmação dos agendamentos por telefone ocorreu uma redução de 2 a 4% no absenteísmo. Apesar da redução das taxas de absenteísmo estar próxima aos resultados do AME, acreditasse que a estratégia poderia ter sido mais eficaz se os cadastros telefônicos dos usuários estivessem atualizados, sendo este o maior obstáculo encontrado pelos profissionais que realizaram a ação e que causou uma redução significativa na otimização das vagas.

CONCLUSÃO

O absenteísmo é sem dúvida um grande desafio e por isso se faz necessário à ação em conjunto com todos os sujeitos envolvidos em sua produção. É muito importante a conscientização do usuário em relação à presença nas consultas médicas e o aviso caso não possa comparecer. Esse processo aumenta o acesso de outros usuários ao sistema de saúde e como consequência diminui o prazo de espera para realização de consultas médicas, refletindo na continuidade do tratamento do usuário. A utilização de estratégias no combate ao absenteísmo precisa ser constante, pois sua redução impacta diretamente na vida do indivíduo e evita futuros agravos em sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Oleskovicz M. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2014 mai; 30 (5) ;1009-1017.
2. Santos JS. Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: um estudo em um município Baiano [dissertação]. Vitória da Conquista: Universidade Federal da Bahia; 2008.
3. Sá, MVHM. Plano de intervenção para reduzir as faltas dos usuários ao atendimento especializado. [monografia]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2012.
4. Canelada HF; Levorato CD; Corte RIAS; Diniz EES. Redução do absenteísmo através da gestão da agenda e do trabalho em rede. Anais do Congresso internacional de humanidades & humanização em saúde; 2014 Mar; 2(1). DOI <http://pdf.blucher.com.br/s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/cihhs/10458.pdf>.

MEDIDAS PARA A REDUÇÃO DE CESÁREAS DESNECESSÁRIAS - SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Zaira Prado Daud <zaira.daud@cejam.org.br>; Miriam Siqueira do Carmo Rabello <miriam.siqueira@cejam.org.br>; Anatalia Lopes de Oliveira Basile; Augusto Lago e Silva <augustolago17@gmail.com>

Palavra Chave: Indicações de cesáreas. Estratégias para redução de cesárea. Inserção da enfermeira obstetra.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Apesar da maioria das mulheres preferirem o parto normal¹, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento². Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade, morbidade materna e perinatal, porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios².

OBJETIVO

Apresentar os motivos para o aumento da cesárea, suas taxas no Brasil e propostas para a redução destas taxas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre as indicações de cesáreas e estratégias para a redução destas taxas. Foram levantados vários artigos científicos, dos quais foram selecionados artigos em língua portuguesa e inglesa na íntegra, com publicação de 2004 a 2018 sendo utilizadas as seguintes palavras chave: Indicações de cesárea; taxas de cesáreas; preferência da via de parto e redução de cesárea. Foram selecionados apenas os artigos disponíveis na íntegra, em livre acesso, e que tivessem relação com o tema proposto, através de pesquisas nas bases de dados da Scielo, PubMed, Google Acadêmico, sites da Organização Mundial de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde e Arquivos de um projeto parceiro à Prefeitura de São Paulo. **RESULTADOS:** Foram utilizados 17 artigos sendo 14 nacionais e 3 internacionais. Destes: 6 apresentaram as preferências e motivos da escolha da via de parto tanto pelos profissionais quanto pelas clientes; 4 apontaram as taxas de cesáreas no Brasil e no mundo, as complicações que as cesáreas sem indicações obstétricas podem gerar e taxa ideal de cesáreas; 3 manuais técnicos e diretrizes e 4 publicações com medidas para combater o incremento das taxas de cesárea.

DISCUSSÃO

No Brasil a taxa de cesárea vem aumentando progressivamente e conseqüentemente a de parto normal diminuindo. No ano 1999 a taxa de cesárea apresentou a menor taxa com 32% e desde então foi apresentando um crescimento expressivo e contínuo chegando ao topo com 57% em 2014. Segundo Potter, os médicos com frequência tentam persuadir seus pacientes para aceitarem uma cesariana programada por condições que não existem ou que não justifique o procedimento³. A principal justificativa dos médicos para o aumento na taxa de cesárea é de acatar o desejo das mulheres, porém os fatos

analisados não sustentam esta afirmativa médica⁴, outro agravante a esse processo de decisão é a questão financeira, onde o profissional recebe quase o mesmo valor para assistir um parto normal ou cesariana, e a imprevisibilidade do parto normal, que pode passar de 12 horas de trabalho de parto, leva esse profissional a opinar pela cesárea que dura no máximo 3 horas¹. Como forma de monitorizar, avaliar e comparar as taxas de cesariana, a OMS propôs que a classificação de Robson seja um instrumento padrão utilizado em todo o mundo². No Brasil, tendo em vista que os altos índices de cesáreas ocorrem principalmente no setor privado, ações de incentivo ao parto normal e redução de cesáreas desnecessárias foram tomadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com a Resolução Normativa nº 368, disponibilizando informações à respeito das taxas de cesáreas por profissional. Em um hospital privado do interior de São Paulo foram contratadas enfermeiras obstetras, os médicos passaram a receber por plantão, extinguiu a remuneração para agendamento de cesáreas eletivas e fornecido bônus no valor do plantão caso a taxa individual de parto normal ultrapassasse 50%, aumentou a taxa de parto vaginal de praticamente 0% para 40% em apenas sete meses de intervenção⁵. A inserção da enfermeira obstetra no trabalho de parto e parto se opõe com o modelo medicalizado, proporcionando um atendimento menos intervencionista, contribuindo com a redução de cesáreas e intervenções na assistência ao parto, privilegiando o processo natural. Baseado nesta afirmativa, a prefeitura de São Paulo fez uma parceria com uma Organização Social, e através do programa Parto Seguro à Mãe Paulistana e conseguiu reduzir a média da taxa de cesárea em 8 Hospitais Públicos em apenas um ano de trabalho, com a inserção de enfermeiras obstetras para prestar assistência ao trabalho de parto e parto mantendo a cobertura em todos os plantões, além de incluir a Iniciativa Hospital Amigo da Criança como estratégia implantada para redução de cesáreas com os cuidados amigos da mãe, onde a taxa de cesárea é valorizada para a obtenção do título.

CONCLUSÃO

O incremento na taxa de cesárea é um evento mundial, tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. É necessário tomar medidas para conter este crescimento. A inserção da enfermeira obstetra capacitada na assistência ao parto ajuda a segurar e até abaixar a porcentagem de indicações de cesáreas. É necessário identificar os principais grupos de Robson onde a taxa de cesárea é predominante para formular estratégias de intervenções e mudanças no modelo de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Pimentel TA, Oliveira-Filho EC. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. jul/dez 2016; 14:187-199. DOI: <http://dx.doi.org/10.5102/ucs.v14i2.4186>.
2. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra; World Health Organization; 2015.
3. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Women's Autonomy and Scheduled Cesarean. 2008/02/27; 35:33-40. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00209.x>.
4. Faúndes A, Pádua KSD, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MHD. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. 2004/ago; 38:488-494. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000400002>.
5. Borem P, Ferreira JBB, Silva UJ, Valério Júnior J, Orlanda CMB. Aumento do percentual de partos vaginais no sistema privado de saúde por meio do redesenho do modelo de cuidado. 2015/out; 37(10):446-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320150005264>.

GESTÃO DA FILA DE ESPERA DE NUTRIÇÃO: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA NA ATENÇÃO BÁSICA - Gestão

Joice Sales Mesquita Silva <joice.sales@cejam.org.br>

Palavras-Chave: Nutrição, Fila de Espera

INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA

Com o aumento da prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias, em função do aumento da prevalência de pessoas com excesso de peso no Brasil, cresce a demanda por serviços nutricionais ambulatoriais. Dentre as condições clínicas comuns, para o âmbito ambulatorial da nutrição, encontram-se as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a obesidade, doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e que encontra sucesso na base dietética do emagrecimento; a diabetes mellitus, decorrente da falta e/ou incapacidade da insulina em exercer suas funções, sendo o principal foco do objetivo dietético o controle alimentar dos carboidratos e gorduras; as dislipidemias, que são alterações de lipídeos séricos sendo que seu controle dietético se baseia na qualidade e quantidade da gordura ingerida, e a hipertensão arterial, que se desenvolve quando os determinantes da pressão interferem na manutenção dos níveis pressóricos normais, tendo como base da conduta dietética uma alimentação hipossódica. Diante deste contexto, a crescente demanda pela procura de atendimento nutricional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que não contam com equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tem gerado longas filas de espera para nutrição, havendo necessidade de avaliação desta demanda e perfil dos encaminhamentos. Quando o projeto foi iniciado, no mês de abril de 2018, a Fila de Espera (FE) para nutrição nas unidades que não tinham NASF na região do Jardim Ângela, era de 1.069 encaminhamentos, sendo 143 em uma única UBS, na qual iniciamos o projeto, e a tendência era aumentar, uma vez que a referência excede a capacidade instalada para atendimento desta demanda. Uma das possíveis causas do problema, é a prescrição do encaminhamento para nutrição, pois muitos casos poderiam ser atendidos nos grupos da ESF. Outra possível falha, é a falta de sensibilização da equipe envolvida no processo, como a regulação e Estratégia Saúde da Família, para melhorar e qualificar os encaminhamentos realizados.

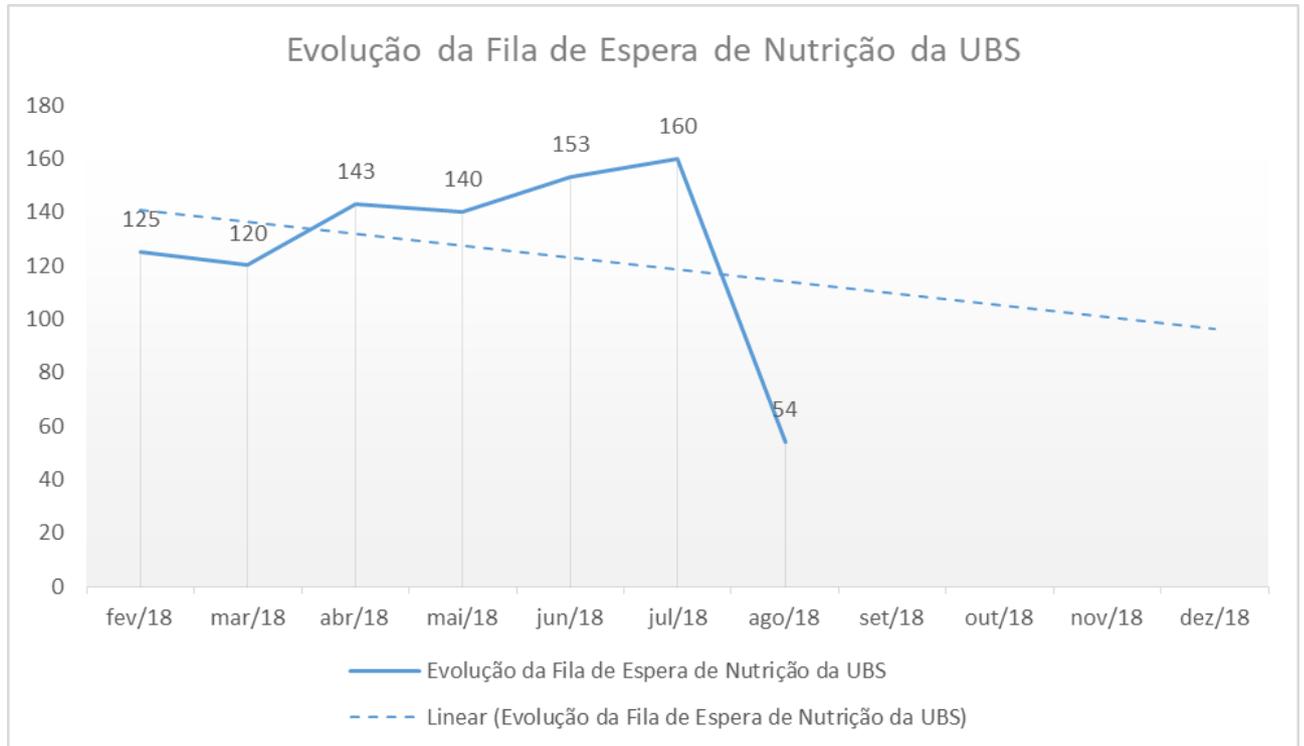
OBJETIVOS

Qualificar os encaminhamentos realizados para atendimento de nutrição, otimizando as atividades disponíveis na própria UBS Reduzir a fila de espera de nutrição da UBS

MÉTODO

A primeira ação realizada na UBS foi a validação da FE, excluindo casos que não são mais do território, já faleceram, ou não necessitam mais do atendimento nutricionista, isso já reduziu uma parte dos encaminhamentos. Análise da lista de espera da regulação, por meio do CID-10 e definição dos casos que podem ser direcionados aos grupos da ESF e casos que devem ser encaminhados para atendimento da nutricionista. Realizada apresentação do perfil da FE de Nutrição em reunião com a Coordenação Médica da OS e com os Médicos prescritores de todas as UBS gerenciadas pelo CEJAM, para conhecimento desta demanda. Sensibilização e orientação das Nutricionistas na reunião do TRI (Treinamento e Reunião Interna) da UBS, para os médicos e enfermeiros. Apresentação dos critérios para atendimento de nutrição e sugestão dos grupos da UBS que podem absorver os casos elencados para acompanhamento pela ESF. O indicador de avaliação do resultado das ações, será a FE da regulação. Implantação e apresentação de um instrumento para qualificar e direcionar os encaminhamentos para nutrição na regulação da unidade, por meio do CID-10.

RESULTADOS



DISCUSSÃO

O projeto mostrou que o gerenciamento da FE, possibilita conhecer a demanda, e articular ações entre os atores envolvidos, para qualificação dos encaminhamentos e consequente redução da FE. Iniciamos o trabalho em abril, em uma unidade piloto, que tinha a maior FE entre as unidades gerenciadas pelo CEJAM, com 143 casos para nutrição. Após o desenvolvimento de todas as ações propostas, no mês de agosto a unidade ficou com 54 casos em FE para nutrição. Isso equivale a uma redução de 62%.

CONCLUSÃO

A experiência proporcionou maior resolução nos casos de nutrição que aguardavam em FE, e poderiam ser acompanhados nos grupos da UBS, além de trazer maior capilaridade de acesso aos casos que necessitavam efetivamente de atendimento com a nutricionista. Constatou-se que o gerenciamento da FE permite o constante monitoramento das ações desenvolvidas, possibilitando ajustes no processo sempre que necessários, em tempo hábil, além de gerar uma redução da demanda e otimização dos recursos disponíveis na própria UBS.

REFERÊNCIAS

- Junior E S. Simulação e Otimização do Processo de Atendimento de Uma Unidade de Saúde. Paraná: Universidade Tecnológica do Paraná; 2015.
- Mancuso A M C, Tonacio L C, Silva E R, Vieira V L. A Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um Grande Centro Urbano. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
- Oliveira A F, Lorenzatto S, Fatel E C S. Perfil de Pacientes que Procuram Atendimento Nutricional. Revista Salus-Guarapuava-PR. 2008 jan-jun; 2(1): 13-21.

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO GRUPO PARA GESTANTE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Silvia Cristina Arnaut Marques <sil_susu@hotmail.com>

Palavra chave : aleitamento materno, atenção básica. Nutrição.

INTRODUÇÃO

A importância do aleitamento materno tem sido internacionalmente enfatizada em diversos documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) que recomendam o aleitamento materno exclusivo por seis meses de vida. Baseados nas evidências científicas dos benefícios do aleitamento materno exclusivo, muitos países, dentre eles o Brasil, assumiram oficialmente a recomendação de alimentos complementares após os seis meses de idade. De acordo com a OMS, o leite materno é o melhor alimento para os recém-nascidos e crianças de até 2 anos. No entanto, cinco em cada 20 bebês (25%) na América Latina e no Caribe não são amamentados em sua primeira hora de vida, o que é uma medida essencial para salvar vidas. No Brasil há evidências de uma tendência crescente da amamentação. Estimativas provenientes da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e de 2006 mostraram aumento da duração mediana do aleitamento materno, independentemente do recebimento de outros alimentos, de 7 para 14 meses. No Brasil a rede de assistência primária à saúde é pública e constitui a principal responsável por acompanhar as gestantes durante o pré-natal e o binômio mãe-filho nos primeiros anos do bebê. A gestação é uma etapa chave para a promoção do aleitamento materno, pois é nesse período que a maioria das mulheres define os padrões de alimentação que espera praticar com seu filho. ²

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo avaliar a implantação do grupo para gestantes em uma unidade de saúde da família e a influência da criação do grupo na adesão ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa com delineamento transversal e caráter descritivo. A área do presente estudo foi um bairro no interior de SP, situado na zona rural. A área de abrangência em questão possui 1.061 famílias cadastradas, totalizando 3.740 pessoas. Os dados para subsidiar o estudo foram extraídos da base de dados SIAB no período de Agosto de 2017 a Julho de 2018 e analisados utilizando Microsoft Excel. A implantação do grupo para gestantes ocorreu em agosto 2017 e foram utilizados as faixas etárias de 0 a 3 meses e 29 dias, devido a OMS considerar desmame precoce aquele que ocorre em idade inferior a 4 meses.

RESULTADOS

Analisando os dados referentes a quantidade de crianças entre 0 a 3 meses e 29 dias, no período compreendido entre Agosto de 2017 a Julho de 2018 tivemos um total de 216 crianças, as crianças que mantiveram aleitamento materno exclusivo nos primeiros 4 meses de vida totalizam 182, chegando a um valor de 85% das crianças nos primeiros 4 meses estiveram em aleitamento materno exclusivo. No mês de implantação do grupo para gestantes, Agosto de 2017 havia 79% das crianças até 4 meses em aleitamento exclusivo, em Julho de 2018 após um ano de implantação do grupo temos a média de 89%. A média anual de prevalência do aleitamento materno para crianças de 0 a 3 meses e 29 dias foi de 85%.

DISCUSSÃO

É consenso dentre os autores analisados o fato de que o aleitamento materno exclusivo é uma forma segura, econômica e emocionalmente satisfatória de alimentar os bebês, especialmente nos países em desenvolvimento. Um levantamento global de amamentação realizado pela OMS, que avaliou 194 nações, constatou que apenas 40% das crianças menores de 6 meses são amamentadas exclusivamente e apenas 23 países têm taxas de amamentação exclusiva acima de 60%. No Brasil, 39% das mães amamentam seus filhos exclusivamente até os 6 meses de vida, segundo o estudo do Unicef e OMS. Os dados obtidos neste estudo apontaram taxa de aleitamento exclusivo até 4 meses na área de abrangência analisada de 85% nos anos 2017/2018. Este estudo evidencia prevalência de médias de aleitamento materno exclusivo mais alta do que a recomendada pela OMS (60%). Em um estudo de intervenção, realizado por Albernaz na cidade de Pelotas em 2003, foi verificado que, aos 4 meses de idade, 29% dos bebês mamavam exclusivamente no peito e 31% já haviam sido desmamados. Este estudo apresenta média inferior ao preconizado pela OMS.

Observa-se que os estudos demonstram uma heterogeneidade na prática da amamentação nos diferentes locais, inclusive nas diversas regiões dentro do próprio país. Isso leva a crer que a realização de diagnósticos locais da situação da amamentação é de fundamental importância na elaboração de políticas de incentivo à amamentação. Vários estudos têm demonstrado efeito protetor do leite materno contra morbimortalidade infantil; por essa razão, é de fundamental importância a adoção dessa prática, especialmente em populações pobres em que o risco de morrer por doenças infecciosas nas crianças não amamentadas é alto. Dados obtidos em inquérito nacional, realizado em 1999, demonstram tendência ascendente na prática de aleitamento materno. No entanto, não foi constatado aumento significativo do aleitamento materno exclusivo, fato que confirma uma tendência mundial de que, embora tenha ocorrido um grande avanço, a duração do aleitamento materno exclusivo está distante do que é preconizado pela OMS.³

CONCLUSÃO

Este estudo mostra que a prática educativa de incentivo ao aleitamento materno para gestantes se mostra bastante eficaz, observando-se as altas taxas de aleitamento materno exclusivo obtidos na área de abrangência onde o grupo foi implantado. Os autores avaliados sugerem que a prática do aleitamento materno exclusivo ainda apresenta índices inferiores aos recomendados, o que reforça a necessidade de se continuar estimulando a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 - Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions . J Hum Lact 2001; 17:326-43.
- 2 - Unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo . Rev Bras Epidemiol 2002; 5:41-51.
- 3 - Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília (DF); 2001

A CONTRIBUIÇÃO DOS REGISTROS NA MELHORIA DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO - ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/ADMINISTRAÇÃO

Juliana Kelli Murakami da Silva <julianakmurakami@yahoo.com.br>; Andrea Emi Sakata <andrea_sakata@yahoo.com.br>

Palavra chave: atenção básica, prontuário.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que, o prontuário funciona como apoio no processo de atenção a saúde, servindo de fonte de informação clínica e administrativa para todos os profissionais envolvidos no processo do cuidar¹. Além de ser um registro legal para os pacientes e profissionais. No século 5 A.C, Hipócrates dizia que o registro médico representa o curso da doença e indica suas causas². A palavra prontuário origina-se do latim *promptuarium*, que significa: "lugar onde são guardadas coisas de que se pode precisar a qualquer momento"³. Esse documento permite tanto o compartilhamento de informações, quanto a continuidade e a coerência da terapêutica. É um meio de comunicação dos profissionais, e respaldo para suas condutas. Assim, o prontuário é o grande fator de integração da equipe de saúde⁴. Na medida em que o prontuário torna-se adequado, também há melhora na assistência prestada.

PROBLEMÁTICA

A partir de um diagnóstico situacional realizado nos prontuários da UBS, encontrou-se um problema com relação a sua organização, demonstrando uma desvalorização do prontuário como documento contínuo da assistência prestada. Foi identificado que um grande número de prontuários não era encontrado, gerando folhas avulsas, e seu mau armazenamento, além disso, identificamos que: 1- Método de rastreamento atual de prontuário não funciona; 2- Os responsáveis não estão executando o fluxo de rastreamento indicado; 3- Os responsáveis não estão sensíveis à importância do processo; 4- Treinamento não efetivo (novos colaboradores, rotação de função). Foi realizada uma amostra no mês de Abril de 2018, quando foram realizadas 3391 consultas e 830 coletas de exames laboratoriais, sendo 173 sem prontuário no momento da consulta e 203 sem prontuário no momento da coleta dos exames. Portanto, 5% de consultas e 24% de procedimentos não tiveram registro efetivo em prontuário. Com isso, gera-se atendimento não satisfatório devido inconsistência do histórico do paciente no momento da consulta e coleta de exames laboratoriais.

OBJETIVO

Melhorar organização do fluxo de rastreio dos prontuários para garantir qualidade na continuidade no tratamento. Para isso, estabelecemos atender 96% dos pacientes com o prontuário no momento da consulta (melhoria de 5% em relação à base atual), sendo a meta para consultas 97% e para procedimentos 90%.

METODOLOGIA

A UBS onde ocorreu a intervenção localiza-se na região metropolitana de São Paulo, no estado de São Paulo, e possui cadastro de 24110 pessoas (SIAB/2018), sendo uma região socialmente vulnerável. A UBS conta com 07 Equipes de Saúde da Família. Na assistência administrativa são 9 Auxiliares Técnicos Administrativos (ATA), 1 Encarregado Administrativo e 1 Assistente Administrativo. Entre as funções dos ATAS tem-se a organização dos prontuários (organizar, arquivar, rastrear, fazer levantamento para atendimentos e manter sua ordem). Os prontuários são organizados por família, quer dizer, cada família cadastrada possui um prontuário, onde constam todos os seus membros. Quer dizer, as 24110 pessoas atendidas no território são distribuídas em 7704 famílias, o que geram o número semelhante de prontuários ativos. Para que conseguíssemos atingir nosso objetivo e garantir o engajamento da equipe

em seguir o fluxo proposto, nos apoiamos em 3 pilares: educar, guiar e acompanhar a aderência ao processo no prazo de 1 mês, através de treinamento e acompanhamento semanal.

Dia 1: Treinamento da equipe administrativa no fluxo de rastreamento estabelecido, com uso de planilha (ANEXO 1 e 2), administrado pelo encarregado administrativo e supervisionado pela gerente da unidade.

Dia 5: Primeira revisão de desvio do processo: esperava-se 93% de consultas com prontuário (95,5% consultas e 82% procedimentos). Na revisão discutimos a meta e 3 exemplos de desvios encontrados, visando a correção para a próxima revisão.

Dia 12: Segunda revisão de desvio do processo: meta 94% (96% consultas e 84% procedimentos), seguindo a mesma dinâmica do primeiro encontro.

Dia 19: Terceira revisão de desvio do processo: meta 95% (96,5% consultas e 87% procedimentos), seguindo a mesma dinâmica do primeiro encontro.

Dia 26: Quarta revisão de desvio do processo: meta 96% (97% consultas e 90% procedimentos), seguindo a mesma dinâmica do primeiro encontro.

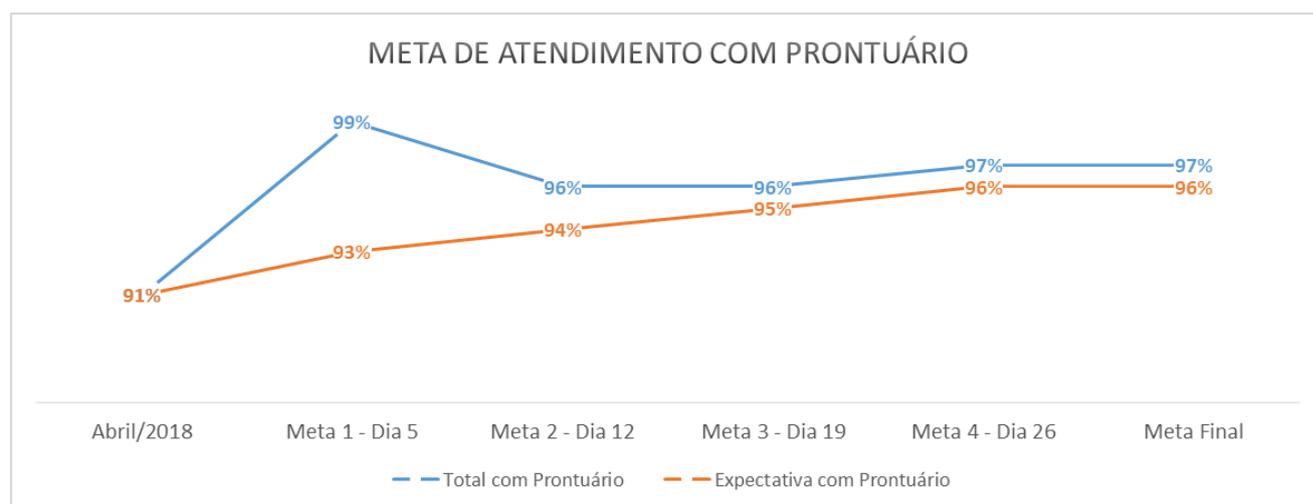
Dia 30: Revisão da meta final e discussão de lições aprendidas.

Foi realizada medição semanal do número de consultas e coleta de exames laboratoriais com prontuário e comparação com os índices passados. Também foi realizada a análise dos desvios visando discussão semanal com equipe para garantir o engajamento e sanar dúvidas.

RESULTADOS

Durante o processo foram contabilizadas 4028 consultas, sendo que 62 foram realizadas sem prontuários, representando 2% do total de consultas. Com relação à coleta laboratorial, foram realizados exames em 810 pacientes, sendo 90 sem prontuários, representando 11% do total de coletas.

Figura: Meta de Atendimento com Prontuário



CONCLUSÃO

Conclui-se que em relação às consultas atingiu-se 97% e coleta laboratorial 90% da meta estabelecida. Observamos melhoria na adesão da prática do rastreio de prontuários e maior envolvimento e comprometimento de todos os profissionais envolvidos, além dos ATAS.

3- Enfermagem e Saúde. Prontuário do Paciente[internet].São Paulo; 2011 [acesso em 31 ago 2018]. Disponível em: <http://enfermagemesaude.com.br/guiaenfermagem/4297/prontuario-do-paciente>

4- Sampaio AC. Qualidade dos Prontuários Médicos como Reflexo das Relações Médico-Usuário em Cinco Hospitais do Recife/Pe[doutorado].Recife:Fundação Oswaldo Cruz;2010.

OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO DE RASTREABILIDADE DE PRONTUÁRIOS ATRAVÉS DA TECNOLOGIA DE LEITOR DE CÓDIGO DE BARRAS - ESF/ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS

Bruno Rosolen de Abreu <br.rosolen@gmail.com>

Palavras chave: Registros Médicos, Processamento Automatizado de Dados, Atenção Primária à Saúde, Lean Six Sigma.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que os avanços tecnológicos visam contribuir com a automação dos processos em todas as áreas, agilizando assim a tomada de decisão por parte de qualquer profissional. Na área da saúde, isso não é diferente. ¹

A razão fundamental de se ter um arquivo médico em uma unidade de saúde é atender à administração e todo e qualquer usuário que dele precisar, independente da área e das atividades, seguindo é claro, as necessidades informacionais de cada um. ²

Para dinamizar o acompanhamento do paciente, as unidades de saúde instituem de um serviço de arquivo médico que tem como objetivo a produção de prontuários, retiradas para consulta, guarda e disponibilização das informações neles contidas. Cabe ao serviço, a responsabilidade pela guarda, conservação e disponibilização de prontuários para consultas ambulatoriais, internações e pesquisas. ²

As ações da gestão documental objetiva, entre outros, assegurar uma documentação adequada, garantir a preservação e o acesso aos documentos, permitindo a recuperação das informações de forma ágil e eficaz. Torna-se, portanto, fundamental verificar a organicidade, a unicidade, a confiabilidade, autenticidade e acessibilidade. ³

Diante do exposto, pode-se notar que é indispensável que o processo de arquivo de prontuários seja organizado e ágil, de modo a evitar perdas de documentos ou atrasos em atendimentos pela dificuldade em localizar um destes prontuários que ficam sob a guarda do serviço de saúde.

Desta maneira, comumente é utilizado nas unidades de saúde uma ferramenta de rastreabilidade de prontuários, visando garantir a gestão do fluxo de saídas e entradas destes documentos no setor de arquivamento. Verifica-se que o preenchimento e manutenção destas ferramentas de rastreabilidade é demorado, além de estar sujeito a falhas humanas. Ainda assim, é possível notar perdas temporárias de prontuários.

OBJETIVO

Diante das dificuldades em manter a organização e agilidade na localização dos prontuários nas unidades de saúde, fica um questionamento do quão é viável investir em um fluxo de rastreabilidade de prontuários, pois o tempo despendido nesta atividade administrativa deve ser o menor possível, para que não se torne um desperdício dentro do setor. O objetivo principal deste estudo foi apresentar uma maneira de otimizar o processo de rastreabilidade de prontuários, garantindo uma redução no tempo dispensado para esta atividade.

MÉTODO

Consiste em um projeto de melhoria do processo de rastreabilidade de prontuários através da metodologia Lean Six Sigma.

Inicialmente foi realizada uma medição de tempo gasto na atividade de registro na planilha de rastreabilidade em um serviço de saúde que já mantém esta prática, portanto a mensuração dos tempos foi feita através da observação visual sem interferência no processo. Os dados levantados foram analisados através de uma ferramenta de suporte do Excel, chamada Action.

A ferramenta de rastreabilidade otimizada foi desenvolvida em Excel, com a utilização integrada de leitores de códigos de barras. Para tal, foi desenvolvido um código de barras para cada prontuário a partir do seu número de identificação (Área – Micro área – Família).

RESULTADOS

Imagem 1. Mapa de fluxo de valor antes da otimização da planilha de rastreabilidade.

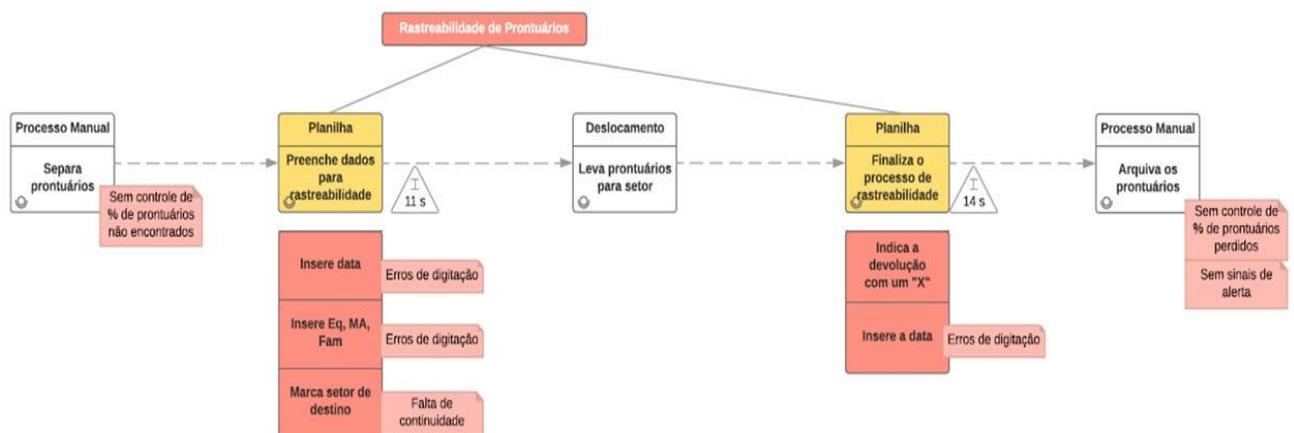


Imagem 2. Mapa de fluxo de valor após a otimização da planilha de rastreabilidade.

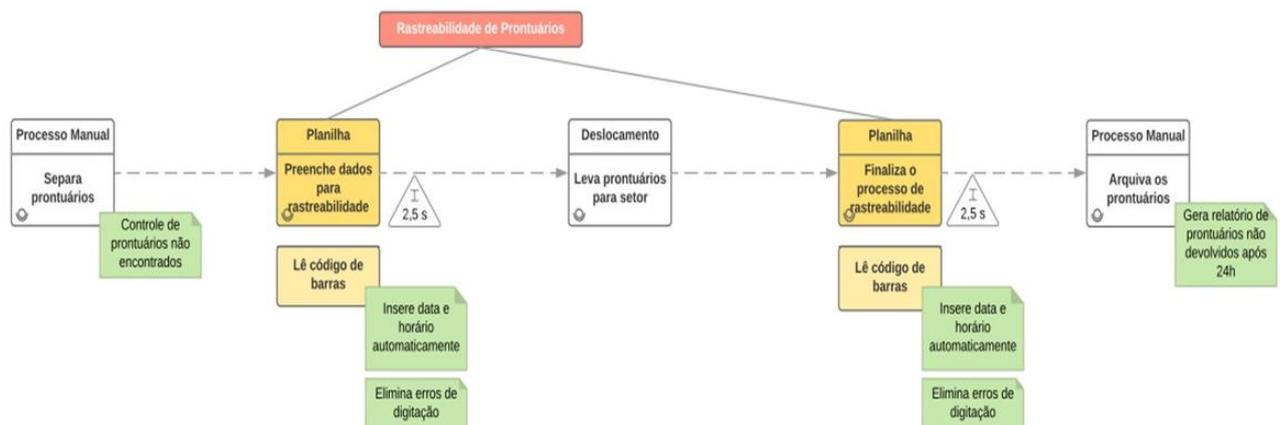


Tabela 1. Indicação de tempo gasto antes das ações de melhoria para a realização da atividade de rastreabilidade de prontuários, por unidade, mês e ano.

	Minutos	Horas	Dias
Tempo por Prontuário	0,4	0,01	0
Tempo por mês	2400	40	5
Tempo por ano	28800	480	60

Tabela 2. Indicação de tempo gasto após as ações de melhoria para a realização da atividade de rastreabilidade de prontuários, por unidade, mês e ano.

	Minutos	Horas	Dias
Tempo por Prontuário	0,1	0	0
Tempo por mês	500	8	1
Tempo por ano	6000	100	13

DISCUSSÃO

Através das imagens 1 e 2 pode-se notar o quanto o processo de rastreabilidade foi otimizado com a eliminação de etapas que não agregam valor ao processo. Portanto a atividade ficou mais enxuta e prática.

Após a elaboração da planilha de rastreabilidade conectada ao leitor óptico, observou-se através das tabelas 1 e 2 uma redução de 80% no tempo de preenchimento deste instrumento possibilitando um processo 5x mais rápido, economizando 380 horas do trabalho dos ATAs ao final de um ano.

Com esta otimização nas atividades de rastreabilidade de prontuários, é possível manter o controle do processo de maneira prática e segura.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que o tema Rastreabilidade de Prontuários é de total relevância nos serviços de saúde, pelo grau de importância da segurança do paciente, e também pela complexidade que envolve este processo.

A metodologia Lean Six Sigma permitiu a realização de uma abordagem clara sobre os desperdícios no processo de rastreabilidade e possibilitou o embasamento para a elaboração de soluções que otimizaram o modo de controlar prontuários nos serviços públicos.

Por se tratar de um projeto de baixo custo, tem-se a convicção de que estes resultados, assim como o produto desenvolvido é algo inovador e de total interesse nos serviços de saúde onde não há recursos para investimento em sistemas e tecnologias avançadas.

REFERÊNCIAS

- 1- Macedo P, Catini R, Neto C. O uso da computação em nuvem na criação de um protocolo de rastreabilidade. UNIVERSITAS [Internet]. 2018 n. 22; [Citado em 2018 Ago 31]; Disponível em: <http://revistauniversitas.inf.br/index.php/UNIVERSITAS/article/view/322>
- 2- França P. Reestruturação do serviço de arquivo médico e estatística do Centro Municipal de Referência em Saúde Leonard Mozart da Prefeitura Municipal de Cabedelo. João Pessoa: UFPB, 2014. Monografia (Graduação em arquivologia) – UFPB/CCSA.
- 3- Bahia E. Conhecimento, inovação e documentação em unidades de saúde. BIBLOS [Internet]. 2016 Nov 14; [Citado em 2018 Ago 31]; 30(1): 142-155. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/biblos/article/view/6293>

CONSULTA DE ENFERMAGEM PÓS-OPERATÓRIA AMBULATORIAL COMO INSTRUMENTO DE RASTREABILIDADE DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO - ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Mariana Tiberio Berlini <mariberlini@gmail.com>; Roberta Aparecida da Costa Lopes <scih.aruja@cejam.org.br>; Ana Carolina dos Santos Roberto <aninha.carool@gmail.com>; Gilmar Oliveira Cordeiro gilolicor@hotmail.com

Palavras-chave: Processos de Enfermagem; Consulta de Enfermagem; Infecção Sítio Cirúrgico; Cirurgias Limpas.

INTRODUÇÃO

A consulta de enfermagem necessita de uma visão holística, captando toda a informação sensível aos cuidados à pessoa, possibilitando assim um diagnóstico preciso e um planejamento de cuidados de acordo com as necessidades individuais. Neste contexto, do ponto de vista educacional, o enfermeiro deve adequar o modelo de aprendizagem que mais se adapta ao cliente, respeitando as necessidades e expectativas do mesmo em relação ao tratamento (1). Entre as estratégias de trabalho, escolheu-se a consulta de enfermagem, por ser estratégia eficaz, para a detecção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais são dirigidas ao bem-estar das pessoas envolvidas.(2). De acordo com os Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde – Infecção de Sítio Cirúrgico a ANVISA define que paciente cirúrgico passível de vigilância epidemiológica de rotina em cirurgia ambulatorial caracteriza-se por paciente submetido a um procedimento cirúrgico em regime ambulatorial (hospital-dia) ou com permanência no serviço de saúde inferior a 24 horas que consista em uma incisão e uma sutura, excluindo-se procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades. Para reconhecimento fidedigno da ISC, é necessário o estabelecimento de estratégias, como o acompanhamento direto do paciente no retorno ambulatorial e na retirada de pontos (3). As Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde (IRAS) são os efeitos adversos mais comuns na assistência ao paciente, tornando-se um grave problema a saúde pública devido a alta morbidade e mortalidade relacionadas a ela, assim como custos hospitalares devido ao aumento no tempo de internação, necessidade de reintervenções, necessidade de terapia antimicrobiana e possível exposição a patógenos multirresistentes.(4). Nos países em desenvolvimento, estima-se que um terço dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos sejam acometidos por ISC, na Europa e nos Estados Unidos, 2 a 5% dos pacientes são acometidos totalizando 160.000 a 300.000 episódios anualmente. No Brasil estima-se que a incidência seja de 2,8 a 20% com média de 11% dependendo das características do

Impresso de Enfermagem de Consulta Pós-Operatório

CONSULTA DE ENFERMAGEM POS-OPERATORIA

ANAMNESE:
 DATA: ___/___/___ PRONTUARIO: _____
 NOME: _____
 CIRURGIA: _____
 IDADE: _____ SEXO: F () M ()

ANTECEDENTES: Não Sim
 HAS Etilismo Drogas Alergias
 Tabagismo DM Câncer Doenças Cardíacas
 Insuficiência Venosa Anemia Dislipidemia Outros
 Insuficiência Arterial Doenças Respiratórias

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO? Não Sim
 Qual: _____

EXAME FÍSICO INICIAL: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm SaO2%: _____ Temp: _____ °C
 Data do procedimento cirúrgico: ___/___/___
 Local(ais) FO(s): _____

Descrição:
 Edema: Não Sim Escudato: Não Sim
 Descolorida: Não Sim Edema: Não Sim ___/4+
 Dor: Não Sim Escala: ___ (0-10)
 Hematoma: Não Sim ___/4+
 Odeur: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
 Risco de infecção Integridade da pele prejudicada Dor aguda/crônica
 Ansiedade Medo Mobilidade física prejudicada
 Aumento da temperatura corporal Dificil no auto cuidado

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:
 Verificar SSVV e comunicar alterações.
 Realizar curativo em _____ com _____
 Orientar quanto a higiene pessoal e troca do curativo.
 Orientar quanto a prevenção e manutenção da saúde.
 Auxiliar na deambulação/ proteger do risco de queda S/N.
 Orientar quanto a alimentação
 Outros: _____

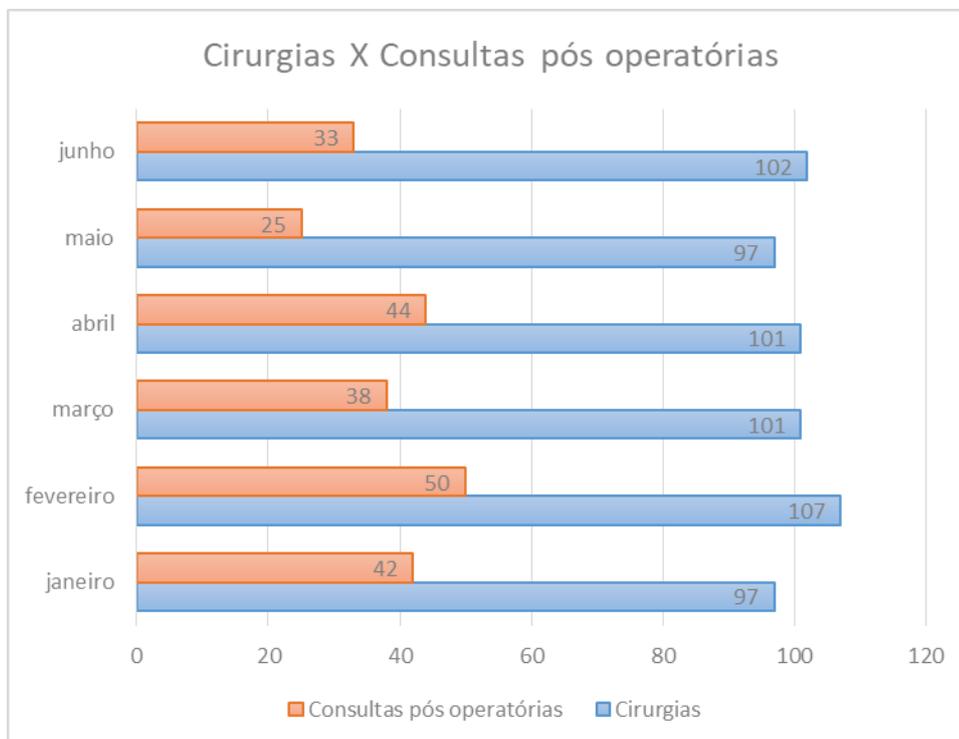
OBSERVAÇÃO:

Assinatura e Carimbo: _____

RESULTADOS

Em janeiro de 2018 foi iniciado o acompanhamento pós-operatório dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos nesta instituição. Durante o período de estudo foram realizadas na instituição 605 cirurgias de potencial de contaminação limpa, e foram monitoradas pela enfermagem 234 pacientes, conforme gráfico 1.

Gráfico 1: Cirurgias X Consultas pós-operatórias



As especialidades médicas que realizam procedimentos cirúrgicos ambulatoriais nesta instituição são: Oftalmologia, Urologia, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral. De acordo com gráfico 2, demonstramos a quantidade de avaliações pós-operatórias por especialidades médicas mensalmente.

Gráfico 2: Consulta de Enfermagem por Especialidades

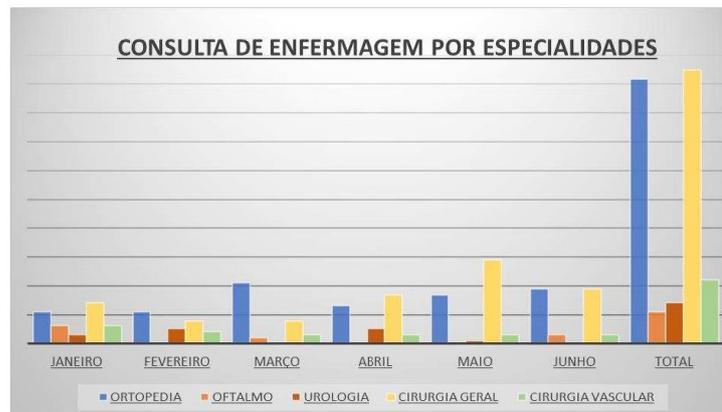


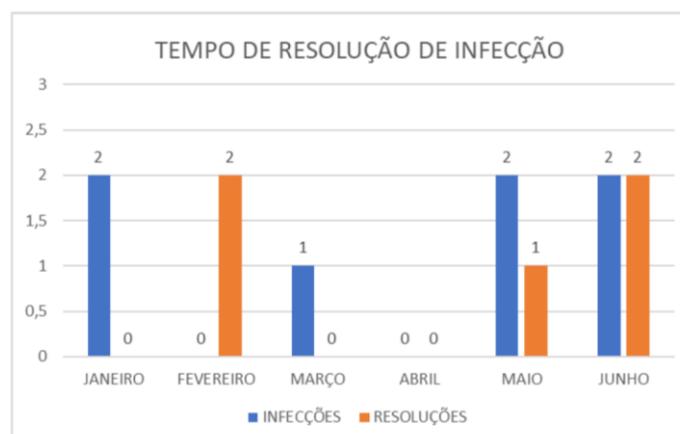
Tabela 1: Cálculo de Taxa de Incidência de ISC Semestral

CÁLCULO DE TAXA DE INCIDÊNCIA DE ISC			
$Taxa\ de\ ISC = \frac{n^\circ\ de\ ISC\ em\ procedimento}{n^\circ\ de\ procedimento} \times 100$			
MÊS	CIRURGIAS LIMPAS	ISC	Taxa de ISC
JANEIRO	33	2	6,06%
FEVEREIRO	25	0	0,00%
MARÇO	44	1	2,27%
ABRIL	38	0	0,00%
MAIO	50	2	4,00%
JUNHO	42	2	4,76%
TOTAL	234	7	2,99%

Tabela 2: Monitoramento de ISC por especialidade Semestral

MONITORAMENTO DE ISC POR ESPECIALIDADE					
MÊS	CIRURGIA ORTOPÉDICA	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA VASCULAR	CIRURGIA OFTALMOLÓGICA	CIRURGIA UROLÓGICA
JANEIRO	0	1	1	0	0
FEVEREIRO	0	0	0	0	0
MARÇO	0	0	1	0	0
ABRIL	0	0	0	0	0
MAIO	0	2	0	0	0
JUNHO	0	1	1	0	0
TOTAL	0	4	3	0	0

Gráfico de Tempo de Resolução



CONCLUSÃO

Concluimos então, que o acompanhamento de enfermagem no pós-operatório é de grande importância e eficácia nos processos de avaliação de Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) sendo que os instrumentos utilizados são práticos e autoexplicativos. A sensibilização da equipe multidisciplinar da instituição deve ser reforçada para que 100% dos pacientes possam ser avaliados não só pela equipe médica como a equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1 Carvalho, J.M.S; Cristão, A.S.M. O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. Rev. Enf. Ref. vol.serIII no.7 Coimbra jul. 2012
- 2 Lima, F.E.T; Araújo, T.L.; Serafim, E.C.G; Custódio, I. L. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(3):[08 telas] mai-jun 2010.
- 3 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde 2a ed. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [Ago12]. <http://portal.anvisa.gov.br/documents>
- 4 Fernandes AT, Ribeiro Filho N, Oliveira AC. Infecções do sitio cirúrgico. In: Oliveira AC, Albuquerque CP, Rocha LCM. Infecções hospitalares: abordagem, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Medsi; 2005. p. 93-123.
- 5 PRATES, Cassiana Gil et al . Comparação das taxas de infecção cirúrgica após implantação do checklist de segurança. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 31, n. 2, p. 116-122, Mar. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200116&lng=en&nrm=iso. access on 15 July 2018.

IMPLANTAÇÃO E ASSERTIVIDADE NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA - Urgência/Emergência

Claudia Regine Monteiro Gimenez <claudiarmg@hotmail.com>; Sandro Norberto Fonseca Valle <sandronvalle@hotmail.com>

Palavras-chave: dor torácica; urgência/emergência; protocolo.

INTRODUÇÃO

A Dor Torácica, conhecida popularmente como dor no peito, pode ser causada por várias condições clínicas, podendo ser desde contraturas musculares, doenças cardiovasculares à infarto do miocárdio. É considerada uma das causas mais comuns da procura por assistência médica nos serviços de emergência ¹. Nos Estados Unidos, anualmente há cerca de 3 a 6 milhões de atendimentos emergenciais relacionados à dor no peito, o que corresponderia cerca de 5 a 10% do total de atendimentos ². Uma das principais causas de morte em homens e mulheres são as doenças cardiovasculares, sendo que 10% dos pacientes que procuram os serviços de emergência com dor torácica têm diagnóstico confirmado ². Diante do exposto, a avaliação de usuários que apresentem dor torácica ou outros sintomas sugestivos de isquemia miocárdica continua sendo um desafio para os profissionais que atuam em Serviços de Emergência. A deficiência na padronização do atendimento aos pacientes com queixa de Dor Torácica pode gerar dificuldade no diagnóstico das Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) e atraso no tratamento, aumentando a gravidade dos pacientes e alto índice de mortalidade.

OBJETIVO

Descrever a implantação do Protocolo de Dor Torácica em um Serviço de Urgência e Emergência, sob o gerenciamento do CEJAM-OS.

MÉTODO

A implantação do Protocolo de Dor Torácica ocorreu em setembro/2016. Para tal, foi definida uma ferramenta para identificação e monitoramento dos usuários que apresentarem queixa de “dor torácica”. Em agosto/2016, foi realizada sensibilização com toda a equipe de enfermagem, incluindo enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem, além de toda equipe da clínica médica e equipe da recepção, quanto à importância da identificação e priorização do atendimento destes usuários, com início na recepção da Unidade, onde é identificado a queixa do usuário, até a transferência ao Hospital de referência. Para o monitoramento dos casos estabeleceu-se os tempos de atendimento: Tempo Abertura da Ficha de Atendimento/Abertura do Protocolo – 3 minutos; Tempo Abertura do Protocolo/Eletrocardiograma (ECG): 8 minutos; Tempo Abertura do Protocolo/Atendimento Médico: 10 minutos; Tempo Abertura do Protocolo/Transferência ao Hospital: 1 hora. Na implantação do processo, atentou-se quanto a importância do trabalho em equipe e do envolvimento de todos os profissionais para a qualidade e assertividade no protocolo. No processo de atendimento, assim que a recepção identifica um usuário com queixa de dor torácica, encaminha imediatamente para o enfermeiro da Classificação de Risco. Identificado a queixa, o enfermeiro realiza a classificação do usuário pelo Protocolo do Ministério da Saúde Humaniza SUS e realiza a abertura do protocolo de Dor Torácica conforme necessário. O usuário que se enquadra no Protocolo de Dor Torácica é encaminhado para a realização do Eletrocardiograma (ECG) e simultaneamente é acionada a equipe médica para a avaliação do usuário. Após a avaliação médica, os casos suspeitos ou confirmados de SCA, o usuário é transferido para o Hospital de referência. Caso seja descartado o Protocolo de Dor Torácica, o usuário segue o fluxo de atendimento da Unidade de acordo com a classificação de risco.

RESULTADOS

Em setembro/2016, quando ocorreu a implantação do protocolo, foram abertos 80 protocolos pela equipe de enfermeiros; sendo observados os seguintes tempos: Tempo Porta/Abertura do Protocolo – 36% de conformidade; Tempo Abertura do Protocolo/Eletrocardiograma (ECG): 29% de conformidade; Tempo Abertura do Protocolo/Avaliação Médica: 46% de conformidade; Tempo Abertura do Protocolo/Transferência ao Hospital: 45% de conformidade. Em comparação aos resultados de fevereiro/2018, com total de 24 protocolos abertos, obtivemos: Tempo Porta/Abertura do Protocolo – 29% de conformidade; Tempo Abertura do Protocolo/Eletrocardiograma (ECG): 50% de conformidade; Tempo Abertura do Protocolo/Avaliação Médica: 58% de conformidade; Tempo Abertura do Protocolo/Transferência ao Hospital: 60% de conformidade. Quanto a assertividade, em Setembro/2016, 13,75% dos protocolos abertos pelo enfermeiro foram confirmados pelo médico e em Fevereiro/2018, 41,67% dos protocolos abertos foram confirmados pelo médico.

DISCUSSÃO

A implantação de protocolos no serviço de saúde, busca a equalização da assistência e qualificação do cuidado. O Protocolo de Dor Torácica, busca priorizar o atendimento de usuários com queixa de dor torácica, que apesar de aparente estabilidade, apresentam quadro clínico de gravidade com alto índice de mortalidade. Podemos observar melhora da assistência ao paciente com queixa de dor torácica após a avaliação do enfermeiro e abertura do protocolo. Quanto a assertividade dos diagnósticos, identificou-se melhora significativa, devido ao empenho dos profissionais quanto ao entendimento e adesão ao protocolo de dor torácica, sendo um ganho na assistência à saúde do usuário. Identificou-se a necessidade de capacitação da equipe administrativa que recepciona os pacientes com queixa de dor torácica na

abertura da ficha de atendimento. Os processos assistenciais estão relacionados à gestão de qualidade no serviço de saúde, sendo necessário constante acompanhamento, adequação e capacitação da equipe envolvida. Um protocolo assistencial, só se torna efetivo quando abrange as necessidades específicas do público atendido e quando corresponde às expectativas dos profissionais de saúde que o utilizarão. Contudo, algumas adaptações simples necessitam ser realizadas a fim de instituir um protocolo de acordo com a necessidade dos profissionais e a realidade do serviço em questão. Houve predomínio das avaliações positivas em relação às negativas. Quanto às positivas, o uso do protocolo foi importante para assegurar uma assistência qualificada ao paciente, tornando-a mais rápida e segura. As avaliações negativas consideram principalmente o tempo elevado da abertura da ficha de atendimento e encaminhamento do usuário para avaliação com o enfermeiro; situação que poderá ser superada satisfatoriamente mediante nova capacitação com os profissionais.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou reconhecer que o protocolo sugerido possibilitou menor tempo de atendimento, melhor identificação dos casos graves e melhor diferenciação dos casos de dor torácica. Nos atendimentos de emergência, um instrumento específico para a dor torácica ou associada a outros sintomas sugestivos de SCA, facilita a tomada de decisão do profissional de saúde durante a classificação de risco. Os protocolos assistenciais tendem a responder satisfatoriamente, trazendo segurança aos profissionais.

REFERÊNCIAS

- 1- Farias MM, Moreira DM. Impacto de Protocolo de Dor Torácica sobre a Adesão às Diretrizes Societárias: um ensaio clínico. Rev Bras Cardiol. 2012;25(5):368-376.
- 2- Bassan R, Scofano M, Gamarski R, et al. Dor Torácica na Sala de Emergência. A Importância de uma Abordagem Sistematizada. Arq Bras Cardiol. 2000; 74:13-21. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2000/7401/74010003.pdf>>

SÍFILIS CONGÊNITA E O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE RN: POSSÍVEIS ALTERAÇÕES E A INTERVENÇÃO PRECOCE.

Vivian Miwa Ogawa <viviogawa@gmail.com>

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária, podendo ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna (Ministério da Saúde, 2006).

No ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita – entre eles, 185 óbitos - no Brasil. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste. Quando observados os óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, sobressai a taxa de 18,1 óbitos/ 1.000 nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro, representando 23,2% do total observado em todo o país. Ainda no ano de 2016, notificaram-se 20.474 casos, a maioria dos quais (41,5%) residia na Região Sudeste, seguidos pelo Nordeste (28,9%), Sul (15,4%), Norte (8,4%) e Centro-Oeste (5,8%). De 2015 para 2016, houve incremento de 4,7% no número de notificações no Brasil (Ministério da Saúde, 2017).

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros 3 meses de vida. Por isso, é muito

importante a triagem sorológica da mãe na maternidade. Nos recém nascidos não-reagentes, mas com suspeita epidemiológica, deve-se repetir os testes sorológicos após o terceiro mês pela possibilidade de positividade tardia (Ministério da Saúde, 2006).

As manifestações clínicas da sífilis congênita se dividem em precoces, quando ocorrem até os dois anos de idade, e tardias, quando aparecem após os dois anos: na sífilis congênita precoce, os sinais e sintomas mais comuns incluem: febre, anemia, retardo no desenvolvimento, irritabilidade, lesões mucocutâneas, rinite sero-sanguinolenta, hepatoesplenomegalia, icterícia, linfadenopatia, dactilite, e pseudoparalisia devido à osteocondrite. Esta última pode ser generalizada e se acompanhar de pericondrite, afetando todos os ossos do esqueleto, mais acentuadamente no nariz e na tíbia. A sífilis congênita tardia: se caracteriza por manifestações ósseas variadas, como fronte olímpica e tibia em lâmina de sabre, pelos chamados dentes de Hutchinson, nariz em sela, rágades (cicatrizes lineares periorais), paresia juvenil, ceratite intersticial, surdez por lesão do 8º nervo craniano e articulações de Clutton (derrames articulares indolores) (Saraceni, 2005).

A sífilis congênita, como outras intercorrências na gestação e parto são fatores de risco para o desenvolvimento típico do RN, sendo estes eletivos para acompanhamento. É função do NIR/CER que atendem as modalidades de reabilitação física e intelectual, em função da necessidade de intervenção oportuna, especial atenção dada para: RN de alto risco ou com deficiência estabelecida (Ministério da Saúde, 2016).

O Protocolo de Intervenção Oportuna, formulado pela Prefeitura de São Paulo, é o instrumento utilizado para o monitoramento de recém-nascidos: prematuros, baixo peso, com infecções congênitas e entre outras intercorrências durante a gestação ou nascimento. Preconiza-se a aplicação do instrumento por equipe multiprofissional a partir do acolhimento do bebê no NIR/CER. No centro de reabilitação CER IV M' Boi Mirim, o setor de Terapia Ocupacional é a "porta de entrada" e a referência para o acompanhamento e intervenção precoce, após atendimento inicial os RNs são encaminhados para avaliação da equipe multiprofissional.

O Cuidado à saúde da criança, por meio do acompanhamento do desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida é tarefa essencial para a promoção à saúde, prevenção de agravos e a identificação de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Este acompanhamento nos dá maior garantia de acesso, o mais cedo possível, à avaliação, diagnóstico diferencial, tratamento e reabilitação, inclusive a estimulação precoce, das crianças que necessitem de cuidados especializados (Ministério da Saúde, 2016).

OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo identificar quantos RNs de 0 a 2 anos com diagnóstico de sífilis congênita, avaliados a partir do Protocolo de Intervenção Oportuna, obtiveram alterações e/ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo. Utilizando uma amostra de 80 RNs de 0 a 2 anos, com diagnóstico de sífilis congênita. A fonte de coleta de dados foi feita nos prontuários eletrônicos, através das avaliações padronizadas do "Protocolo de intervenção oportuna", no período de junho/2016 a junho/2018. A pesquisa foi realizada no Centro Especializado em Reabilitação – CER IV M' Boi Mirim, no qual atende pacientes encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde da região do M'Boi Mirim – Jardim Ângela e Jardim São Luís, além de atender usuários de ortopedia da Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo.

O protocolo de Intervenção Oportuna consiste em uma folha para preenchimento descritivo, onde é realizado a anamnese infantil, solicitando dados de identificação, relacionamento familiar/aspectos

socioeconômicos/vulnerabilidades; dados da gestação; dados de parto; rotinas do RN; e seguimentos. E 11 Fichas de acompanhamento do desenvolvimento de acordo com os seguintes períodos do desenvolvimento: RN até 2º mês (sem escore) avaliando atenção visual, auditiva e reflexos primitivos; as outras 10 folhas com períodos de: 3º ao 5º mês (com escore), 6º ao 8º mês (com escore), 9º ao 11º mês (com escore), 12 a 15º mês (com escore), 16º a 18º mês (com escore), 19º a 23º mês (com escore) e 24º mês (com escore). Cada ficha, a partir do item do desenvolvimento avaliado, contém 3 campos: campo 1 com o item a ser avaliado (já preenchido), campo 2 para registro do mês da avaliação e campo 3 para observações.

Para cada período do desenvolvimento são avaliados 5 aspectos do desenvolvimento: Social, motor adaptativo, motor grosso, função auditiva e linguagem, cada aspecto tem pontuação de 0% a 100%. E ao final são registrados uma capa com Gráficos de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil - Finalmente, após a aplicação de cada ficha, serão marcados nos gráficos de cada período do desenvolvimento os índices verificados para cada aspecto do desenvolvimento visando o acompanhamento longitudinal e análises estatísticas.

Além da observação do desenvolvimento propriamente dito, o instrumento possibilita que, a partir da estimulação global recebida, analisem-se os avanços nos diferentes aspectos do desenvolvimento (social, motor adaptativo, motor grosso, função auditiva e linguagem), favorecendo a visão de quais deles necessitam de maior intervenção (Ministério da Saúde, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 80 Rns de Risco, em que 55 não apresentaram atraso no desenvolvimento, 6 apresentaram atrasos no desenvolvimento infantil e 19 vieram somente para a avaliação e não deram continuidade ao acompanhamento do protocolo de Rn de Risco, com o setor de Terapia Ocupacional, levando a alta por abandono. Dos 55 Rns sem atraso no DNPM que estavam em acompanhamento, 20 deles resultaram em alta por abandono do acompanhamento, devido a falta de comparecimento as datas de retornos marcadas; 26 RNs estão em acompanhamento e somente 8 deram continuidade total ao acompanhamento, e resultaram em alta clínica, ou seja, completaram o protocolo de Rn de Risco com êxito, sem qualquer alteração no desenvolvimento infantil e somente um solicitou alta a pedido do acompanhamento devido a mudança de cidade.

Dos 6 Rns com atraso no desenvolvimento, 4 deram alta por abandono do acompanhamento e 2 continuam em acompanhamento, em atendimentos semanais para a estimulação do desenvolvimento infantil adequado para a idade. Destes 6 Rns, um apresentou além de atraso no desenvolvimento infantil, alteração visual e auditiva devido a sífilis congênita. A identificação precoce de perdas auditivas (condutiva, sensorineural coclear ou retrococlear) e alterações na percepção auditiva possibilita uma intervenção imediata, oferecendo condições para o desenvolvimento da fala, da linguagem, da sociabilidade, do psiquismo e do processo educacional da criança, permitindo prognósticos mais favoráveis nesses campos (Prefeitura de São Paulo, 2016).

E nos outros 5 RNs, observou-se que um dos fatores para o atraso no desenvolvimento também pode ter sido ocasionado pela falta de estimulação em ambiente familiar. Há consenso na literatura especializada de que o desenvolvimento da criança não depende apenas da maturação do sistema nervoso central (SNC), mas também de vários outros fatores: biológicos, relacionais, afetivos, simbólicos, contextuais e ambientais. Essa pluralidade de fatores e dimensões envolvidas com o desenvolvimento infantil se expressa nas vivências e nos comportamentos dos bebês e das crianças, nos modos como agem, reagem e interagem com objetos, pessoas, situações e ambientes. Pode-se dizer que a aquisição de marcos de desenvolvimento pelas crianças depende do funcionamento do SNC e de outras dimensões do funcionamento orgânico, bem como da carga e da qualidade dos estímulos e das relações que a criança vivencia (Prefeitura de São Paulo, 2016).

Dos 19 Rns que compareceram somente na avaliação e não deram continuidade ao acompanhamento, todos eles, no dia avaliado, não apresentaram algum tipo de alteração no desenvolvimento, porém, mesmo orientados a darem continuidade ao acompanhamento como forma de prevenção, os responsáveis não deram continuidade ao mesmo.

Proporcionar à criança oportunidades para que tenha um desenvolvimento adequado é talvez o que há de mais importante que se pode oferecer à espécie humana. Um desenvolvimento infantil satisfatório, principalmente nos primeiros anos de vida, contribui para a formação de um sujeito com suas potencialidades desenvolvidas, com maior possibilidade de tornar-se um cidadão mais resolvido, apto a enfrentar as adversidades que a vida oferece (Figueiras et al., 2005).

CONCLUSÕES

O conjunto de resultados do presente estudo permite concluir que em 68,7% dos casos os RNs não tiveram atraso; 23,7% do RNs compareceram apenas na avaliação inicial e 7,5% tiveram atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Rodrigues e Bolsoni-Silva (2011), afirmam em seu estudo que atrasos no desenvolvimento são produzidos pela combinação de fatores de risco genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais, envolvendo interações complexas entre eles.

Desses 55 RNs que correspondem a 68,7% que não tiveram atrasos do DNPM, 36,4% abandonaram durante período de acompanhamento; 14,5% já finalizaram o protocolo recebendo alta clínica e 47,2% estão em acompanhamento e apenas 1,8% solicitou alta, devido mudança de cidade.

Dos 6 RNs que correspondem a 7,5% que tiveram atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, 66,% foram inclusos em atendimento semanal com objetivo de adequação do DNPM, 16,6% esta em acompanhamento mensal e 16,6% teve abandono.

Devido aos escores apresentados neste estudo, à dificuldade de aderência ao acompanhamento do RN e os fatores de risco no desenvolvimento neuropsicomotor da criança nascida com sífilis precoce, deve-se pensar que a implementação de projetos para o acompanhamento do desenvolvimento infantil juntamente com a família se faz necessária.

Acompanhar o desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extra-uterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando portanto mais sujeito aos agravos. Devido a sua grande plasticidade, é também nesta época que a criança melhor responde às terapias e aos estímulos que recebe do meio ambiente. Portanto, é fundamental que neste período o profissional de saúde, juntamente com a família e a comunidade na qual está inserido, faça a vigilância do desenvolvimento de suas crianças (Figueiras, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Organização Pan-Americana da Saúde Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, D.C.: OPAS, © 2005.

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil; Vol. 38, Nº36, 2017.

Ministério da Saúde. Diretrizes para controle da Sífilis Congênita – Manual de Bolso. Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília (DF); 2006.

Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce- crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília (DF); 2016.

Prefeitura de São Paulo. Diretrizes para a organização das ações de reabilitação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. São Paulo; 2016.

Rodrigues OMPR, Bolsoni-Silva AT. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum. 2011; 21(1): 111-121.

Saraceni V. A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita "Avaliação da Efetividade das Campanhas para Eliminação da Sífilis Congênita, Município do Rio de Janeiro, 1999 e 2000". Tese [Doutorado]. Rio de Janeiro; 2005.

CANECÓDROMO, UMA AÇÃO PARA REDUÇÃO DO DESCARTE DE PLÁSTICO – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA - GESTÃO E MEIO AMBIENTE

Mariana Tiberio Berlini <mariberlini@gmail.com>; Jean Cley Miranda dos Santos <jeancley@hotmail.com>

Palavra-chave: reciclagem; plástico; sustentabilidade; meio-ambiente.

INTRODUÇÃO

Desenvolvido no início do século XX, o plástico é um produto resultante da resina dos derivados de petróleo, portanto um polímero sintético. Sua utilização aumentou exponencialmente no início da década de 1920. Por se tratar de um material inerte ao ataque imediato de microrganismos, propriedade que faz com que o plástico possua um longo tempo de vida útil, demonstra grande utilidade a indústria, porém esta mesma propriedade acarreta em problemas ambientais, uma vez que o plástico demora em média 100 anos para se decompor totalmente.(1,2) O descarte inadequado dos resíduos sólidos urbanos (RSU) causam impactos ambientais, social, uma vez que famílias excluídas socialmente encontram em lixões fonte de renda retirando materiais recicláveis para comercialização, e à saúde pública uma vez que levam a poluição da água, mananciais e aumento do risco de enchentes, levam a degradação do solo, aumentam a proliferação de pragas que podem causar doenças como a dengue e a leptospirose. (3) O manejo dos resíduos sólidos urbanos são um desafio as políticas públicas ambientais. Segundo o IBGE 99,96% dos municípios brasileiros possuem serviço de manejo de RSU, mas 22,54% deles são aterros controlados e apenas 11,56% possuem triagem de resíduos recicláveis. A maior parte das Prefeituras Municipais não possuem de recursos financeiros e técnicos da gestão e solução dos problemas relacionados aos RSU, realizando ações sem o devido planejamento técnico-econômico, devido a falta de regulação no setor.(4)

Em 2010 foi sancionada a Política Nacional de Resíduos Sólidos visando uma gestão adequada dos RSU. Estabelecendo objetivos, diretrizes e instrumentos dentro os quais se ressalta a redução, reaproveitamento e reciclagem. (3) Diante da preocupação ambiental com o adequado manejo dos RUS, a política nacional de manejo de resíduos sólidos que preconiza a redução da utilização de materiais descartáveis buscando cumprir seu papel na responsabilidade social, foram instalados Na unidade dois "canecódromos", um espaço para que os colaboradores guardem suas canecas não descartáveis para utilização na unidade, visando assim diminuir o consumo de copos plásticos descartáveis.

OBJETIVO

Criação e utilização de um espaço para disposição de canecas não descartáveis dos funcionários da unidade, diminuindo assim o consumo de copos descartáveis pela unidade, diminuindo assim a quantidade de RSU produzida pelo serviço.

DESENVOLVIMENTO

A ideia do “Canecódromo” foi trazida pela gerencia da unidade em 2016, devido a inquietação com o elevado volume de copos plásticos utilizados na unidade de saúde, e o impacto ambiental causado por este fato, e tendo por objetivo diminuir a quantidade utilizada pelos funcionários da unidade, uma vez que ainda oferecemos copos plásticos para utilização dos usuários do serviço. Os “Canecódromos” consistem de uma estrutura de madeira em forma de colmeia instalada na copa dos funcionários do ambulatório da unidade com espaço para 70 canecas, esta estrutura foi uma doação recebida pela unidade de uma marcenaria que se sensibilizou com a proposta do serviço. Já o “Canecódromo da copa dos funcionários do Centro Cirúrgico consiste em uma estrutura de madeira e ganchos reaproveitada de um antigo armário desmontado. Os funcionários foram incentivados a trazer suas xícaras e canecas para unidade o que resultou não só em uma melhora na diminuição da pegada de carbono deixada pela unidade como num meio de interação social dos funcionários, uma vez que em eventos pertinentes como as festas de fim de ano, são realizadas troca de xícaras e canecas como presentes.

RESULTADOS

Previamente a instalação dessas duas estruturas eram utilizados diariamente aproximadamente 176 copos descartáveis de 180ml e 198 copos descartáveis de 50ml o que soma aproximadamente 4224 copos de 180ml/mês e 4752 copos de 50ml/mês.

Após a instalação dos “canecódromos” e a adesão dos funcionários da unidade houve uma redução da utilização, por parte dos funcionários, para apenas 20 copos de 180ml/dia ou 88,6% menos, e de 28 copos de 50ml/dia ou redução de 85,8% na utilização. Por ano a unidade deixou de utilizar 50.688 copos de 180ml e 57024 copos de 50ml, o que demonstra não só a adesão dos funcionários no compromisso com o meio ambiente, como também uma economia a unidade. Estimamos que a economia de copos de 180ml e 50ml, pelo funcionários da unidade, nos próximos 10, 50 e 100 anos seria de 506.880; 2.534.400 e 5.068.800 de unidades respectivamente para copos de 180ml e de 570.240; 2.862.000; 5.724.000 de unidades respectivamente para copos de 50ml. **CONCLUSÃO** Desde a sua instalação o aparato se mostra efetivo cumprindo seus objetivos, tornando a unidade de saúde autossustentável quanto a captação e armazenamento de água para irrigação da horta da unidade. Futuramente pretende-se construir na unidade uma fonte utilizando também a água captada dos aparelhos de ar condicionado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Rosa, D. S.; Franco, B. L. M.; Calil, M. R. (2001). Biodegradabilidade e propriedades mecânicas de novas misturas poliméricas. *Polímeros*, 11(2).
- 2 - Recicloteca - Centro de Informações Sobre Reciclagem e Meio Ambiente - disponível em: <http://www.recicloteca.org.br/material-reciclavel/plastico/>
- 3 - Klein, F. B.; Gonçalves-Dias, S. L. F.; Jayo, M. (2018). Gestão de resíduos sólidos urbanos nos municípios da Bacia Hidrográfica do Alto Tietê: uma análise sobre o uso de TIC no acesso à informação governamental. *urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 10(1), 140-153.
- 4- Ministério do meio ambiente - disponível em: <http://www.mma.gov.br/cidadessustentaveis/residuos-solidos/politica-nacional-de-residuos-solidos/contextos-e-principaisaspectos>

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS - Atenção Especializada, Saúde Mental

Rosiane Lopes da Silva <rosipsico03@gmail.com>

Palavras-chaves: Meditação; Práticas Integrativas e Complementares no SUS; Abuso e Dependência de Substâncias Psicoativas; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) atua como um ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de um serviço público de saúde que realiza atendimento às pessoas em sofrimento ou transtorno mental, com atuação comunitária e territorial, com inserção na comunidade por meio de agentes de redução de danos (ARD), e como referência secundária para pacientes atendidos na Atenção Básica. Configura-se como um serviço aberto, constituído por equipe multiprofissional que atua na ótica da interdisciplinaridade, indo ao encontro das demandas dos usuários, como ansiedade, depressão, consumo de substâncias psicoativas, entre outras. As práticas integrativas e complementares têm sido utilizadas como uma tecnologia na produção do cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS), uma delas é a prática da meditação. As meditações podem ser formais (meditações guiadas) e informais (atenção plena nas atividades do cotidiano). Dentre as meditações existentes pode-se destacar a prática do silêncio e do aqui-agora, com a utilização da respiração como âncora do foco de atenção, que auxilia o praticante a manter-se no momento presente. Esses exercícios também podem ser utilizados como uma forma de manejo da fissura por uso de substâncias, desde que praticadas diariamente. As meditações podem ter como foco a consciência corporal e a respiração. É fundamental que o profissional faça orientações sobre a postura, sobre os desconfortos físicos e emocionais e os principais desafios durante a prática. A meditação pode ser utilizada como alternativa ao uso exclusivo de medicamentos para o tratamento desses transtornos por uso de substâncias psicoativas.

OBJETIVO

Descrever a experiência de um grupo de meditação/práticas integrativas no CAPS AD, dedicado aos pacientes com perfil de ansiedade abusadores de substâncias psicoativas.

MÉTODO

Relato de experiência de um grupo de meditação e práticas integrativas ocorre uma vez por semana, num período de um hora, com os usuários do CAPS AD. Não possui número pré-definido de sessões e pode receber novos participantes a qualquer momento, desde que seja realizada uma discussão prévia sobre a indicação para o grupo e uma avaliação individual com a psicóloga que conduz o grupo. Não existe um contrato pré-definido com o paciente sobre o número de sessões que deve participar, mas recomenda-se não abandonar o grupo na primeira sessão. Devido a mudanças de projeto terapêutico singular (PTS) pode haver rotatividade dos participantes. A discussão prévia com o profissional de referência que acompanha o paciente e a avaliação individual servem para conhecer os participantes previamente para uma melhor abordagem e acolhimento deles no grupo, bem como para conhecer os motivos da indicação. Dentre as contraindicações pode-se destacar usuários em início de tratamento, ainda com comprometimento clínico e intoxicados, nível de ansiedade e/ou depressão muito elevados, pois comprometeria o aproveitamento no grupo, podendo até mesmo gerar maior sofrimento, e pacientes com esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar com sintomas produtivos (alucinações e delírios). Nesse sentido, os usuários que chegam ao CAPS AD passam, inicialmente, em grupo de acolhimento, avaliação inicial e consulta médica. O grupo ocorre desde julho de 2015, com uma variação do número de participantes entre 5 a 15 pacientes.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Durante os três anos em que o grupo tem sido realizado, os pacientes têm relatado do uso da meditação como uma ferramenta para o manejo da fissura por substâncias psicoativas. O principal exercício para este fim tem sido a atenção plena à respiração. Os usuários também relatam a dificuldade em colocar em prática as meditações no cotidiano da vida. Dentre os pacientes que conseguem praticar a meditação diariamente, ou quase diariamente, há relatos de diminuição de agressões, melhora do sono e diminuição no uso de medicação para fissura. Logo após a prática em grupo, os pacientes relatam melhora da percepção das sensações do corpo, diminuição da ansiedade e sensação de relaxamento físico e mental, mas também há relatos de emoções, pensamentos e sensações desagradáveis durante a prática. Todos os relatos são acolhidos e discutidos tendo em vista a importância de adotar as atitudes de aceitação, não-julgamento, acolhimento da própria experiência, paciência, compaixão frente às emoções, pensamentos e sensações, quaisquer que surgirem, pois isso faz parte da experiência humana, ou seja, com atenção plena e consciência a partir de uma prática da atenção deliberada ao momento presente, com curiosidade, aceitação, amorosidade, gentileza, abertura e livre de julgamento.

CONCLUSÃO

Muitos benefícios têm sido associados à prática da atenção plena: redução dos níveis de estresse, ansiedade e depressão; melhora na qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas; prevenção de recaída no consumo de substâncias; tratamento auxiliar da dor crônica; aumento de fatores positivos como bem-estar psicológico, felicidade, afeto positivo, altruísmo e empatia. Os benefícios têm sido relatados em programas de oito encontros em grupos fechados. Nesta experiência de um grupo de meditação de acesso e acompanhamento aberto, constitui-se como uma alternativa de tratamento aos usuários do CAPS AD, com potenciais benefícios aos pacientes. É especialmente importante a implementação de modalidades alternativas de tratamento no SUS, adaptados às realidades dos serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. Prevenção de recaída baseada em mindfulness para comportamentos aditivos: um guia para o clínico. Tradução Débora Isidoro. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva; 2015.

Epstein M. Programa de 8 semanas de Manejo de Ansiedade baseado em Mindfulness, adaptado do protocolo MBRP (16 horas). Casa Mairê (Av. Diógenes Ribeiro de Lima, 649 - Alto da Lapa); 2017.

Kabat-Zinn J. Atenção Plena Para Iniciantes. Tradução Ivo Korytowski. Rio de Janeiro: Sextante; 2017.

Williams M, Penman D. Atenção Plena - Mindfulness - como encontrar a paz em um mundo frenético. Tradução Ivo Korytowski. Rio de Janeiro: Sextante; 2015.

ACOMPANHAMENTO DA PACIENTE INSULINODEPENDENTE DO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMBULATORIAL

HERCULANO SIMOES DE ABREU <herculanobreu@hotmail.com>; **Warlei de Sousa Silva** <warlei7@hotmail.com>; **Rodolfo Anisio Santana de Torres Bandeira** <rodolfosantana@usp.br>

Descritores: Cuidado Pré-Natal, Diabetes Mellitus, Equipe de Assistência ao Paciente.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus pertence a um grupo de doenças metabólicas caracterizada por hiperglicemia, se manifesta através de sintomas como polidipsia, poliúria, polifagia, perda de peso e visão turva, disfunção e falência de diversos órgãos, especialmente olhos, nervos, vasos sanguíneos, coração e rins. No período gestacional, complicações decorrentes à hiperglicemia, como alteração do crescimento fetal e risco de malformações. O ministério de saúde, recomenda que o rastreamento da doença seja realizado na primeira consulta de pré-natal em todas as gestantes, utilizando a glicemia de jejum e os fatores de risco como obesidade, idade e pré-disposição genética.

Atualmente, é uma das patologias mais prevalentes no mundo estima-se que no ano de 2030, o número de diabéticos no mundo poderá chegar a 439 milhões. Acredita-se que, mesmo com altos investimentos em programas de saúde, medicamentos e insumos, a educação em saúde é um dos meios mais eficientes de facilitar o acesso, controle e adesão aos tratamentos. A organização Mundial da Saúde salienta que um ambiente de saúde que forneça amparo, acesso e monitoramento influenciam positivamente na adesão ao tratamento do paciente diabético.

OBJETIVO

Demonstrar a importância da atuação da equipe multiprofissional da Unidade de Especialidades na educação em saúde à paciente insulino dependente no estágio gestacional de alto risco.

MÉTODO

Estudo do tipo coorte transversal, a ser realizado em um Hospital Dia da Rede Hora Certa, São Paulo/SP. Para uma possível implementação de um fluxo único de atendimento à usuária gestante portadora de diabetes mellitus.

RESULTADOS

As usuárias gestantes são avaliadas pela equipe da estratégia saúde da família em sua unidade básica de saúde (UBS) de referência, que é composta pelo Agente Comunitário, Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro e Médico. Caso apresente alguma patologia ou agravo elegível para atendimento por especialista em pré-natal de alto risco a nível ambulatorial, a paciente é encaminhada para acompanhamento conjunto tanto na UBS quanto na unidade de referência para alto risco.

O médico especialista obstetra que atende as gestantes no pré-natal de alto risco solicita, analisa resultados de exames laboratoriais e diagnóstica diabetes mellitus em gestantes, prescreve e conscientiza a respeito do uso de insulina. Quando a gestante já possui a doença de base, é realizado o controle do agravo através de exames laboratoriais, história clínica e manejo das medicações, encaminhará aos especialistas: nutricionista e endocrinologista através de Inter consulta quando julgar necessário.

Em consulta de enfermagem, o enfermeiro apresentará os insumos que a gestante receberá na UBS através do Programa de Auto Monitoramento Glicêmico (PAMG): seringas, tiras, lancetas, glicosímetro e caixa para descarte de perfuro cortante. Orienta ainda a respeito da utilização dos mesmos e dos sítios de aplicação da insulina.

Em consulta farmacêutica, a gestante receberá orientações sobre o acesso a medicação, uso da insulina, seus riscos e benefícios de acordo com a utilização correta ou incorreta, conservação em ambiente doméstico e interações medicamentosas com outros medicamentos que a mesma faça utilização.

O assistente social atenderá em consulta as gestantes que estiverem com dificuldades em serem inseridas no PAMG da UBS de referência e intermediará a cobertura total das gestantes pelo Programa de Auto Monitoramento Glicêmico.

É prioritário que a unidade de saúde facilite o acesso desta mulher aos serviços necessários para garantir a saúde da mãe e do bebê, evitando as complicações do Diabetes Mellitus em ambos.

DISCUSSÃO

No pré-natal, é necessário criar um espaço de educação em saúde, possibilitando o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma segura integralmente. Neste período, o processo educativo é fundamental para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestação e puerpério. A realidade dos serviços de saúde, é que nem sempre os profissionais envolvidos no atendimento destas mulheres estão capacitados e atualizados no que tange o atendimento de forma holística, de forma não a seguir somente os protocolos estabelecidos, mas atuar efetivamente na educação em saúde destas gestantes, reconhecendo que se trata de um processo particular e individual em cada mulher. O atendimento feito de forma contextualizada e qualificada proporciona a prevenção de intercorrências e para que isso ocorra, deve-se praticar mais a escuta qualificada, proporcionando a criação de vínculos, o diálogo e a participação ativa das mulheres no momento do pré-natal, parto e puerpério.

A análise das ações internas da atuação da equipe multidisciplinar na atenção à saúde da gestante demonstra que as gestantes diabéticas de base ou que desenvolvem diabetes gestacional e que foram atendidas e acolhidas pelos profissionais do ambulatório prova que é uma maneira eficaz de fortalecer o vínculo entre o paciente e a unidade de saúde, promovendo o conhecimento acerca de sua própria saúde, facilitando o acesso. Nessa perspectiva, a assistência pré-natal deve priorizar a educação em saúde e cuidados importantes, como dieta, atividade física, controle glicêmico e orientações quanto ao tratamento medicamentoso, de maneira a impedir um resultado desfavorável para gestante e o feto.

CONCLUSÃO

Através das estratégias de acompanhamento descritas neste estudo, poderemos intervir na realidade individual de cada gestante através de orientações adequadas, contribuindo para a promoção de saúde das gestantes diabéticas do serviço ambulatorial de atenção ao pré-natal de alto risco

REFERÊNCIAS

- 1- Massucati LA, et al. Prevalência de diabetes gestacional em unidades de saúde básica. Rev. de enfermagem e atenção à saúde. 2012; vol 01. n 01
- 2- Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016. 32p:il. ISBN: 978-85-7967-118-0
- 3- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract 2010; 87:4-14.

GERENCIAMENTO HOSPITALAR DURANTE A CRISE FINANCEIRA EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

Leylane Tinoco Mendonça Marcello da Silva <enfermeiraleyane@bol.com.br>

Palavra-chave: Gerenciamento; desafios; enfermagem; competência.

INTRODUÇÃO

Este estudo foi realizado com a finalidade de evidenciar a importância da gestão de enfermagem frente ao impacto financeiro negativo vivenciado na atual crise em que a saúde pública do Rio de Janeiro vem atravessando, buscamos ainda elucidar o manejo realizado pelas coordenações assistenciais de modo que a qualidade dos serviços prestados pelas equipes de enfermagem aos pacientes não fossem prejudicadas, concomitante a relevância no que tange ao compromisso em mantermos a qualidade da assistência prestada temos a responsabilidade de desenvolver a motivação dos profissionais envolvidos no contexto desse cuidar.

OBJETIVO

O objetivo da elaboração deste trabalho é salientar a importância do gerente/coordenador no manejo das equipes de enfermagem para lidar com os problemas provenientes da crise financeira.

MÉTODO

Trata-se de um estudo integrativo de revisão de literatura que versa simultaneamente com a prática gerencial da assistência de enfermagem no qual foi embasado pelo relato de experiência das coordenações assistenciais dos setores de clínica médica cirúrgica, CTI e CC/CME em uma unidade hospitalar do município do Rio de Janeiro.

RESULTADOS

Como resultado podemos observar uma redução no uso indiscriminado de materiais o que nos remete a uma redução nos custos, garantimos a continuidade da qualidade da assistência com um baixo índice de absenteísmo, cumprimento das metas e integração das equipes intersetoriais.

DISCUSSÃO

A qualidade da assistência de enfermagem tem sido amplamente discutida e preconizada nos serviços de saúde.¹ Para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada, ou seja, a teoria é experimentada nas práticas e as práticas são aperfeiçoadas nas teorias. Sabidamente o enfermeiro é o responsável pelo planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços prestados pela enfermagem (Lei 7.498 de 25/06/2018, art.11) junto a essa responsabilidade enfrentamos inúmeros desafios, entre eles, destacamos a questão de mantermos a qualidade dessa assistência prestada frente a grande crise financeira que se encontra instalada no Rio de Janeiro e mantermos as equipes de enfermagem motivadas para tal enfrentamento. Destaca-se a

importância do enfermeiro desenvolver sua liderança, criatividade, competência e boa resolutividade para criar estratégias que o leve a atingir o objetivo comum.² A aplicação do conceito de competências na gestão de pessoas ultrapassa as abordagens tradicionais, cujo foco é o cargo a ser ocupado, para direcionar-se ao profissional e suas competências individuais. Recursos materiais e humanos contemplam um conjunto de pré-requisitos para que a assistência seja prestada com excelência, no momento em que se atravessa tamanha dificuldade proveniente da falta destes recursos estratégias precisam ser desenvolvidas de modo que consigamos alcançar as metas, dentre estas citamos algumas realizadas pelas coordenações assistenciais da instituição referida neste trabalho, tais como: Revisão dos protocolos assistenciais; Mudança da rotina do setor assistencial; Planejamento das ações; Realização de treinamento de procedimentos; Materiais dos postos foram reduzidos e padronizados de acordo com a quantidade de paciente internado no setor; Enfermeiros plantonistas realizam auditorias e supervisão dos materiais; Centralização dos horários para esterilização de materiais utilizando uma autoclave apenas visando economizar água e luz; Readequação das equipes e remanejamentos entre os setores; Feedback positivo aos colaboradores acerca do trabalho prestado; Divulgação dos indicadores de custo; Ouvidoria positiva dos familiares e pacientes internados nos setores; Realização de eventos motivacionais (palestras, atividades físicas laborais, dinâmica de integração entre os grupos).

CONCLUSÃO

Foram realizados ajustes baseados em pequenas mudanças na rotina operacional dos setores, caminhos que levaram a transformação positiva do trabalho. Com qualidade e segurança ao paciente, todas as propostas de ajustes se tornaram estratégias bem planejadas e executadas com sucesso. Concluímos que para alcançar esses objetivos as pessoas que possuem cargos de gestão além, da necessidade de aprimorar suas próprias competências devem ser capazes de estimular o desenvolvimento da competência de suas equipes, de forma alinhada com as competências organizacionais otimizando recursos e atendendo as necessidades e expectativas dos clientes, sendo assim, o gestor tem uma forte influência no desenvolvimento de pessoas e na melhora do clima organizacional. Em suma, é necessário otimizar a gestão e equilibrar os gastos, afim de manter a qualidade do atendimento ao paciente mesmo com verba reduzida.

REFERÊNCIAS

- 1- Iris EMG, Eduarda S, Luiz AAS, Isabel CSC, Éder LA, Aline MGC. Desafios na gestão do trabalho em saúde: A educação na interface com atenção. 2014 maio/ago; 4(2)[acesso em 2018 ago 08] . Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/638>
- 2- Patrícia OF. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro.2010 Nov-Dez; vol.63 no.6 [acesso em 2018 ago 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/30.pdf>
- 3- Arielly DRS, Êmily LS, Natália A, Shirley DSN. Ingrid A O desafio do gerenciamento de enfermagem nos Serviços Hospitalares de Emergência (SHE). 2017 Maio; 9-12. [acesso em 2018 ago 10]. Disponível em <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5652/2415>

A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NO ALINHAMENTO DO TRABALHO FRENTE A SEGURANÇA DO PACIENTE DE UM AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO

Rubens Trevisan Junior <enfermeirorubens@hotmail.com>

Palavra-chave: Notificação, Evento Adverso, Segurança, Paciente.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A sociedade contemporânea se transforma de forma rápida e profunda. Buscando adequar-se às mudanças vividas pela sociedade contemporânea e, ao mesmo tempo, atender às demandas de uma clientela cada vez mais exigente, gestores dos serviços de saúde têm adotado novas posturas que impõem o incremento do nível de qualidade.(2) Entretanto, existem situações que predispõem ao risco de eventos adversos, tais como: avanço tecnológico com incompatibilidade do aperfeiçoamento pessoal necessário, distanciamento das ações próprias de cada profissional, desmotivação, ausência ou limitação da sistematização e documentação do cuidado de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço(5). Assim, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), um (EA) inclui “qualquer sinal desfavorável e não intencional (achados laboratoriais anormais, por exemplo), sintomas, ou doença temporariamente associada com o uso do medicamento” (4). O processo de certificação da ONA é realizado por instituições acreditadoras credenciadas e tem como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação.(1) Para alcançar a qualidade necessária à assistência aos pacientes, as instituições de saúde com maior estrutura criam núcleos de auditoria interna, neste caso, núcleos de auditoria de qualidade.(3)

OBJETIVO

Conscientizar o profissional ao uso correto da ferramenta de Notificação de Evento Adverso da Instituição de Atenção Especializada em caráter de contribuição para o crescimento da unidade na Acreditação futura junto com a eficácia do atendimento prestado ao nosso paciente/cliente expondo – o à procedimentos seguros e padronizados neste selo.

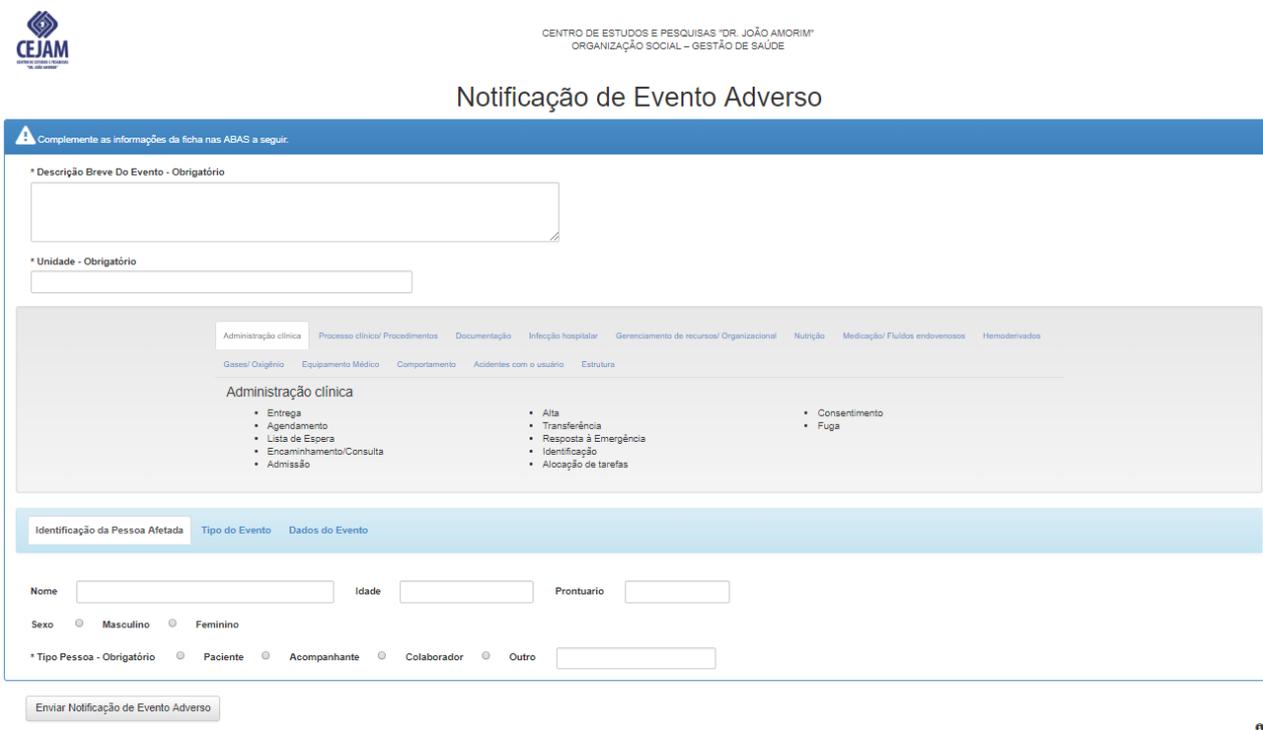
MÉTODO

Este trabalho foi desenvolvido através de revisão de literatura da parte teórica unificando a prática exercida da ferramenta já utilizada na Instituição. Realizando o levantamento desde o ano de 2017 e o atual de 2018 comparando a quantidade de eventos notificados sem a massiva multiplicação da ferramenta para todos os colaboradores e o progresso estabelecido após a sensibilização de todos os profissionais para o olhar direcionado para a segurança do paciente. Foram identificados 39 artigos, filtrados a partir dos seguintes critérios de inclusão: trabalhos publicados no idioma português, com disponibilidade de texto na íntegra e no recorte temporal de 10 anos (2009 a 2017).

RESULTADOS

Considera-se evento adverso o incidente que resulta em dano à saúde. Por sua vez, dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. Assim, é imperativo identificar as fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas, mais do que buscar culpados. Assim sendo apresenta-se:

Figura: Tela de Notificação de Evento Adverso
(https://sis.cejam.org.br/cejam/eventos_adversos/adicionar)



Complemente as informações da ficha nas ABAS a seguir.

* Descrição Breve Do Evento - Obrigatório

* Unidade - Obrigatório

Administração clínica | Processo clínico/ Procedimentos | Documentação | Infecção hospitalar | Gerenciamento de recursos/ Organizacional | Nutrição | Medicação/ Flúídos endovenosos | Hemoderivados

Gases/ Oxigênio | Equipamento Médico | Comportamento | Acidentes com o usuário | Estrutura

Administração clínica

- Entrega
- Agendamento
- Lista de Espera
- Encaminhamento/Consulta
- Admissão
- Alta
- Transferência
- Resposta à Emergência
- Identificação
- Alocação de tarefas
- Consentimento
- Fuga

Identificação da Pessoa Afetada | Tipo do Evento | Dados do Evento

Nome: Idade: Prontuario:

Sexo: Masculino Feminino

* Tipo Pessoa - Obrigatório: Paciente Acompanhante Colaborador Outro

Enviar Notificação de Evento Adverso

Foi criado pela Instituição uma página exclusiva da Intranet que notifica toda a ação ocorrida que possa levar o Evento Adverso ao paciente, em âmbito de não só casos assistenciais, mas também de caráter administrativos, estruturais, físicos e psicológicos – dados estes que serão apresentados no resultado.

DISCUSSÃO

Em 2017 chega à Unidade de Atenção Especializada a ferramenta de Notificação de Eventos Adversos na Intranet. Nesta época foram orientados para a notificação apenas profissionais da enfermagem, sendo os mesmos aptos para notificar estes eventos. Em 2018 a unidade foi indicada para participar da visita da ONA, sendo assim, um dado que chamou a atenção foi a queda da notificação de Eventos Adversos, deixando transparecer uma visão positiva ou negativa da unidade. O gerente da unidade por sua vez, teve a ideia de multiplicar não apenas para a equipe de enfermagem, mas também para todos os profissionais que estão em contato direto ao paciente. Após a aplicação desta forma e a sensibilização dos profissionais apresenta-se os seguintes resultados comparativos:

Gráfico: Eventos Notificados



Gráfico: Meses de Notificação



Nas apresentações dos gráficos podemos observar que, em 2017 com apenas a enfermagem responsável pela notificação dos eventos adversos e tendo apenas 8 meses de notificações atingiu um número resultante de 63 casos em 240 dias. Já no ano de 2018 com abrangência total de 160 colaboradores aptos para a notificação, entre eles, Atas, Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Recepcionistas, Orientadores de Públicos, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, tivemos uma evolução significativa de 83 casos de notificação em apenas 150 dias do dia da sensibilização da ferramenta.

CONCLUSÃO

Por ser uma unidade de Atenção Especializada da rede pública, temos mais contato com a comunidade estreitando laços e gerando uma assistência ainda mais humanizada. Esses laços estabelecidos, fazem nossos pacientes serem mais participativos em sugestões, críticas, elogios e desta forma nos direciona para uma excelência na qualidade do atendimento. Dados estes que podemos através dos Eventos Adversos notificados aperfeiçoar, melhorar, padronizar, alinhar e cada um caminhar de forma igual em todos os protocolos institucionais, minimizando danos possíveis aos nossos clientes/pacientes. Esses feedbacks não estão presentes nas ferramentas, mas sim vindas pelos próprios clientes que diariamente utilizam nossos serviços prontamente deixando suas opiniões no nosso questionário de SAU. Temos abaixo em uma das paredes visíveis a todos da unidade um mural com todos os elogios ofertados aos nossos colaboradores pela pesquisa do usuário:

Fotos: Mural de Avisos



Conclui-se que: A notificação de Eventos Adversos alinha o trabalho, e proporciona uma assertividade no processo do cuidar. A responsabilidade do cuidado ao paciente se inicia no Bom Dia, Boa Tarde no balcão de informação e perdura até o Até logo. Dividir responsabilidades não é apenas por não conseguir realizá-las em um momento, mas apresentar a esse problema mais olhos e mais mão para solucioná-lo.

REFERÊNCIAS

1. Organização Nacional de Acreditação – ONA. Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde. Brasília (DF); 2014 (citado 2015 abr 01). Disponível em: <http://www.ona.org.br/noticia125-manual-dos-servicos-para-saude-ona>
2. Revista de Enfermagem da USP 2012; 46(2):388-94; Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>
3. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(4):671-678, out - dez 2013; Disponível em <http://www.scielo.br/revistas/ress/pinstruc>
4. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estratégias para a segurança do paciente em hospital e clínica, 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>
5. Rev. Eletr. Enf. 2013 jan/marc; 15 (1): 121 – 9; Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5216/reev15il.14757>

METODOLOGIA DE DIAGNÓSTICO SOCIOAMBIENTAL TERRITORIAL PARA EQUIPES ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - GESTÃO E MEIO AMBIENTE

Everton Tumilheiro Rafael <everton.tumilheiro@cejam.org.br>; Keylane Barbosa Nogueira Viegas <viegaskey@hotmail.com>

Palavras chave: Estratégia Saúde da Família; Territorialização; Saúde Ambiental; Meio Ambiente e Saúde

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Essa tarefa adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. Esses dois últimos provêm do entendimento de que a maior parte da carga das doenças acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem(1). O conjunto denominado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde, pode ser identificado e mapeado de forma exitosa a partir do processo de entendimento e discussão entre os membros de equipe colocando em evidência os diversos saberes que se complementam, visando demonstrar uma imagem coletiva do território, garantindo um processo(2). O Programa Ambientes Verdes e Saudáveis possui dentre seus pressupostos e diretrizes a problematização, contextualização e reflexão das realidades vivenciadas pelas equipes Saúde da Família de forma que possa promover sustentabilidade no território, fortalecendo substancialmente para a construção de um diagnóstico socioambiental (3). Este trabalho visa propor uma metodologia e ferramenta que permita um diagnóstico socioambiental que contribua aos processos de territorialização na perspectiva de equipes de Estratégia Saúde da Família com Programa Ambientes Verdes e Saudáveis.

OBJETIVO

Discutiu-se uma proposta de metodologia e ferramenta que facilitasse a abordagem dos Agentes de Promoção Ambiental junto às equipes ESF para resgatar um olhar reflexivo frente aos aspectos socioambientais identificados nos territórios de suas áreas de abrangência adscritas, um Diagnóstico Socioambiental Territorial para a Estratégia Saúde da Família com Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (DSAt ESF/PAVS).

MÉTODO

Por meio de uma planilha online pela ferramenta Google Docs itens do território foram registrados contendo informações básicas. Foram definidas quatro questões para as equipes avaliarem cada situação ou local indicado pelas equipes, sendo: Ponto Fraco (o quanto aquele item prejudica a saúde naquele território), Ponto Forte (o potencial promotor de saúde daquele item no território), Governança (a capacidade de intervenção da Unidade Básica de Saúde frente aquele item) e Intersetorialidade (a articulação da UBS com demais atores no território para intervir frente aquele item). À cada questão os membros da equipe elencam notas num score de 1 a 4 (menor a maior). Foram elaboradas fórmulas nas planilhas para que pudessem calcular coeficientes de Ameaça Direta (o quanto aquele item pode ameaçar a saúde coletiva visto seu ponto fraco), Oportunidade Direta (o quanto aquele item pode oportunizar a saúde coletiva visto seu ponto forte) e Atuação da UBS (o quanto a UBS pode atuar naquele item por meio de sua governança e intersetorialidade) levando em consideração o número de domicílios que tem relação direta ao item avaliado (determinado/mensurado pela própria equipe) sobre o número total de domicílios pertencentes aquele território (cadastrados na ESF). Por meio desses cálculos se dá a priorização da sua atuação nas questões socioambientais do território (maior número de coeficiente de atuação da UBS), além da indicação da dominância atual daquele item (se potencialidade ou vulnerabilidade) e sua projeção futura (se piora, alerta ou melhoria). Foram convidadas equipes saúde da família a um World Café para validar o instrumento.

RESULTADOS

Participaram do World Café 2 equipes saúde da família de unidades diferentes com participação dos seis Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiro da equipe e APA da unidade, num período médio de duas horas. Mais de 30 itens foram avaliados pelo instrumento.

DISCUSSÃO

Os membros das equipes ESF e APA demonstraram compreender rapidamente a proposta da metodologia, indicando as notas para cada questão solicitada na ferramenta DSAt ESF/PAVS. Uma equipe não conseguiu concluir no tempo proposto, porém se comprometeu em continuar o processo em espaços reservados nas reuniões administrativas da equipe, acusando a praticidade do DSAt ESF/PAVS. Eventualmente houveram notas variadas dos membros da equipe para um mesmo item. Tais circunstâncias possibilitaram maior debate e discussão para os membros chegarem a um consenso. Os membros das equipes se apresentaram concordantes com os resultados calculados pelo DSAt ESF/PAVS, especialmente nos resultados de coeficiente de atuação da UBS, dominância atual e projeção esperada, determinando serem satisfatórias as fórmulas aplicadas na ferramenta (Figura 1). As equipes ESF fomentaram e propuseram, junto ao Agente de Promoção Ambiental, ações, projetos e intervenções que pudessem ser efetivadas pela própria equipe de forma que atendesse a prioridade identificada no DSAt ESF/PAVS. Em casos de projeção esperada do tipo "Alerta" e "Piora" as equipes concluíam a necessidade de incluírem em suas práticas e rotinas atenção frente a tais itens. Alguns membros de equipe declararam a necessidade de visitar suas próprias áreas, pois evidenciavam aspectos socioambientais de forma diferenciada a partir da oficina promovida para o DSAt ESF/PAVS.

CONCLUSÃO

O DSAt ESF/PAVS se apresenta como uma ferramenta que possibilita as equipes ESF diagnosticarem os aspectos socioambientais dos seus territórios na perspectiva da saúde de forma prática e com resultados satisfatórios. A territorialização torna-se efetiva por meio da ferramenta DSAt ESF/PAVS visto permitir além do reconhecimento, a discussão e reflexão do ambiente, população e dinâmica social existente da área. Destaca-se o potencial mobilizador e motivador da ferramenta DSAt ESF/PAVS, visto apresentar resultados claros e rápidos quanto a prioridade de atuação, a predominância atual e projeção esperada quanto a cada aspecto socioambiental identificado pela equipe.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: Incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011.
2. CARVALHO, AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6.
3. SÃO PAULO (Cidade). Secretaria de Saúde. Guia PAVS. / Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis. – São Paulo: SMS, 2012.

OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS ATRAVÉS DA ALTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Laurentino Elias da Silva <launeto2000@yahoo.com.br>; Sheila Jaqueline Araujo Garcia <kit_sheila@hotmail.com>

INTRODUÇÃO

Na lógica da Rede de Atenção à Saúde (RAS) o vínculo do paciente deve ser com a atenção Básica que é a coordenadora do cuidado, no entanto observa-se que muitos pacientes por fazer acompanhamento com o especialista tendem a estabelecer este vínculo com a Atenção Especializada (AE), seja por sentirem-se seguros uma vez que estão sendo tratados com um profissional de conhecimento diferente e específico, ou por acreditar que tem mais recursos a disposição no ambulatório de especialidades^{1,2}.

Estes pacientes em geral relutam quando são encaminhados para a alta ambulatorial. Por outro lado, os médicos da Atenção básica sentem-se pouco preparados e por vezes, inseguros para receber e acolher estes pacientes em sua complexidade na Atenção Básica após a alta da atenção especializada^{1,2}.

A alta ambulatorial na Atenção especializada é pouco frequente, pois não há uma cultura relacionada a Alta nos serviços da Rede de Atenção Especializada¹.

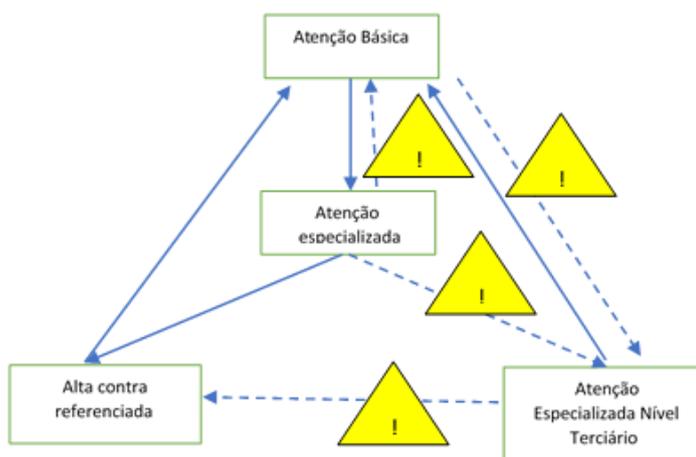
Nestes serviços a alta ocorre quando o paciente tem condições de voltar a receber o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde ou o paciente recebe alta do tratamento, quando for atingido o limite terapêutico para o nível de complexidade da especialidade, o que significa cura ou controle da doença e é definida como alta responsável^{2,3}.

A alta responsável consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outro ponto da Rede, de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de: I) orientação de usuários e familiares/cuidadores, II) articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica; e III) implantação de

mecanismos de des ambulatorialização, proporcionando acesso dos demais pacientes ao serviço considerando que há escassez na oferta.

Quando não há a alta médica nos serviços de especialidades são criados gargalos que aumentam o tempo de espera e reduz a velocidade da Fila em causando colapso em toda a Rede de Atenção à Saúde^{1,3} (Figura 1)

Figura 1 - Represamentos na RAS



Considerando a escassez da oferta em um cenário onde a capacidade instalada é constante, só pode haver acesso de novos pacientes as consultas de especialidades se outro paciente, que alcançou seu limite terapêutico na especialidade, tiver alta do serviço e desta forma equacionar a Oferta com a Demanda dos serviços de saúde.

Na resolutividade da linha de cuidado na atenção especializada o plano de cuidado do paciente deve prever o início, meio e fim dentro da referida especialidade e, a partir de então, a continuidade do cuidado deve se dar na Atenção básica que é considerada a coordenadora do Cuidado^{1,2,3}.

Segundo as diretrizes Operacionais da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial nos estabelecimentos da AEA (HD-RHC/AMA-E), a alta é uma medida de resolutividade no cuidado crônico longitudinal e as Unidades devem adotar procedimentos para a gestão de altas ambulatoriais, com o objetivo de ampliar a efetividade no cuidado integral³.

A gestão de altas inclui monitorar as práticas assistenciais dos profissionais do estabelecimento, sob a luz dos protocolos clínicos e de regulação do acesso baseado em evidências instituídas³.

O presente trabalho demonstra a evolução das altas médicas nos serviços de especialidades nas Unidades de saúde da região de M´Boi Mirim e Campo Limpo no período compreendido entre janeiro de 2017 e junho de 2018.

OBJETIVO GERAL

Otimizar os recursos através da Gestão de alta nos serviços de especialidades

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Implantação e monitoramento os processos de Alta nos serviços de especialidade
- Ampliação do acesso aos serviços de Especialidades

MÉTODO

A primeira etapa do trabalho teve início em janeiro de 2017, e contou com a compilação das Altas realizadas na AMAE Jd. São Luiz por advento da acreditação na ONA e a partir de então a prática foi sistematizada e difundida gradualmente para as demais Unidades da rede de Atenção Especializada Ambulatorial (RAEA). Esta análise contou com a participação de integrantes da gestão técnica Regional e da gerência local, supervisores e médicos responsáveis Técnicos dos serviços.

A partir da verificação de critérios clínicos que correspondiam a possibilidade de alta nas especialidades nos casos de baixa complexidade passíveis de serem acompanhados na Atenção Básica, definiu-se então o processo de trabalho para a implementação da Gestão das altas nos ambulatórios da RAEA.

Foram criadas ferramentas de apoio pertinentes ao processo de trabalho para a gestão de altas e foi compartilhada com os serviços de especialidade no formato de ferramenta de consulta e análise por profissional, por especialidade e para o comparativo das ações em função do tempo em uma série histórica de modo a instrumentalizar o processo de melhoria contínua.

Ações de apoio voltadas para implementação de Altas nos Ambulatórios

- Promoção de reuniões sistemáticas para melhorar a capacidade de comunicação entre os profissionais;
- Envolvimento dos profissionais médicos para intercâmbio de informações e compartilhamento das decisões;
- Orientação aos profissionais médicos da Atenção Básica, visando produzir corresponsabilização destes no cuidado em saúde após a alta ambulatorial;
- Fortalecimento da Equipe Médica da Atenção Especializada para a Alta Responsável.

Avaliação e monitoramento

- Revisão de protocolos, fluxos, instrumentos de registros de alta ambulatorial e qualificação dos encaminhamentos à Atenção Básica
- Qualificação dos processos de orientação as Unidades Básicas de Saúde
- Organização de Equipes de Gestão de Altas

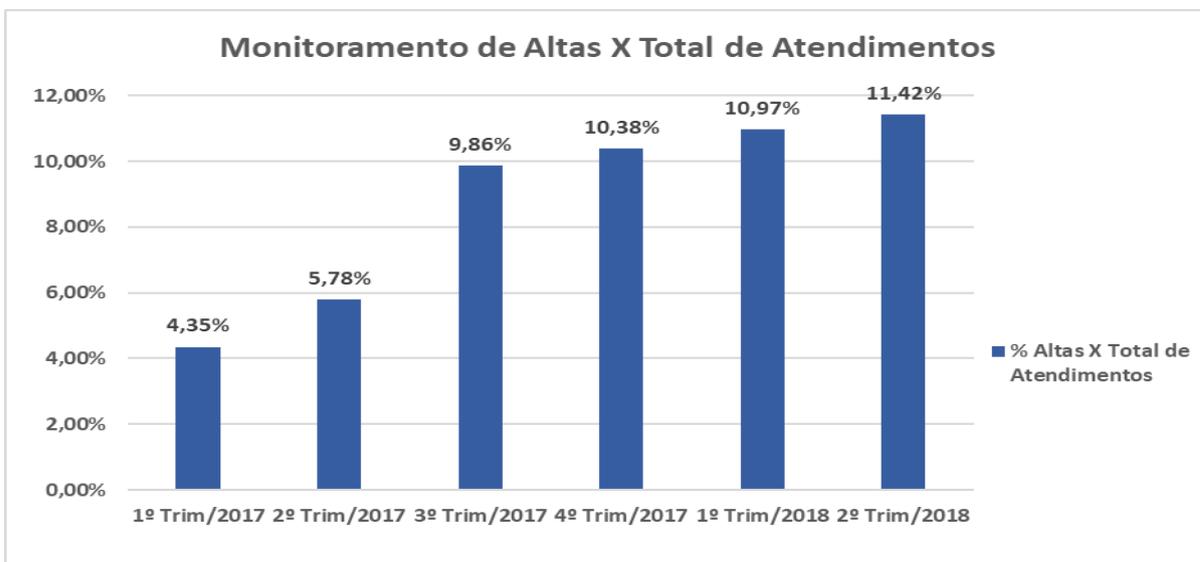
RESULTADOS

Para melhor compreensão do impacto deste trabalho, os resultados serão apresentados em gráficos e tabelas discutidas abaixo:

A alta em função do Atendimentos é um indicador que demonstra quantos pacientes obtiveram alta nas especialidades de uma referida Unidade de saúde no mês em função do número de atendimentos daquele mês:

$$\% \text{ Altas} = \frac{\text{Altas}}{\text{N}^{\circ} \text{ Atendimentos}} \times 100$$

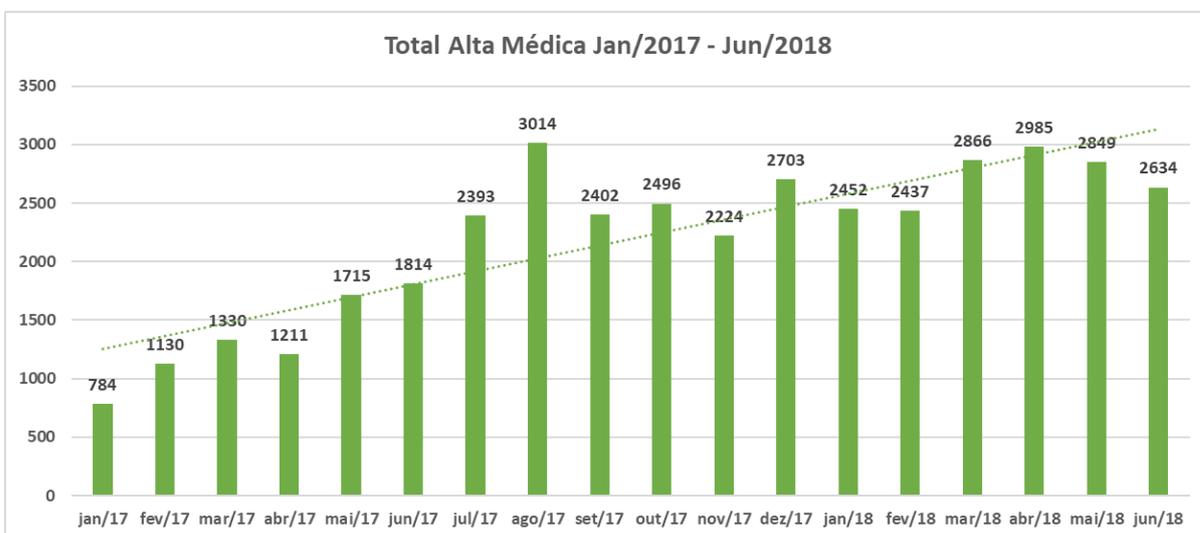
Figura 2 – Altas por Atendimento



Fonte: Arquivo Zeus RAEA

Observa-se na figura 2 que há uma tendência crescente no percentual de altas por atendimento Global que representa o quantitativo de altas de todas as Unidades no período na avaliação do trimestre evidenciando uma melhoria no processo de altas entre o primeiro trimestre de 2017 e o segundo trimestre de 2018, nessa análise foram consideradas todas as vagas de primeira vez e retorno dos serviços.

Figura 3 – Série Histórica de Altas Médicas

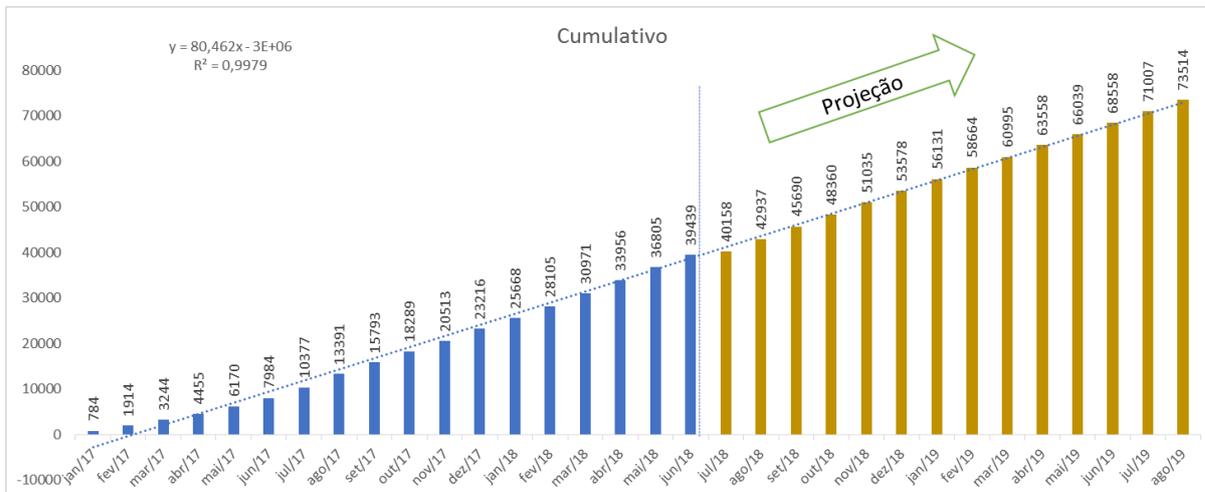


Fonte: Arquivo Zeus RAEA

Numericamente a quantidade de altas evoluiu de 784 em janeiro de 2017 para 2.634 em junho de 2018 com algumas variações mês a mês com média de 17.830 altas por mês e pico de 3014 altas em agosto de 2017 (figura 3).

$$Cumulativo\ Altas = \sum (mês1; (mês1 + mês2); (mês1 + mês2 + mês3); (mês1 + \dots + mês\ n))$$

Figura 4 – Total Cumulativo de Altas Médicas

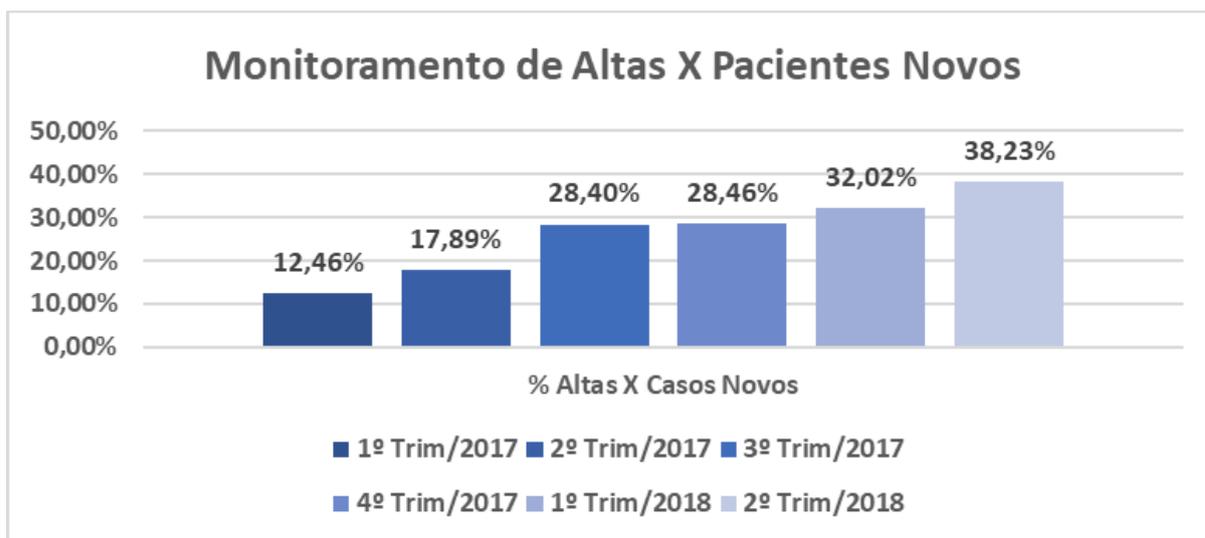


Fonte: Arquivo Zeus RAEA

No cumulativo do início da análise em janeiro de 2017 a junho de 2018 foram realizadas 39.439 altas demonstrado por coeficiente de correlação $R^2 = 0,9902$ evidenciando uma boa correlação e a efetividade da ação de gestão e monitoramento das altas nos serviços da RAEA. A projeção remete a 73.514 altas até agosto de 2019 (Figura 4).

$$Acesso = \frac{\sum Altas}{N^{\circ} Pacientes Novos}$$

Figura 5 – Total Cumulativo de Altas Médicas



Fonte: Arquivo Zeus RAEA

A relação entre Altas X pacientes novos demonstra um crescente na série histórica e denota também uma maior relação com os outros pontos da rede de modo a aumentar a resolutividade da articulação entre a atenção Básica e a atenção Especializada, a crescente proporção de altas em função de casos novos teve variação positiva de 12,46% no primeiro trimestre de 2017 para 38,23% no segundo trimestre de 2018 conforme a Figura 5.

Figura 6 – Altas Médicas por especialidades



Fonte: Arquivo Zeus RAEA

No ranking apresentado na figura 6, a especialidade médica que proporcionalmente ao número de atendimentos no período foi a cirurgia pediátrica (16,91%), dada a sua resolutividade característica dos procedimentos cirúrgicos seguida de GO geral (15%) e vascular (12,27%).

As especialidades com menor proporção de altas em função do número de atendimentos foram Homeopatia, pneumologia Infantil e Pediatria de alto risco dado a peculiaridade da especialidade.

DISCUSSÃO

A gestão do acesso passa pela gestão de altas que é um importante fator para equacionar a oferta em função da demanda por serviços de saúde.

No período considerado foram realizadas 39.439 altas nos serviços da Rede de atenção especializada, representando um aumento no acesso aos serviços de especialidade da mesma ordem, ou seja, 39.439 novos pacientes.

Considerando o mesmo ritmo de altas nos serviços de especialidades estima-se uma projeção para agosto de 2019 de 73.514 altas de pacientes nos serviços da Atenção Especializada.

A proporção de altas em função de pacientes novos subiu de 12,46% para 38,23% uma variação positiva de 25,77% entre o primeiro trimestre de 2017 e o segundo trimestre de 2018.

A complexidade dos casos e a característica de cada especialidade impõem um ritmo diferente de altas de serviço para serviço e de especialidade para especialidade, de modo que em algumas especialidades a proporção de altas será maior, e em outras a proporção de altas será menor.

Neste cenário há de se considerar a característica de cada profissional em uma mesma especialidade podendo haver variações na proporção de altas de profissional para profissional.

Uma das formas encontradas para diminuir esta variação entre profissionais é a adoção de protocolos clínicos de alta que subsidiam o profissional médico da atenção especializada e asseguram o profissional médico da atenção básica que será munido de um documento de contra referência para que possa dar prosseguimento no cuidado na atenção básica.

CONCLUSÃO

As consultas e atendimento médico de especialidades em saúde são recursos escassos e há uma capacidade limitada de atendimento aos pacientes nos ambulatórios em função de uma demanda crescente que é alavancada pela transição epidemiológica e demográfica.

Tem-se como resultado desta ação o aumento na velocidade da Fila e acesso aos serviços de saúde com conseqüente diminuição da espera para os serviços de especialidades e dos agravos à saúde.

O desafio para o seguimento deste estudo é mensurar a redução no tempo da Fila de espera pelos pacientes das especialidades decorrente da ação de implementação e monitoramento das altas médicas na RAEA.

Há a oportunidade de melhoria em sanar os gargalos da atenção secundária representada pela atenção especializada para o nível terciário representado pela alta complexidade e que por vezes retém os pacientes na atenção especializada, quando já se atingiu o objetivo e o limite terapêutico, causando represamento e gerando consultas que não mais agregam valor a terapêutica do paciente, inviabilizando que novos pacientes tenham acesso a atenção especializada.

REFERENCIAS

1- VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (Org.). Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 383 p.

2 - MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011. 549 p.

3 - SÃO PAULO, PMSP. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/Hospital Dia Da Rede Hora Certa. Vol. 01 – 1º edição 2016.

TABAGISMO: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ABORDAGEM INTENSIVA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - SAÚDE MENTAL

Tatiana Mendes Alencar <tatiana.mendes@cejam.org.br>; Brunna Delesporte Esteves <farmacia.delesporte@gmail.com>

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

O tabagismo é considerado uma doença crônica de acordo com o CID-10 e está classificado no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F17.2). Diversas pesquisas científicas constataram que 56 doenças estão relacionadas ao consumo de cigarro. O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco. A OMS apoia a redução da prevalência do tabagismo e propõe medidas que visam reduzir e prevenir o consumo de tabaco. O presente trabalho se justifica por propor ações que visem a implementação de medidas para redução do tabagismo, como a implantação do tratamento nas UBS e CAPS e mensuração dos dados.

A implantação foi realizada nos distritos do Jardim Ângela que tem uma população de 335.784 habitantes e no Capão Redondo que possui uma população de 272.856 habitantes (SIAB/reg/dez/2017). De acordo com o mapa de Exclusão e Inclusão Social de São Paulo, esta população está classificada como alta ou altíssima vulnerabilidade social, que é mais suscetível à dependência do tabaco.

OBJETIVO

- Verificar a implementação do PNCT nas UBS/CAPS do Jardim Ângela e Capão Redondo;
- Verificar os desfechos das estratégias de cessação do tabagismo entre os usuários, no ano de 2017.

METODOLOGIA

- O processo de implantação do tratamento do tabagismo, ocorreu no DA Jardim Ângela e no DA Capão Redondo. Em 2007, o território do Jardim Ângela possuía apenas 1 UBS credenciada e o Capão Redondo, em 2014, possuía apenas 2 UBS credenciadas, quando deu início ao processo de implantação.
- O credenciamento das UBS/CAPS para o tratamento do tabagismo junto ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), envolveu: Capacitação de profissionais, Aplicação do protocolo do INCA, Implantação dos grupos nas UBS/CAPS, Divulgação do tratamento e levantamento de pessoas interessadas em consultas e visitas domiciliares.
- A mensuração dos dados é realizada por meio de um instrumento monitoramento do Tabagismo, que contém os dados referentes: Cadastro dos pacientes em tratamento; número de pacientes por equipe de saúde da família em tratamento; número de pacientes atendidos em consulta de avaliação clínica; cálculo do escore de Fagerstrom (que mede o grau de dependência); número de participantes na 1ª sessão e na 4ª sessão; proporção de pacientes que utilizaram medicamento para o tratamento; proporção de abandono e de cessação.

RESULTADOS

- No período de 2007 à 2018, a rede de Serviços de saúde credenciada foi ampliada, passando de 1 para 19 Serviços no Jardim Ângela e no período de 2014 à 2018 de 2 para 12 UBS, no Capão Redondo;
- Atualmente 100% das UBS sob gestão do CEJAM OS oferecem Tratamento do Tabagismo;
- 32 Serviços de Saúde estão credenciados oferecendo tratamento tabagismo;
- 37 profissionais capacitados, no Jardim Ângela e 25 no Capão Redondo, de diversas categorias profissionais;
- 1571 pacientes foram atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica do tabagismo nos 31 Serviços de Saúde;
- 1390 pacientes participaram do grupo (1ª sessão) de tabagismo;
- 471 pacientes estavam sem fumar na 4ª sessão;
- 981 (70%) utilizaram medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde;
- A taxa de abandono foi de 33%;
- 34% pararam de fumar (4ª sessão);
- Dos pacientes que finalizaram o tratamento, 50% pararam de fumar.

CONCLUSÃO

- Dos pacientes que finalizaram o tratamento, 50% pararam de fumar, inferindo-se que aqueles que conseguem finalizar o tratamento têm mais chances de cessar o tabagismo;
- Os dados analisados em 2017, mostram uma taxa de cessação do tabagismo de 34% (entre os usuários que completam o programa), superando a taxa de sucesso de 22%, descrita na literatura científica;
- Entretanto, destaca-se a necessidade de explorar os dados referentes à redução no consumo do tabagismo para além de apenas à cessação, assim como a mensuração dos dados referentes à redução e cessação a partir da finalização da 4ª sessão, considerando os benefícios que o tratamento pode trazer para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e a redução de custos com despesas relacionadas à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. INCA. Tabagismo dados e números: Tabagismo no Mundo. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, World Health Organization,

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: REDUZINDO A SÍFILIS CONGÊNITA NA CIDADE DE SÃO PAULO.

MARIANA DE SALES DIAS <marianasalesdias@hotmail.com>

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Congênita. Atenção Primária à Saúde. Prática Clínica Baseada em Evidências. Enfermagem.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A Sífilis Congênita (SC) é uma doença de transmissão vertical de elevada magnitude para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo. Porém, seu controle ainda é um incômodo desafio para profissionais de saúde e gestores na Atenção Primária à Saúde (APS). Em 2015, a cidade de São Paulo apresentou incidência de SC de 5,9 casos por mil nascidos vivos e a taxa de incidência vem aumentando de maneira significativa, o que pode demonstrar um aumento no número de casos, bem como melhoria no sistema de notificação. 1

OBJETIVO

Identificar revisões sistemáticas sobre ações/enfrentamento da sífilis congênita; averiguar opções para a redução da sífilis congênita a partir da análise de evidências científicas; discutir as fragilidades e potencialidades da APS no enfrentamento à sífilis congênita na cidade de São Paulo.

MÉTODO

O estudo será uma Síntese de Evidências, baseado no método proposto pela Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet), que utiliza a ferramenta SUPPORT (SUPORTE a Ensaios e Revisões relevantes para as Políticas). A partir das revisões sistemáticas será elaborado um resumo de estudos que apreciam criticamente pesquisas relevantes para coletar, analisar e sintetizar dados sobre o enfrentamento da SC. Após selecionar as opções para abordar a redução da sífilis congênita serão programadas reuniões para realização de diálogo deliberativo com representantes dos Comitês de Transmissão Vertical de Sífilis, representantes da comunidade, profissionais que atuam no atendimento às gestantes e recém-nascidos na APS, profissionais que atuam no setor de vigilância epidemiológica da APS, no âmbito da Coordenadoria Regional de Saúde Sul. Assim, será possível subsidiar políticas de enfrentamento do agravo, enfocando aspectos positivos, negativos e incertezas das opções.

RESULTADO

Rol de opções para o enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da APS na cidade de São Paulo a partir da identificação de evidências científicas.

DISCUSSÃO

A partir do levantamento de revisões sistemáticas e discussão com pessoas interessadas no tema, foi possível definir o problema da sífilis congênita, como resultado do controle inadequado da doença na gestação. Sugeriu-se buscar opções de enfrentamento do agravo baseadas na intersectorialidade. Há revisões sistemáticas enfocando a importância de intervenções escolares baseadas na prevenção da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. 2 A ampliação de oferta do teste rápido e testagem da população em geral, também são estratégias abordadas em diversos estudos. 3

CONCLUSÃO

Apesar da importância do agravo, é pequena a quantidade de trabalhos publicados no país enfocando estratégias para a sua eliminação, meta apregoada, mas ainda não alcançada. 4 Isso demonstra a relevância e importância da produção de uma síntese de evidências sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL. Boletim Epidemiológico - Sífilis 2016. Ministério da Saúde - Secr Vigilância em Saúde. 2016;47(35):29.
- 2- MasonJones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. Schoolbased interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016 2016:11 Article Number CD006417
- 3- Gliddon HD, Peeling RW, Kamb ML, Toskin I, Wi TE, Taylor MM. A systematic review and meta-analysis of studies evaluating the performance and operational characteristics of dual point-of-care tests for HIV and syphilis. Sex Transm Infect. 2017 Dec;93(S4):S3-S15. doi: 10.1136/sextrans-2016-053069. Epub 2017 Jul 26. Review.
- 4- Saraceni V, Leal MC, Hartz ZMA. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. Rev Bras Saúde Materno Infantil. 2005;5(3):263-73.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: O TRATAMENTO DE GRUPO PSICOTERAPÊUTICO

Maria Fernanda Nascimento Marques <fernanda_marq@yahoo.com.br>; Maria Fernanda Nascimento Marques

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Frequentemente o uso de álcool e outras drogas são utilizados por mulheres como forma de automedicação em decorrência de sofrimento de violência doméstica e traumas. O trabalho psicanalítico de grupo possibilita que com o decorrer do tempo, seja criado um espaço onde possa emergir o sujeito para além da totalidade do grupo, com sua história e singularidade. Tratar mulheres dependentes de drogas em grupos homogêneos é, sobretudo, poder tratá-las em um campo mais primário, no campo do que elas são – mulheres – preterindo o que veio lhes assolar secundariamente ao gênero – ou seja, o problema. Nesse sentido, a intervenção psicoterapêutica nesses grupos, podendo atentar para tais questões, estaria cumprindo a sua função por excelência que é a de colocar em movimento todo um processo de abandono das certezas que o sujeito construiu acerca de si, tirando-o da espera, levando-o a falar mais e a elaborar.

OBJETIVO

Esse relato de experiência convida ao debate sobre a violência contra mulher e aponta a potencialidade do grupo psicoterapêutico- psicanaliticamente orientado, como instrumento de intervenção.

METODO

Foi utilizado nesse trabalho o material clínico advindo do grupo psicoterapêutico para mulheres realizado no CAPS AD III Jardim Ângela. Os CAPS AD's são equipamentos que prestam cuidados às pessoas com problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. As pessoas que procuram tratamento são inicialmente acolhidas e avaliadas individualmente, passando em seguida por grupos que trabalham a vinculação ao serviço e os princípios básicos do tratamento. Faz parte do processo de tratamento a passagem pelo grupo de psicoterapia caso apresentada demanda e indicação. Atualmente participam 15 mulheres e as sessões tem duração de 1h20, semanalmente.

RESULTADOS

À partir do trabalho psicoterapêutico, foi possível que essas mulheres falassem sobre a violência sofrida, iniciando um processo de elaboração e resignificação do seu lugar de mulher. Foi possível ainda romper com a naturalização da violência e interromper ciclos de violência, à partir do descolamento gradativo do lugar de vítima (frágeis e passivas) e a promoção do protagonismo de novas histórias

DISCUSSÃO

As primeiras sessões do grupo apresentavam discursos sempre focados no consumo de substâncias psicoativas, nos episódios de recaídas ou na contagem do tempo de abstinência.

Após alguns meses, a história dessas mulheres passou a ser contada, o consumo de SPA passou a ocupar lugar secundário e a cada encontro um tema em comum tornou-se frequente: a violência contra a mulher. Um processo de identificação entre as participantes se inicia, promovendo vínculos e tornando-as parceiras no processo de proteção e cuidado.

CONCLUSÃO

Observou-se a potência do grupo psicoterapêutico psicanaliticamente orientado, no processo de cuidado de mulheres vítimas de violência. Tanto na promoção da identificação da demanda, quanto no processo de fala e elaboração dessas questões.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em 26/08/2018.

Venosa Priscila de Azevedo e Souza. Grupos psicoterapêuticos de mulheres dependentes químicas: questões de gênero implicadas no tratamento. Rev. SPAGESP [Internet]. 2011 Jun [citado 2018 Set 03] ; 12(1): 56-65. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100007&lng=pt.

Zilberman Monica L, Blume Sheila B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2005 Oct [cited 2018 Sep 03] ; 27(Suppl 2): s51-s55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000600004>.

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO PARA O USUÁRIO SUBMETIDO À FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR.

Adriana Prudêncio Carlini Arantes <adriana@volpipropaganda.com.br>; Mariana de Oliveira <marianaoliveira_usp@yahoo.com.br>; Eloise Maria Perin Alves <eloise.perin@yahoo.com.br>; Vilma Farias dos Santos <vilmafari@hotmail.com>

Palavras-chave: extração de catarata, enfermagem perioperatória, cuidados pós-operatórios.

INTRODUÇÃO

Catarata é a denominação dada a qualquer opacidade do cristalino, que não necessariamente afete a visão. É a maior causa de cegueira tratável nos países em desenvolvimento. A perda da capacidade visual acarreta consequências adversas, em nível individual e coletivo. A cegueira dá origem a problemas psicológicos, sociais, econômicos e de qualidade de vida, pois implica em perda de autoestima, em restrições ocupacionais e conseqüentemente diminuição de renda. Para a sociedade, representa encargo oneroso e perda de força de trabalho. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2016, apontam que a catarata é responsável por 51% dos casos de cegueira no mundo. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2016, mostram que 28,7% dos brasileiros com mais de 60 anos sofrem da doença. O aumento gradual da expectativa de vida provocou conseqüente aumento da prevalência dessa enfermidade nas últimas décadas. Sua prevalência foi estimada em 2,5% entre 40 e 49 anos, 6,8% entre 50 e 59 anos, 20% entre 60 e 69 anos, 42,8% entre 70 e 79 anos e 68,3% em maiores de 80 anos. Há diversos motivos que fazem da facoemulsificação com implante de lente intraocular a técnica mais utilizada em cirurgias de catarata no mundo, entre eles, podemos citar a menor incisão, menos trauma ao olho, além de rapidez do ato cirúrgico e da recuperação visual. Considerando a assistência perioperatória no Serviço de Oftalmologia selecionado para estudo, o papel do enfermeiro é muito amplo. Inicia-se no pré-operatório com orientações direcionadas ao usuário e familiar, esclarecimento de dúvidas, fortalecimento do vínculo entre o usuário e o serviço, realização do Time Out para segurança do usuário durante o procedimento cirúrgico e, finalmente, realiza o primeiro atendimento pós-operatório e informa sobre cuidados e recomendações pós-cirúrgicas.

OBJETIVOS

Acompanhar todos os usuários submetidos à facoemulsificação com implante de lente intraocular.

METODOLOGIA: Estudo do tipo coorte transversal, realizado em uma Hospital Dia da Rede Hora Certa, no município de São Paulo-SP, de 25 de maio de 2018 a 25 de agosto de 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo de dois anos desde a implantação do Serviço de Oftalmologia, muitas melhorias foram implementadas para atendimento do usuário. Todavia, notou-se a necessidade de um procedimento específico e mecanismos facilitadores para acompanhamento dos pacientes submetidos à facoemulsificação com implante de lente intraocular, bem como de suas necessidades de saúde relacionadas à cirurgia oftalmológica. Diante disso, implementou-se o acompanhamento do enfermeiro em todo o processo, de forma sistematizada. Este fato viabilizou a criação de vínculo com o usuário, a comunicação efetiva permitiu a redução de riscos de infecção através da escuta de forma singular com reforço constante das orientações sobre autocuidado e higiene e a detecção precoce de complicações permitindo a intervenção imediata da equipe médica. Além disso, o monitoramento do usuário possibilitou a otimização do agendamento de consultas, exames e até mesmo da cirurgia, com evidente redução do tempo entre a realização das cirurgias e o tempo de recuperação do usuário, o que melhora consideravelmente a sua qualidade de vida. Com a melhora do usuário, este recebe alta médica com segurança para acompanhamento na Atenção Básica, pois foi acompanhado durante todo o processo pela equipe multiprofissional. Ainda, permite o acesso de outros usuários, que serão beneficiados com a assistência prestada pelo Serviço de Oftalmologia.

CONCLUSÃO

Concluimos que o acompanhamento do usuário pelo enfermeiro é fundamental durante todo o processo de atendimento do usuário submetido à cirurgia de catarata, uma vez que possibilita a prestação do cuidado integral e promove o atendimento de todas as necessidades de saúde do usuário relacionadas às queixas oftalmológicas com a finalidade de se garantir recuperação plena da saúde e contribuir para a sua independência e autonomia.

REFERÊNCIAS:

1. Lambert LC, Occhiutto ML, Paparelli CM, Kniggendorf S, Akaishi L, Mendonça BD et al. Resultados visuais e incidência de complicações em facoemulsificação com LIO por residentes. Rev Bras Oftalmol 1997;56(12):953-6.
2. Centurion V, Figueiredo CG, et al. Catarata: Diagnóstico e Tratamento. Projetos Diretrizes. 2003 mar 30.
3. Little MP, Kitahara, CM, et al. Occupational radiation exposure and risk of cataract incidence in a cohort of US radiologic technologists. European Journal of Epidemiology . 2018 Ago 27. Acessado em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10654-018-0435-3>
4. Concordancia oftalmólogo-enfermera en la primera exploración postquirúrgica de la cirugía de cataratas. An. Sist. Sanit. Navar. 2008; 31 (3): 241-246.
5. Delphino TM, Souza PA, Santana RF. Telemonitoramento como intervenção no pós operatório de facectomia: revisão sistemática da literatura. REME - Rev Min Enferm. 2016; 20:e937. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1071> DOI: 10.5935/1415-2762.20160007

IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DE UM CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL. - ATENÇÃO ESPECIALIZADA

ROBERTA APARECIDA LOPES <roaplop@gmail.com>; **SABRINA DOS SANTOS SOUZA** <sabrinadss25@gmail.com>

Palavras-chave: CME; Indicadores; Qualidade; Produção

INTRODUÇÃO

Os índices de IHS (Infecções Hospitalares) estão diretamente relacionados com nível de atendimento e complexidade de cada hospital, porém dentre as principais causas deste, ressaltam-se as falhas nas medidas de controle e prevenção de infecção. Artigos hospitalares de uso único que são reutilizados e reprocessados e artigos que não passam por um processo de esterilização eficaz, tornam-se veículos de transmissão de infecções.¹ O Centro de Materiais e Esterilização possui uma história que vem acompanhando os procedimentos cirúrgicos, a fim de zelar por melhores condições de cirurgia e procedimentos invasivos nos cuidados pós-cirúrgicos. Esse setor atua visando à prevenção de infecções, mesmo que indiretamente, articulando ciência, segurança e qualidade, por meio da equipe de enfermagem.² A maioria dos microrganismos que penetra na ferida operatória é transmitida nos setores críticos, como o Centro Cirúrgico (CC), proveniente de um reservatório ou fonte presente no campo operatório. Dessa forma, quase toda infecção é adquirida durante o período do transoperatório onde, conseqüentemente, existe maior exposição do paciente. Percebe-se a importância do CME no controle das infecções hospitalares, tendo em vista que a infecção de sítio cirúrgico é uma das principais complicações causadas em pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos. Assim, o instrumental a ser utilizado no paciente deve ser processado adequadamente, afim de que esse material não se torne uma Fonte de contaminação e transmissão de microrganismos.³ Para se construir indicadores de qualidade para a avaliação de serviços de enfermagem no CME necessita de explicitação de referenciais de apoio, sob análise de elementos das estruturas organizacionais, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada.⁴ Recentemente uma iniciativa elaborou oito indicadores que contemplam as etapas do processamento de materiais utilizados na assistência à saúde (limpeza, preparo/condicionamento, esterilização/guarda/distribuição) e abrangem avaliações de estrutura, processo e resultado. Cada indicador apresenta os componentes a serem avaliados, além da forma de obtenção das informações e a fórmula de cálculo da medida de conformidade. Esses indicadores oferecem vantagem de permitir o acompanhamento da evolução da conformidade em cada instituição, visando à melhoria contínua da qualidade.⁵

OBJETIVO

Identificar parâmetros de qualidade de uma CME ambulatorial, analisando indicador de qualidade de autoclave e indicador de produção.

METODOLOGIA

O estudo caracterizou-se como descritivo e exploratório e com abordagem qualitativa e quantitativa. Foi realizada análise de gráficos e dados de produção em uma CME do ambulatório. O instrumento e coleta de dados utilizado para coleta de dados encontra-se anexo ao final deste estudo (anexo 1).

RESULTADOS

Os dados de qualidade dos indicadores de CME quanto a ciclos abortados da autoclave e manutenções da autoclave são demonstrados no gráfico 1 e gráfico 2.

GRÁFICO 1 – Ciclos Abortados

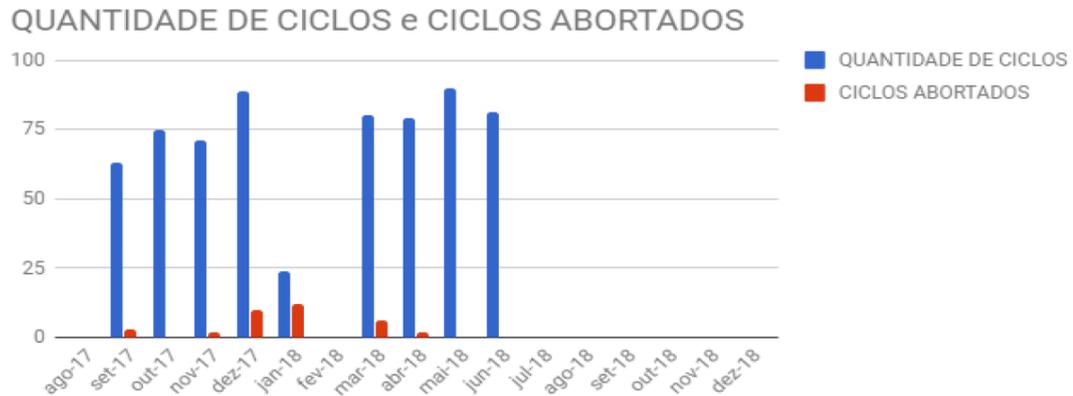
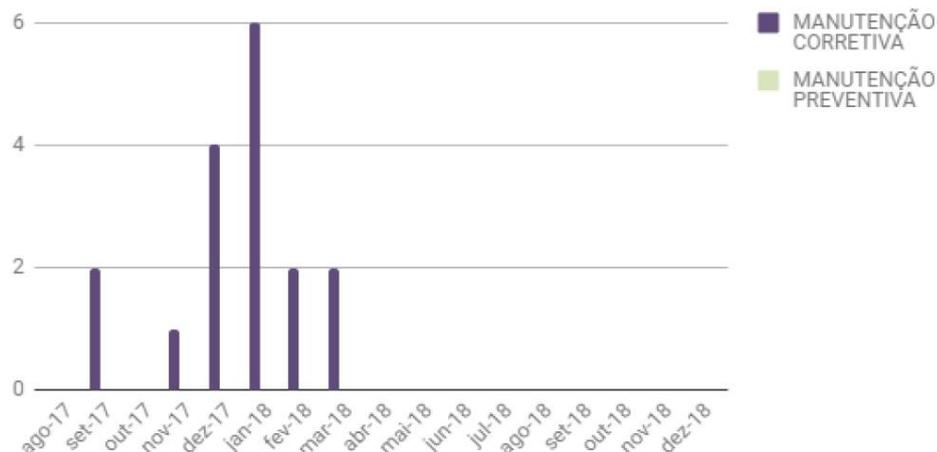


GRÁFICO 2 – Manutenção da Autoclave



Foi registrado pela equipe técnica diariamente dados de manutenção de autoclave corretiva e preventiva. Analisamos que nunca houve manutenção preventiva no equipamento, e que foi frequente a necessidade de manutenção corretiva. Os dados quanto a produtividade e reprocessamento dos materiais são demonstrados na tabela e gráficos abaixo.

TABELA 1 – PRODUÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO

	Jan/18	fev/18	mar/18	abr/18	mai/18	Jun/18	Jul/18	ago/18
Esterilização a Vapor - UNIDADE	300	558	570	899	843	827	516	478
Esterilização a Vapor - EXTERNO	200	46	83	71	49	77	38	52
Desinfecção - UNIDADE	100	30	46	111	44	13	43	17
Desinfecção - EXTERNO	177	259	457	644	543	450	342	278
Total Esterilização	500	604	653	970	892	904	554	530
Total Desinfecção	277	289	503	755	587	463	385	295

GRÁFICO 3 – Produção de esterilização a vapor

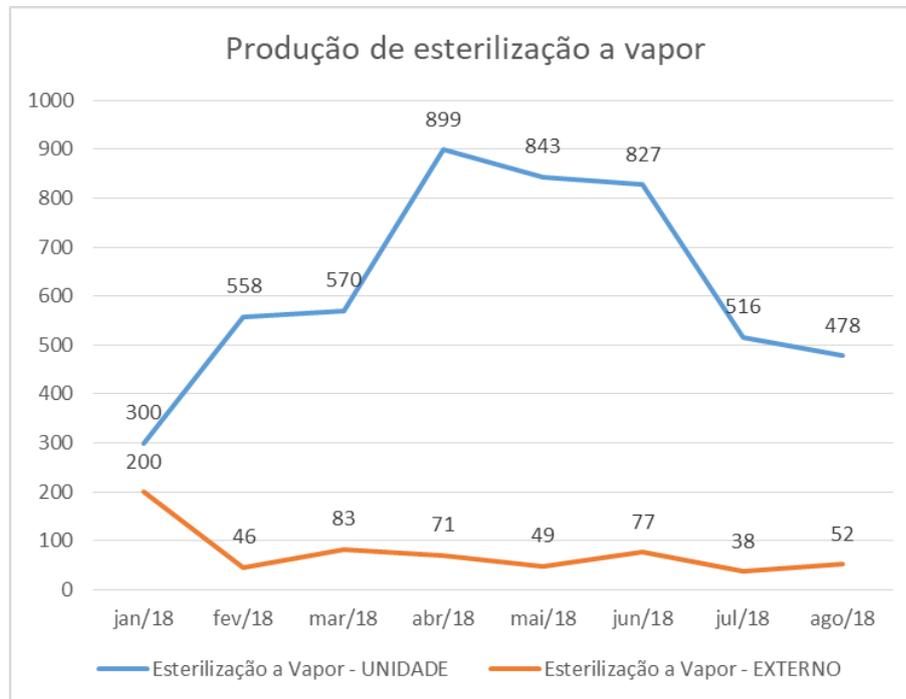


GRÁFICO 4 – Produção de desinfecção

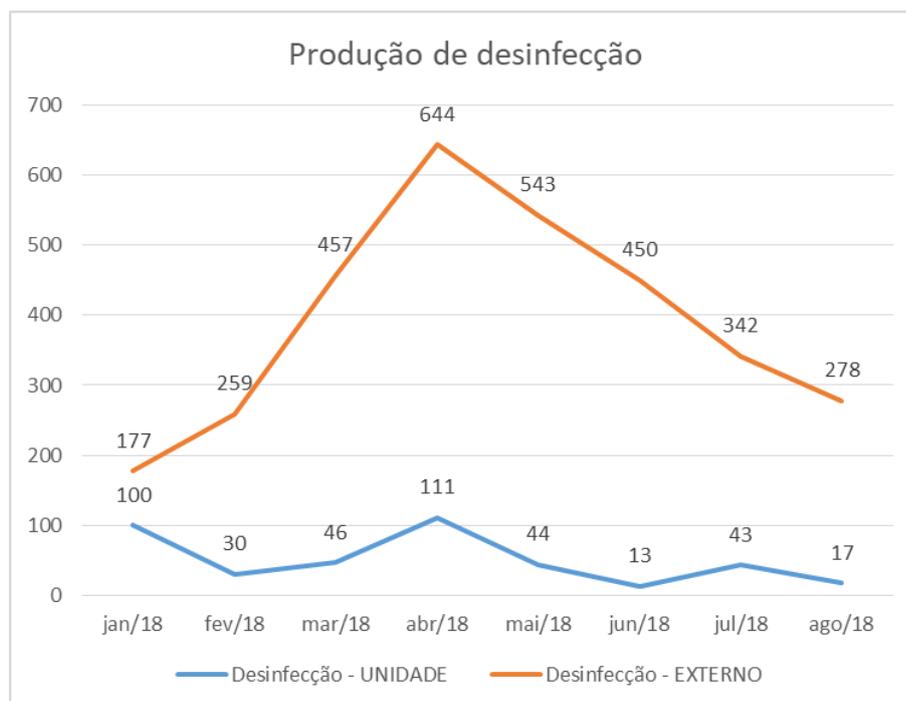
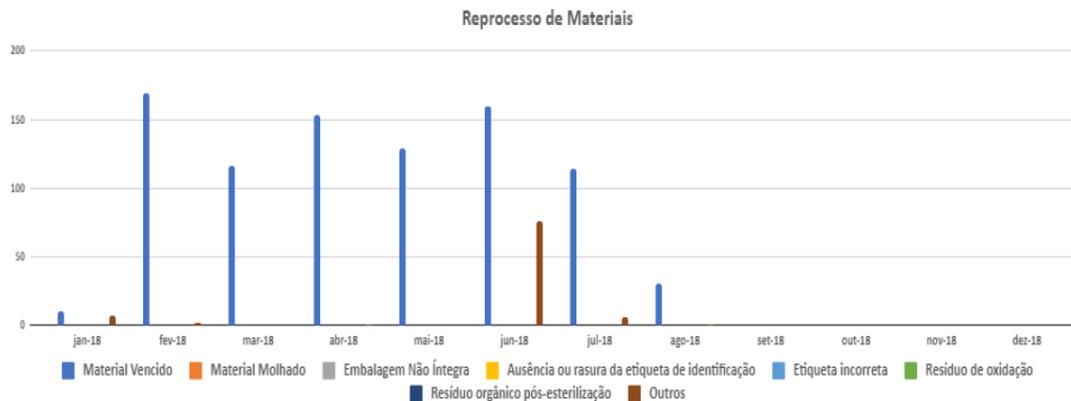


GRÁFICO 5 – Reprocessamento de materiais



Após análise dos gráficos, vemos que CME em estudo presta serviço a unidade externa, a qual detém maior demanda de materiais para desinfecção do que para esterilização. A quantidade de materiais reprocessados é em sua maioria por motivo de vencimento.

CONCLUSÃO

Os principais indicadores são aqueles que avaliam limpeza de materiais, preparo e acondicionamento dos materiais e esterilização, guarda e distribuição de materiais, seguindo adequação de estrutura física do setor, processo de trabalho e instrumento de controle de qualidade. A partir da análise e adequação dos instrumentos de trabalho, foi possível aferir somente alguns resultados do indicador de produção dos materiais da CME. A realização deste estudo possibilitou constatar que um indicador, de maneira isolada, é incapaz de retratar a realidade. Então, para garantir o acesso a um conjunto de indicadores, é fundamental a existência de um sistema de informação para construção e utilização destes. Este é o desafio que esperamos que seja ultrapassado com estudos complementares sobre a qualidade e produtividade desta CME.

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). RE nº 2606 de 11 de agosto de 2006. Dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de artigos médicos e dá outras providências. Brasília (DF): ANVISA; 2006.
2. TAUBE, S. A. M., ZAGONEL, I. P. S., MEIER, M. J. Um marco conceitual ao trabalho da enfermagem na central de material e esterilização. Rev Cogitare Enferm. 2005 Mai-Ago;10(2):76-83.
3. OURIQUES, Carla de Matos, MACHADO, Maria Élide, Enfermagem no processo de esterilização de materiais. Texto & Contexto Enfermagem 2013, Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71428558016>> ISSN 0104-0707.
4. KURCGANNT, P., TRONCHIN, D.R., MELLEIRO, M.M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. Acta Paul Enferm. 2006 JanMar; 19(1):88-91.
5. GRAZIANO, K. U., LACERDA, R. A., TURINI, R. N. T., BRUNA, C. Q. M., SILVA, C. P. R., SCHIMTT, C., et al. Indicadores de avaliação do processamento de artigos odonto-médico-hospitalares: elaboração e validação. Rev Esc Enferm USP. 43(Esp2):1174-80. Dez. 2009.

COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS E NEONATAIS RELACIONADAS À INFECÇÃO POR STREPTOCOCCUS NA GESTAÇÃO

Glaucia Gonçalves kimura <glauuciaKimuraa@gmail.com>

PALAVRA CHAVE: Infecção por Streptococcus; Complicações Obstétricas; Complicações Neonatais; Infecção Perinatal.

INTRODUÇÃO

Historicamente o Streptococcus Beta-hemolítico do grupo B (EGB) foi identificado como agente etiológico comum causador da mastite em bovinos. Em 1896 foram nomeados por Lehmann e Neumann como Streptococcus agalactiae devido sua relação com a mastite bovina. A infecção humana materna foi evidenciada a partir de 1960, quando se mostrou manifesto em gestantes e recém-nascidos. (PIRES, 2011).

No Brasil, a infecção pelo EGB ainda ocorre em grande prevalência, acometendo recém-nascidos (RN) e causando nesses prejuízos de saúde e morte. a prevalência de colonização materna relatada em diferentes localidades Brasileiras varia de 14,6 a 21,6%. (NOMURA et al, 2012).

Aproximadamente 10% a 30% das mulheres apresentam colonização por EGB no trato genital inferior ou reto. Na maioria das gestantes, ocorre infecção assintomática e apenas 2% a 4% evoluem para infecção do trato urinário inferior. Atualmente, realiza-se a partir da trigésima sexta semana de gestação, cultura genital e perianal para estreptococos a fim de identificar precocemente a colonização e intervir de forma a preservar a saúde da gestante e impedir a colonização do RN no momento do parto. (ARAÚJO et al, 2009).

Apesar dos avanços consideráveis na medicina na medicina Obstétrica e Fetal, o controle e prevenção de infecções neonatais ainda é um desafio, especialmente as infecções por Streptococcus, uma vez que esse agente é uma grande responsável pela sepse, pneumonia e meningites neonatais. (PEREIRA, 2010).

O Streptococcus B é caracterizado como uma bactéria coco Gram-positivos fazendo parte da microbiota comum nas membranas e mucosas de seres humanos, colonizando principalmente os tratos gastrintestinais onde a partir do trato digestivo baixo a bactéria coloniza o trato genital e, com menos frequência, o trato urinário. (POREGÉ et al, 2005 e CASTELLANO FILHO; TIBIRIÇA; DINIZ, 2010).

Na década de 80 a prática da quimioprofilaxia em gestantes infectadas por EGB reduziu significativamente o número de mortes de neonatos por sepse. Mas apenas em 1996, através do Centers for Disease Control (CDC) foi elaborado um protocolo que recomendasse oficialmente a quimioprofilaxia em todas as gestantes contaminadas e gestantes com ruptura prematura da placenta por mais de 18 horas que não tenham sido submetidas aos testes para EGB. (BORGER et al, 2013).

A colonização neonatal pode ocorrer através de duas formas de transmissão. A primeira forma é a transmissão vertical (de mãe para filho) do EGB ocorre quando as membranas da placenta materna colonizada (íntegras ou rotas) entram em contato com o recém-nascido. (MARCONI et al, 2010). O risco para a infecção neonatal durante o parto aumenta cerca de 200 vezes e ocorre mais em RN pré-termos. (CDC, 2011) A segunda forma é o contato com microrganismos com tecidos fetais, ou aspiração de secreção vaginais pelo feto. (CASTELLANO FILHO; TIBIRIÇA; DINIZ, 2010).

O CDC define que as infecções hospitalares de origem materna são que acometem o período neonatal até 48 horas após o parto, ou seja, transmitidas via placentária. Esta definição do CDC é aceita por muitos serviços de controle de infecções hospitalares no Brasil. (CDC, 2011).

As complicações relacionadas à colonização por Streptococcus pode apresentar-se durante a gestação aumentando significativamente os riscos para aborto espontâneo e trabalho de parto prematuro, também

está relacionado com a ruptura prematura da placenta e o baixo peso do recém-nascido (RN). Após o nascimento esse patógeno pode estar relacionado á outras complicações obstétricas como a endometrite e a infecção da parede abdominal, abscessos pélvicos, tromboflebite pélvica, osteomielite e meningite. (PEREIRA, 2010 e SILVA et al, 2011).

Apesar das complicações obstétricas e dos perigos oferecidos ao RN à infecção por EGB comumente é assintomática, podendo apresentar infecção do trato urinário ou bacteriúria assintomática, ou seja, a colonização do trato urinário, sem manifestações clínicas. São considerados os principais fatores de risco para o desenvolvimento da bacteriúria assintomática durante a gravidez: idade, paridade, idade gestacional e nível socioeconômico. (PINHEIRO et al, 2013).

Quando a infecção por EGB se manifesta de forma grave, as gestantes infectadas podem vir a apresentar quadros de sepse grave, tromboflebite séptica e meningite. Além das infecções do trato urinário, frequentemente representadas por bacteriúria assintomática, quadros de infecção intra-amniótica, endometrite (com bacteremia), infecções de ferida cirúrgica (pós-cesariana ou outros), celulite e fascite. (NOMURA et al, 2012).

A recomendação dos órgãos norte-americanos responsáveis é de que todas as grávidas sejam orientadas no sentido do rastreamento baseado na cultura vagina-retal ou no critério de risco para a prevenção da infecção por *Streptococcus agalactiae* de início precoce no neonato. (CDC, 2011).

OBJETIVO

Identificar as principais complicações obstétricas e neonatais relacionadas à infecção por *Streptococcus* na gestação.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma Revisão da literatura, caracterizando-se como um estudo descritivo exploratório. A pesquisa bibliográfica foi delimitada pelo tema: "complicações obstétricas relacionadas à infecção por *Streptococcus* na gestação". A coleta de dados foi realizada via internet entre os meses de Abril a Maio de 2017. Os artigos foram identificados através da pesquisa na base de dados Lilacs e Scielo, sendo utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por se tratar de um banco de dados de referência brasileira para investigações na área da saúde e base de dados universitárias de produção de monografias e teses.

A pesquisa foi realizada através da ferramenta de busca existente no próprio portal adotando-se as seguintes palavras-chave: *Streptococcus* na gestação; *Streptococcus* complicações obstétricas; Complicações Infeciosas na gestação e *Streptococcus agalactiae*.

Foram identificados 30 artigos, que foram analisados pelos seguintes critérios de inclusão: estar em português, ter sido publicado nos últimos 10 anos (2009 a 2017), e estar de acordo com os objetivos da pesquisa. Os critérios considerados de exclusão foram: produção científica que seja carta ao leitor, estar em língua estrangeira, publicação com mais de 10 anos ou que não contribui para os objetivos deste trabalho.

Dos 30 artigos identificados, 2 possuíam data de publicação superior a 10 anos, 1 era um editorial e 1 estava em idioma estrangeiro. A autora então deu continuidade a análise dos 26 artigos restantes.

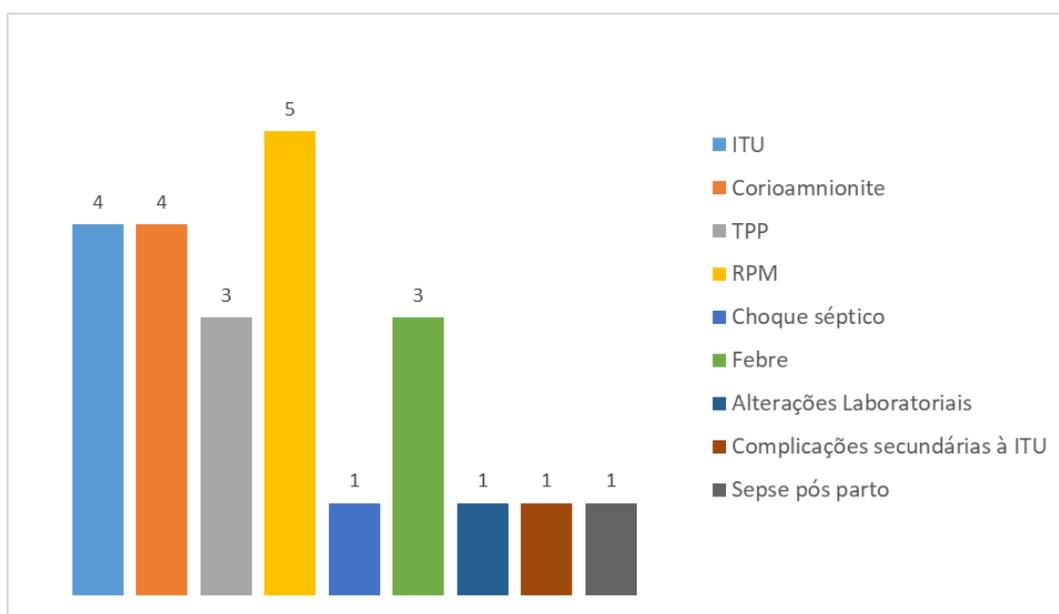
Após a leitura dos artigos 16 foram descartados por não estarem de acordo com o objetivo da pesquisa, portanto 10 estudos foram selecionados para análise dessa pesquisa.

RESULTADOS

Foram selecionados 10 estudos de nacionalidade brasileira, disponíveis para acesso através da base de dados da BIREME. Após a análise da gestante Lajos et al (2011) realizou os agravos neonatais secundários a infecção, identificando a prematuridade (46,4%), peso < 2500 gramas (34,5%), infecção neonatal (25%) e óbito (6,9%) (N=2). Não houve diferenciação do agente etiológico frente às complicações discriminadas, porém, ambos os óbitos neonatais foram associados à infecção por EGB, sendo que uma gestante realizou profilaxia antibiótica e outra não.

Duarte et al (2011) concorda com Lajos e refere prematuridade, baixo peso e óbito perinatal como complicações neonatais secundárias a complicação materna, acrescenta ainda: restrição de crescimento intra-útero e paralisia cerebral ou retardo mental segundo a literatura revisada.

Castellano Filho, Tibiriçá e Diniz (2010) realizaram uma revisão da literatura referente às doenças perinatais relacionadas à infecção por EGB. Este estudo aborda a Sepsis perinatal, diferenciando-as como de início precoce (primeiros 6 dias de vida) e de início tardio (do sétimo de vida até 3 meses). Ainda afirmam que os RNs cujas mães tiveram cultura positiva para EGB possuem 29 vezes mais chances de adquirir alguma infecção precoce.



CONCLUSÃO

De acordo com os textos selecionados para este estudo podemos perceber que os estudos nacionais sobre contaminação por EGB não estão direcionados especificamente às complicações obstétricas e neonatais, na verdade essas complicações são citadas durante os textos como informações complementares sobre os achados clínicos e não como temáticas principais dos estudos.

Apesar disso a presença desses agravos nos estudos, mesmo não sendo o tópico principal, demonstra a necessidade de atenção que as complicações secundárias à infecção por EGB são presentes nos cotidianos Obstétricos e Neonatais, apresentando complicações graves na gestante e no RN e podendo evoluir para óbito de ambos. Dessa forma torna difícil padronizar os achados e estabelecer uma base teórica de discussão ente os resultados. Os principais achados desse estudo em relação às complicações obstétricas foram às relacionadas ao parto: RPM e TPP, sendo febre e ITU menos frequentes entre as gestantes contaminadas pelo EGB. Quanto às complicações perinatais a prematuridade e o baixo peso ao nascer foram as mais citadas, sendo infecção, sepsis e óbito as complicações mais graves.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, A.S, et al. Choque séptico puerperal por Streptococcus 2-hemolítico e síndrome de Waterhouse-Friderichsen. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v.42, n.1, p.73-6, jan/fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n1/v42n1a15.pdf>
2. BERALDO, C. et al . Prevalência da colonização vaginal e anorretal por estreptococo do grupo B em gestantes do terceiro trimestre. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v.26, n.7, p.543-9, ago, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000700006&lng=en&nrm=iso
3. BORGER, I.L. et al. Streptococcus agalactiae em gestantes: prevalência de colonização e avaliação da suscetibilidade aos antimicrobianos. Rev Bras Ginecol Obstet., Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.575-9. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n10/27570.pdf>
4. CASTELLANO FILHO, D.S.; TIBIRIÇA, S.H.C.; DINIZ, C.G. Doença Perinatal associada aos estreptococos do Grupo B: aspectos clínico-microbiológico e prevenção. HU Revista, Juiz de Fora, v.34, n.2, p.127-34, abr/jun. 2010.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Perinatal group B streptococcal disease after universal screening recommendations - United States, MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011; v.56, n.28, p.701-5.

A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

J M Santos <FARMACIA.JMSANTOS@GMAIL.COM>

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossociais, são equipamentos especializados de Saúde Mental, que após a Reforma Psiquiátrica em 2001, vem se mostrando efetivo na substituição do retrógrado modelo hospitalocêntrico psiquiátrico. Atualmente, a atuação do Profissional Farmacêutico vem passando por um importante processo de transformação em suas atribuições, viés no qual a Assistência Farmacêutica (AF), de fato, é ofertada ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Evidenciando assim a importância do Profissional Farmacêutico na equipe multidisciplinar, na saúde mental.

A (AF) integra o amplo campo da Atenção Farmacêutica, que se apresenta como um ato de cuidado, contemplando a universalidade, equidade e integralidade biopsicossocial, a fim de diminuir o estado patológico, promover, proteger e recuperar saúde desses indivíduos, dentro do CAPS - SUS. Contexto que cada vez mais aproxima o profissional farmacêutico do usuário do SUS, tendo em vista os notáveis resultados farmacoterapêuticos, no crescente processo do Cuidado Farmacêutico no Brasil.

OBJETIVO

Descrever a importância da atuação do Profissional Farmacêutico dentro CAPS, assegurando aos pacientes atenção qualificada, e especializada, promovendo o uso seguro e racional dos medicamentos junto aos prescritores, equipes de saúde e a comunidade, englobando ações de educação em saúde e farmacovigilância.

Melhorar os resultados terapêuticos individuais e coletivos na gestão do cuidado em saúde mental dentro do SUS, por meio da expertise do profissional farmacêutico, em ações clínicas integradas à equipe multiprofissional.

MÉTODO

Relato de experiências desenvolvidas na unidade de saúde, por meio de ações compartilhadas, tais como: acolhimentos, buscas ativas, visitas domiciliares, grupos terapêuticos, oficinas, convivência/ambiência, reuniões de mini-equipe com discussões de casos clínicos, matriciamentos, promoção de contratualidade.

Ações que visam fornecer subsídios para o manejo da medicação no âmbito da saúde mental, para quadros psicopatológicos leves, moderados, e graves; objetivando melhorar a adesão ao tratamento, tais como: promoção do uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente.

Destaca-se algumas atribuições exclusivas do Profissional Farmacêutico, as quais salientam sua importância junto à equipe de multidisciplinar de saúde.

Consulta farmacêutica: atendimento realizado pelo farmacêutico ao paciente, respeitando os princípios éticos e profissionais, com a finalidade de obter os melhores resultados com a farmacoterapia e promover o uso racional de medicamentos.

Visita Domiciliar Farmacêutica: Ato que fortalece o vínculo profissional e paciente, garantindo a integralidade e eficácia do tratamento, por averiguar e garantir a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos em seus domicílios, assegurando seu adequado armazenamento, estado de conservação, controle de validades, descarte correto, recolhimento de medicamentos, minimizando a prática da automedicação e consequentes intoxicações involuntárias e voluntárias, (peculiar da psicose) e seus efeitos adversos; enfatizando as orientações das prescrições medicas.

Contrarreferencia Farmacêutica: Ato formal de encaminhamento do paciente ao estabelecimento de saúde de origem, que efetuou a referência, após realização da avaliação e tratamento específico, acompanhado das trocas de informações, e discussões, que assegurem sua retomada ao tratamento no serviço de origem.

Medicação Supervisionada: Modelo que garante ao paciente a segurança da dose, horários e medicação correta, além de assegurar uma melhor adesão farmacoterapêutica. Nesse sistema de dispensação de medicamentos previamente acordado com o paciente, tal solicitação é feita a partir da prescrição médica individualizada. A medicação é preparada em dose e concentração conforme prescrito, sendo administrada ao paciente diretamente de sua embalagem "unitarizada", em sua residência ou no CAPS, pela equipe de enfermagem aos pacientes em hospitalidade noturna.

Grupos de Medicação: Grupo realizado pelo farmacêutico dirigido aos pacientes, familiares e cuidadores, com o intuito de orientar, esclarecer dúvidas, e sanar mitos sobre o uso adequado e seguro dos medicamentos com foco no uso racional, visando interação familiar, e o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento.

Grupo de Tabagismo: Grupo de abordagem e farmacoterapia (programa nacional de controle do tabagismo – INCA) realizado pelo farmacêutico, com sessões estruturadas e liberação de medicamentos e insumos estratégicos.

Dispensação de medicamentos sob Protocolos: Atribuição exclusiva e privativa do farmacêutico.

Metilfenidato: Caps Infante Juvenil II

Insumos do Programa anti-tabagismo : CAPS AD e Adulto

(Bupropiona 150 mg e Adesivos de Nicotina 7, 14 e 21mg)

RESULTADO

A Atenção farmacêutica é um processo, através do qual o farmacêutico coopera e agrega substancialmente, com o paciente e equipe multidisciplinar, na implementação e monitorização dos planos farmacoterapêuticos, de forma a produzir resultados terapêuticos específicos, para o paciente.

Todos os pacientes do CAPS têm acesso a Atenção Farmacêutica e se fez necessário o desenvolvimento de indicadores, pelo profissional, englobando os pacientes que mais necessitam de orientação, para melhor evolução e adesão ao tratamento.

DISCUSSÃO

O presente trabalho promoveu a valorização do profissional farmacêutico como agente promotor da saúde e membro imprescindível da equipe multidisciplinar. Se faz necessário a inclusão, nos sistemas de gerenciamento estatais, da avaliação das atribuições e serviços dos Farmacêuticos no CAPS (RAAS, SIGA, APAC, GSS e outros). Evidenciando os benefícios da presença deste profissional no CAPS.

CONCLUSÃO

A ausência de Atenção Farmacêutica qualificada, seguramente impactaria em transtornos e prejuízos para os pacientes e sistemas públicos e privados de saúde, dada sua relevância. É importante destacar que os pacientes de CAPS, pela própria patologia, possuem relativa dificuldade em aderir ao tratamento farmacológico, prejudicando assim a desejada evolução do quadro clínico, retomada na qualidade de vida e ressocialização. No Brasil, os medicamentos psicotrópicos suscitam estatisticamente, as frequentes taxas de intoxicações e desenvolvimento de dependência.

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Farmácia (Brasil). Resolução n° 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e outras providências. Diário Oficial da União 25 set 2013; Seção 1

R.M.de Freitas. Atenção Farmacêutica aos usuários de Centro de Atenção Psicossocial -Caps VI. Rev. Infarma; v.18p.12-16,2006

CAMARGO, Thaís Vieira. Atuação da farmacêutica em centro de atenção psicossocial: Adulto (CAPS). Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, ano 1, Vol.7. p. 16-23.

Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo (Brasil) Portaria N° 1.918, de 27 de outubro de 2016. Institui os Cuidados Farmacêuticos no âmbito da SMS. Diário Oficial Cidade de São Paulo, n° 202, 27 out 2016 - p.17

DIFICULDADES VIVENCIADAS PELA MULHER MODERNA NO ÂMBITO DA SAÚDE REPRODUTIVA

Elaine Cardoso Rufino <elainecardosorufino@gmail.com>

Palavra-chave: Saúde reprodutiva, saúde da mulher, sexualidade, mulher.

INTRODUÇÃO

O presente estudo realizado versa sobre a necessidade de uma assistência mais aprofundada a saúde reprodutiva da mulher moderna, onde se tem observado a dificuldade imposta pela sociedade em garantir à mulher a autonomia pura, desvinculada de qualquer coação interna ou externa, devido à falta de recursos, tem tornado as mulheres mais vulneráveis e as impedindo de ter escolhas, seja pela falta de recursos econômicos ou conhecimentos¹. Segundo a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, ressalta que a saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a mulher possa desenvolver uma vida sexual segura e satisfatória, com a autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes fazê-lo, no entanto, sabe-se, que a depender dos marcadores sociais da diferença, como cor, raça, etnia, ocupação, local de moradia e classe social em jogo, a mulher terá maior dificuldade em acessar os serviços e as tecnologias de saúde quando necessitar de cuidados, tornando-se mais vulnerável^{2,3}. Diante disso, cabe aos profissionais e instituições de saúde promover a formulação de uma assistência integral, na qual se valorize a individualidade dessas mulheres, garantindo os direitos reprodutivos e à informação quanto aos meios e técnicas de planejamento familiar^{1,4}. A questão norteadora levantada foi qual conhecimento dos profissionais de saúde em relação às dificuldades vivenciadas no âmbito da saúde reprodutiva pela mulher moderna? Diante do contexto apresentado, atualmente tem-se observado um grande número de mulheres que tem dificuldades em identificar o seu real papel diante de sua saúde reprodutiva. Sendo assim, a escolha pelo tema do estudo ocorreu devido à saúde reprodutiva de a mulher ser visto de forma abstrata, onde para muitos a mulher nasceu apenas para reprodução, contudo esse tipo de conceito imposto pela sociedade tem gerado um grande impacto negativo na vida reprodutiva, emocional e até mesmo física da mulher, sendo assim cabe aos profissionais da saúde promover uma assistência qualificada à saúde reprodutiva, visando à promoção do bem-estar físico e psicoemocional da mulher.

OBJETIVO

Identificar as principais dificuldades na saúde reprodutiva vivenciadas pela mulher moderna.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, com base na literatura vigente dos últimos cinco anos. A busca foi realizada na base de dados BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) onde foram procurados artigos originais e revisões sobre o tema, com os seguintes descritores: Saúde reprodutiva, saúde da mulher, sexualidade, mulher.

RESULTADOS

Na busca dos periódicos foi selecionado um total de 50 periódicos, após leitura minuciosa, foram selecionados apenas 10 estudos compatíveis com objetivo proposto pela pesquisa. Os artigos encontrados no período delimitado pelo estudo permitiram a seleção de 10 artigos, os conteúdos foram analisados formulando duas categorias temáticas: Direitos reprodutivos da mulher e a dificuldade ao direito a saúde reprodutiva.

DISCUSSÃO

Diante contexto abordado, observamos que a transformação nas relações sociais tem proporcionado para o desenvolvimento de políticas nacionais específicas para a saúde da mulher, que abordam as necessidades que vão além da gravidez e parto, exigindo ações que proporcione a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida⁵, reconhecendo a mulher como um sujeito de direitos, necessidades e individualidade⁶. Contudo, a principal dificuldade vivenciada pela mulher quando se trata de sua vida reprodutiva, esta relacionada à questão das escolhas do número de filhos, envolvendo os valores individuais, emocionais, culturais e socioeconômicos, que afetam o acesso da mulher aos serviços de saúde que acaba gerando o desconhecimento e descumprimento das leis, dificultando a inserção da Política Atenção Integral à Saúde da Mulher, bem como a efetivação das ações de atenção a saúde sexual e reprodutiva⁷. O déficit de qualidade na assistência saúde reprodutiva da mulher eleva o número de gravidez indesejada, onde esta relacionado às altas taxas de incidência de abortos induzidos, devido muitas mulheres se encontram desamparadas em seu direito à saúde e, recorrendo a práticas clandestinas ou inseguras, sobretudo as mais pobres, com baixa escolaridade e negras⁵. Diante de tais dificuldades, que colocam em risco o bem-estar da mulher, é fundamental reflexão sobre a necessidade dos programas e políticas de saúde que vão além do estereotipadamente, promovendo os cuidados de qualidade que garanta o uma saúde reprodutiva ideal a cada mulher⁶.

CONCLUSÃO

Nos dias atuais muito se tem discutido sobre a saúde reprodutiva da mulher moderna, onde esta relacionado ao empoderamento feminino diante os direito e deveres da mulher para sua saúde reprodutiva. Contudo, a saúde reprodutiva é representada muitas vezes pela maternidade, no entanto, nem todas as mulheres desejam suas vidas. Sendo assim, é fundamental a implantação de ações e programas de prevenção, a fim de garantir a contracepção e planejamento familiar de cada individuo. A principal dificuldade encontrada para realização desses estudo foi encontrar estudos que tratassem exclusivamente da saúde reprodutiva da mulher moderna, no entanto, tal dificuldade não interferiu na realização da pesquisa, onde o objetivo foi respondido forma clara e sucinta. Por fim, entende-se que principal papel das instituições de saúde para com mulher moderna é garantir o bem-estar, físico, psicoemocional e reprodutivo, garantindo a mulher uma assistência de qualidade visando sua saúde reprodutiva de forma integral.

REFERÊNCIAS

1. Alecrim GM, Silva EP, Araújo JM. A Autonomia da Mulher Sobre o Seu Corpo e Intervenção Estatal. *Revista Gênero & Direit* [Internet] 2014 [acesso em 27 ago 2018]; 3(2): 158-176. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/20428>.
2. Guimarães S, Almeida DV, Carneiro R. O aborto e uma história de vida: Cuidar de si, filhos e parceiros em circulação. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latino-americana* [Internet] 2018 [acesso em 27 ago 2018]; (28): 136-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sess/n28/1984-6487-sess-28-136.pdf>.
3. Simão AB, Ribeiro PM, Caetano AJ. O recorte raça/cor e a saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Recife: uma análise exploratória sobre a realização de consultas ginecológicas, 2002. In: *Anais XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP* [Internet] 2004 [acesso em 27 ago 2018]; 1-18. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/download/1415/1380>.
4. Cardoso MR, Camargo MJG. Percepções sobre as mudanças nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais de mulheres no climatério. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* [Internet] 2015 [acesso em 27 ago 2018]; 23(3): 553-569. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1024/639>

5. Santos VC, Anjos KF, Souza R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. Rev. bioét. (Impr.) [Internet] 2013 [acesso em 27 ago 2018]; 21 (3): 494-508. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/778/933.

6. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. Mudanças Psicol Saúde [Internet] 2017 [acesso em 27 ago 2018]; 25(1): 67-72. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasmetodista/index.php/MUD/article/view/7009/5608>.

7. Soares VMN, Schor N, Morell MGGD, Souza KVD, Diniz SCG. Intenções reprodutivas de mulheres que vivenciam regime de alta fecundidade em um grande centro urbano. Saúde e Sociedade [Internet] 2013 [acesso em 27 ago 2018]; 22(3): 903-915. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/sausoc/article/view/76486/80223>.

O ACOLHIMENTO COM A GESTÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Ana Paula Passos Lacerda daSilva <ana.lacerda@cejam.org.br>

Palavra chave: Satisfação do Paciente, Avaliação de Serviços de Saúde, Acolhimento.

INTRODUÇÃO

O acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. No entanto, não se trata de uma simples relação de prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento implica em uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada.

Com base nesse conceito, o desenvolvimento do acolhimento como tecnologia essencial para a reorganização dos serviços caracteriza-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica e aos demais níveis do sistema.

O desafio mais evidente da saúde pública no Brasil sem dúvida envolve a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos. Enquanto, por um lado, as soluções tecnológicas trouxeram a evolução de algumas técnicas importantes, por outro, não foram suficientes para promover o devido avanço na humanização do atendimento ao usuário do serviço. Na prática, o aspecto humano permanece em segundo plano. E o maior prejuízo dessa atitude é que o enfoque essencialmente técnico se limita à cura e à manutenção da vida, desconsiderando aspectos de suma importância relativos às necessidades dos cidadãos e aumento das reclamações nos canais de comunicação.

Diante de todo o complexo contexto da saúde na atualidade surge a Pesquisa de Satisfação uma das estratégias potenciais para a consolidação dessa nova cultura de humanização em que se caracteriza como um mecanismo que favorece a comunicação dos usuários e dos trabalhadores entre si, com a instituição na qual atua e com o sistema, se configura como um agente permanente em defesa da cidadania.

JUSTIFICATIVA

A satisfação do paciente vem se tornando um importante indicador na avaliação da qualidade nos serviços de saúde á medida que favorece a identificação sobre a perspectiva dos usuários sobre os cuidados que recebem.

Segundo Tschohl (1996), as avaliações do cliente além de favorecer a humanização na instituição, oportuniza os gestores a conhecerem na pratica a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde e também a adequação diante das expectativas do cliente, ou seja, o cliente torna-se um agente de transformação. Diante deste cenário e exercendo atividade como Supervisora do Serviço de Atenção ao Usuário tal atividade me permite o contato frequente com os usuários, fato que oportuniza consolidar avaliações, que de certa forma, avaliam sob múltiplas dimensões, a assistência nas Unidades de Saúde.

Este exercício permite perceber a importância e necessidade do interesse e da escuta realizada pelos profissionais de saúde junto aos usuários, evidenciando que é necessário aprender a atentar para as questões levadas por eles. Questões, que não se limitam aos aspectos do desempenho técnico das equipes multiprofissionais, mas abrangem também suas (in) satisfações quanto à higienização, estrutura física, cortesia ou descortesia de outros profissionais, entre outros.

OBJETIVO

O tema a ser abordado será a pesquisa de satisfação do usuário e tem como objetivo principal a aplicação de uma pesquisa de satisfação para identificar características da qualidade e conseqüentemente subsidiar um plano de melhorias nos serviços de Saúde.

MÉTODO

A pesquisa de satisfação em questão é de natureza aplicada. A análise da pesquisa é realizada de forma quantitativa e qualitativa, ou seja, tem duas etapas distintas: a primeira etapa do cumprimento da "meta" estipulada para o número de pesquisas realizadas e a segunda o alcance de 80% nos itens Ótimo e Bom. Esses critérios permite que os resultados analisados sejam fidedignos.

O Serviço de Atenção ao Usuário monitora os indicadores que permitem avaliar continuamente a posição e evolução de cada Serviço. O seu principal objetivo vai para além do acompanhamento dos processos, na medida em que através deles se procura avaliar, analisar, sugerir, decidir ou até mudar o rumo do processo analisado. O resultado consiste na elaboração de um plano de melhorias para as características que apresentarem baixa satisfação em relação ao desempenho dos serviços. É importante ressaltar, que um dos papéis mais relevantes da Pesquisa de Satisfação consiste em atuar como espaço que entrelaça o controle social com a temática da relação entre o profissional de saúde e o usuário, sinalizando para a importância da dimensão dialógica dessa relação.

Prezado (a) Usuário(a), sinta-se a vontade para escrever suas sugestões. Suas opiniões são transformadas em qualidade no atendimento.

Data: ____/____/____ Tel.: _____

Nome (opcional): _____

COMO AVALIA ESTE SERVIÇO DE SAÚDE? 😊 Ótimo 😊 Bom 😊 Ruim 😊 Péssimo

ATENDIMENTO

Médico 😊 Ótimo 😊 Bom 😊 Ruim 😊 Péssimo

Enfermagem 😊 Ótimo 😊 Bom 😊 Ruim 😊 Péssimo

Odontológico 😊 Ótimo 😊 Bom 😊 Ruim 😊 Péssimo

Farmácia 😊 Ótimo 😊 Bom 😊 Ruim 😊 Péssimo

ACS/Orientador Público 😊 Ótimo 😊 Bom 😊 Ruim 😊 Péssimo

Recepção 😊 Ótimo 😊 Bom 😊 Ruim 😊 Péssimo

SERVIÇO

Agilidade 😊 Ótimo 😊 Bom 😊 Ruim 😊 Péssimo

Educação 😊 Ótimo 😊 Bom 😊 Ruim 😊 Péssimo

Sinalização 😊 Ótimo 😊 Bom 😊 Ruim 😊 Péssimo

Limpeza 😊 Ótimo 😊 Bom 😊 Ruim 😊 Péssimo

OUTROS COMENTÁRIOS

Sugestão Críticas Dúvidas Elogios

FOTO 01

Caixa de Sugestão

	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo	Não Respondeu
SERVIÇO DE SAÚDE					
Serviço de Saúde	<input type="text"/>				
ATENDIMENTO					
Médico	<input type="text"/>				
Enfermagem	<input type="text"/>				
Farmácia	<input type="text"/>				
ACS/Orientador de público	<input type="text"/>				
Recepção	<input type="text"/>				
SERVIÇO					
Agilidade	<input type="text"/>				
Educação	<input type="text"/>				
Sinalização	<input type="text"/>				
Limpeza	<input type="text"/>				

Consolidado de Comentários

Tipos	Valores
Crítica:	<input type="text"/>
Dúvida:	<input type="text"/>
Elogio:	<input type="text"/>
Sugestão:	<input type="text"/>
Não Fez Comentário:	<input type="text"/>

Principais comentários

Tipo De Comentário:

Queremos saber de você

O Que Mais Te Surpreendeu Em Relação A Unidade De Saúde ?

FOTO 02

RESULTADOS

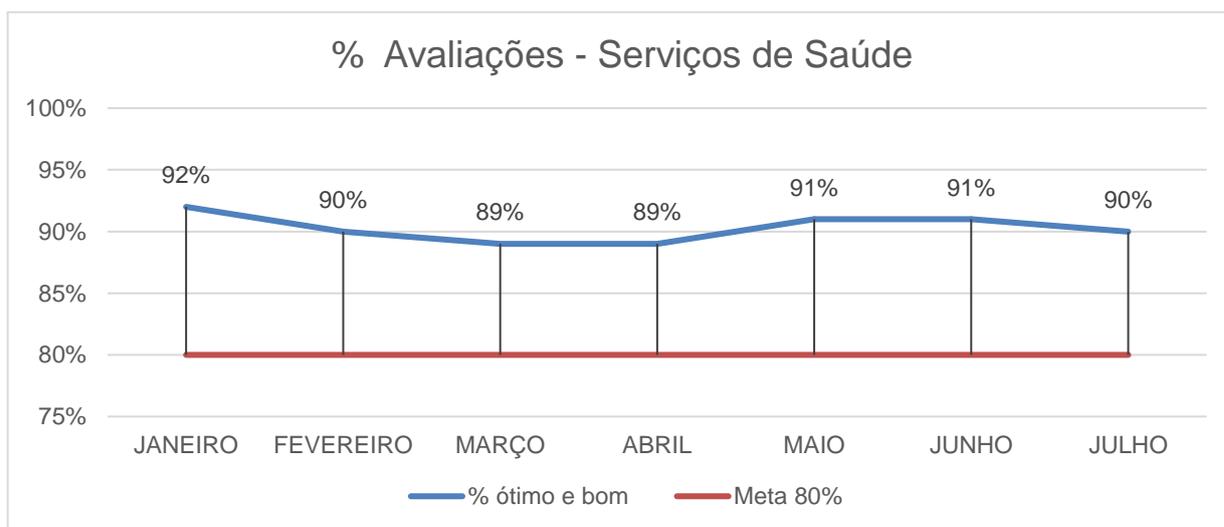
Com o monitoramento e estratificação dos dados obtidos através da pesquisa de satisfação fortalecemos a ferramenta como um importante instrumento para subsidiar o gestor e identificar as prioridades de melhoria no serviço. A pesquisa utilizada de maneira efetiva a partir da percepção dos usuários torna-se um indicador de qualidade dos serviços prestados que indica qual o desempenho de cada serviço e só assim porpor ações que possam conduzir aos melhores resultados.

Figura 1 - Resultado quantitativo



Fonte: SIS CEJAM

Figura 2 - Resultado qualitativo



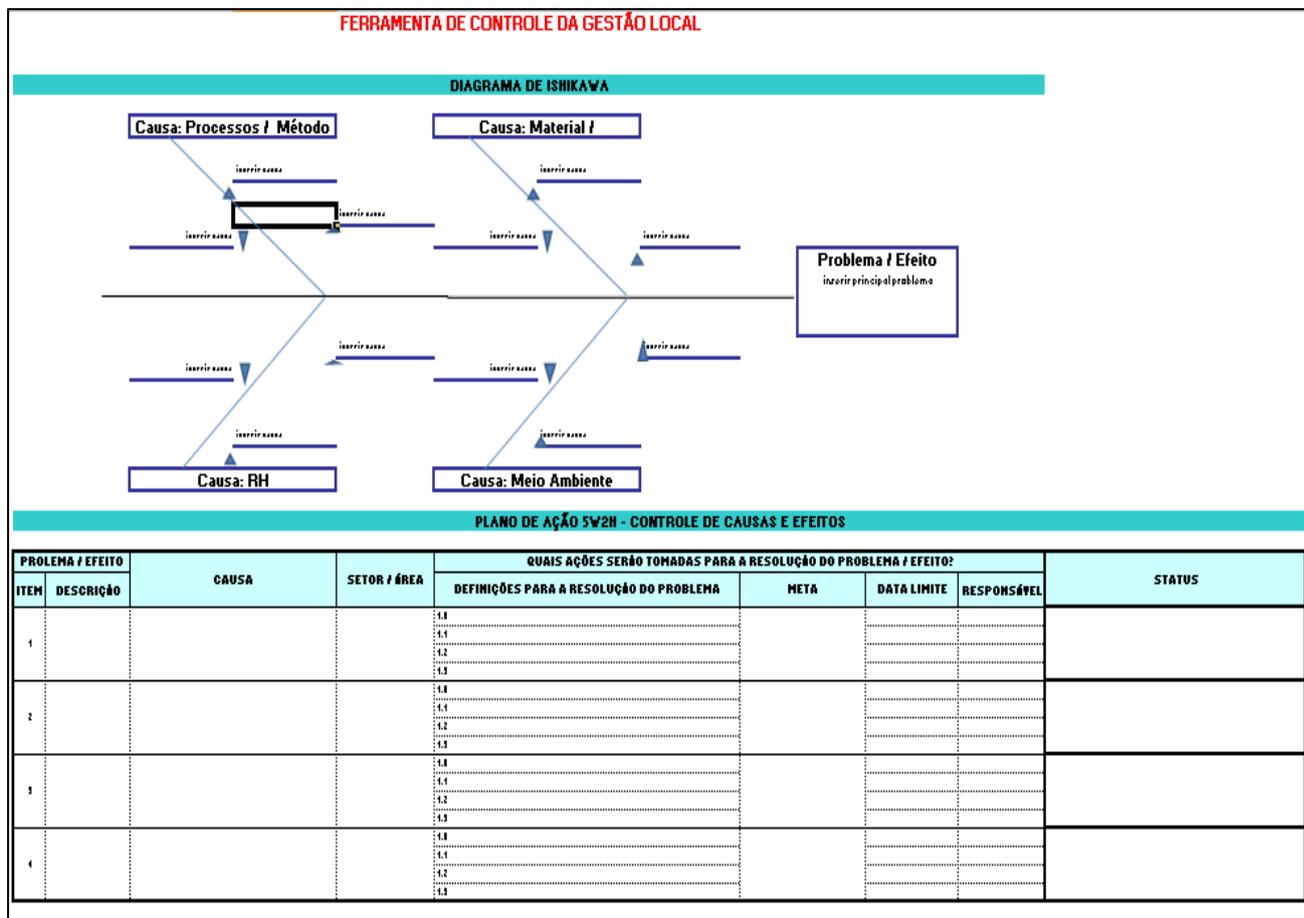
Fonte: SIS CEJAM

DISCUSSÃO

A pesquisa de satisfação incentiva os Serviços analisar os requisitos apontados pelos usuários, definir os processos que contribuem para a obtenção de um serviço que é aceitável e manter estes processos sob controle. Através da mensuração destas pesquisas é possível fornecer estrutura para melhoria contínua com o objetivo na ampliação da satisfação dos usuários. Para que esta estrutura de monitoramento se conclua convém que a melhoria contínua no serviço seja encarada como objetivo permanente.

Baseado nesta premissa, a pesquisa de satisfação subsidiará um plano de melhoria para as características que apresentaram baixa satisfação (<80%), na soma dos itens ótimo e bom, utilizando-se as ferramentas da qualidade chamadas Ishikawa e 5w2h, ou seja, organizar metas, priorizá-las e planejar como fazer para atingi-las. Para tanto são verificadas duas dimensões: a quantidade de pesquisas preenchidas e a satisfação com os serviços oferecidos. A análise destas duas dimensões proporciona a gerencia uma visão mais clara de cada característica da pesquisa apontada pelo usuário do serviço.

Figura 3 – Ferramenta de Controle da Gestão Local



CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos e os resultados obtidos na presente pesquisa, concluiu-se que o monitoramento da Pesquisa de Satisfação possibilita a identificação das características da qualidade, para subsidiar a elaboração de um plano de melhorias.

Os resultados sinalizaram a efetividade do processo de qualidade, sobre os serviços oferecidos aos usuários e a conseqüente melhoria da qualidade do cuidado.

Nos dados analisados os usuários manifestaram uma alta expectativa em relação ao serviço, visto que as avaliações se concentraram nos itens Ótimo e bom.

O procedimento adotado revelou-se útil, pois introduziu técnicas de monitoramento que, sem dúvida, trouxe vários benefícios no sistema de gestão da pesquisa de satisfação.

Com o resultado das pesquisas tanto quantitativa como qualitativa percebemos que a participação dos usuários esteve presente em todos os meses analisados. Fato importante, uma vez que a valorização dos direitos à participação nas avaliações decisões tornam os usuários mais próximos das ações que possibilitam uma assistência qualificada em termos de eficácia e resulta em maior satisfação dos usuários, constituindo-se de ações ancoradas em escuta, acolhimento e responsabilização.

REFERÊNCIAS

SANTIAGO, R. F. Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família no Município do Recife: a percepção dos usuários. 2010. 134p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

GOUVEIA, G. C. Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro. Recife. 2010. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas. Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

TSCHOHL, John. Encantando totalmente o cliente. São Paulo: Makron Books, 1996.

QUALIFICAÇÃO DO CME DO HD RHC M'BOI MIRIM I PARA PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO A VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO

Eloise Maria Perin Alves <eloise.perin@yahoo.com.br>; Ione Rocha Fernandes <ione.rochafernandes@gmail.com>; Michelle Mirtter Freire Gomes de Oliveira <michellemirtter@yahoo.com.br>

Palavras Chave: Esterilização, Qualificação, Resultados, Documentação.

INTRODUÇÃO

Os órgãos estaduais de saúde reconhecem a problemática das infecções adquiridas em serviços de saúde e vêm desenvolvendo políticas tanto para orientar quanto para inspecionar seu controle e prevenção ¹. Nas últimas décadas, os processos de Esterilização e os métodos de monitoramento evoluíram surpreendentemente, contribuindo para maior segurança da esterilização e consequentemente a diminuição das infecções do sítio cirúrgico. Para que tudo isso ocorra de forma eficaz e eficiente, é imprescindível que os processos sejam bem definidos e embasados nas normatizações.

O processo de esterilização pelo vapor saturado sob pressão com sistema de pré vácuo é o método mais utilizado e indicado pela RDC 15. O ar é removido através de uma bomba. (Bomba de vácuo), antes da entrada do vapor, assim, quando o vapor é admitido ele dissipa e garante a penetração instantaneamente no interior dos pacotes.²

O mecanismo de ação do ciclo de esterilização, decorre da ação conjunta do tempo, temperatura e pressão que proporciona o efeito letal dos microorganismos. O vapor, em contato com uma superfície mais fria, umedece, libera calor, penetra nos materiais porosos e possibilita a coagulação das proteínas dos microrganismos.³ Para tanto, há necessidade de se comprovar e documentar os resultados de tais processos.

OBJETIVO

Mostrar a qualificação da Central de Materiais do Hospital Dia da Rede Hora Certa M'Boi Mirim I.

MÉTODO

Com base na RDC Nº15 DE 15 DE MARÇO DE 2012, a CME, foi construída com os ambientes propostos e cumprindo com as exigências tanto da estrutura física quanto de equipamentos e métodos atualizados de trabalho. A Autoclave com qualificação de instalação, qualificação de operação e qualificação de desempenho, as embalagens utilizadas cumprem os requisitos propostos pela Associação Brasileira de normas técnicas (ABNT), bem como a seladora para as embalagens, lupas iluminadas e com lentes de

aumento para inspeção dos artigos e incubadora para testes biológicos. Os testes para aprovação dos processos de esterilização são realizados conforme a referida RDC. Teste de Bowie & Dick e Teste Biológico de leitura rápida realizados diariamente e Integradores Químicos introduzidos em cada pacote. A partir da fundamentação teórico-científica, elaboramos os manuais de procedimentos operacionais para cada etapa dos processos, afim de disponibilizar material atualizado para consulta. Os indicadores de qualidade de reprocessamento e produtividade dos artigos, são registrados em sistema próprio há aproximadamente dois anos e realizada uma análise crítica mensalmente e ajustes são feitos sempre que necessário. Documentos comprobatórios são arquivados por um período de 5 anos, e ficam à disposição para eventuais verificações e comprovações. Os processos são avaliados e validados por profissionais capacitados, para posterior liberação dos materiais para uso. Um Sistema On-Line para notificações de eventos adversos, está disponível para profissionais e usuários que desejarem apontar eventos identificados. Todo o trabalho também é acompanhado por uma Comissão de Gerenciamento de Riscos Clínicos e não Clínicos que se reúnem mensalmente para discussão dos eventos previamente analisados.

RESULTADOS

Foram realizados 11050 procedimentos cirúrgicos com 100% de monitoramento das esterilizações.

DISCUSSÃO:

Assegurar a aplicabilidade das boas práticas em Centros de Esterilização é um grande desafio e preocupação das Instituições de saúde. A evolução tecnológica, tem agregado cada vez mais segurança nos processos de esterilização. As atualizações dos manuais bem como dos profissionais também têm contribuído significativamente com o desenvolvimento desse serviço. Cumprir com as boas práticas recomendadas pelas autoridades sanitárias significa implantar todas as etapas dos processos criteriosamente, executar, monitorar e documentar todos os processos.

CONCLUSÃO

Diante das avaliações e auditorias internas realizadas, verificou-se a completa documentação de todos os processos e a garantia de rastreabilidade de cada procedimento.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Indicadores de avaliação do processamento de artigos odonto-médico-hospitalares: elaboração e validação Graziano KU, Lacerda RA, Turrini RTN, Bruna CQM, Silva CPR, Schmitt C, Moriya GAA, Torres LM).
- 2- . Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B26720-1-0%5D.PDF>.
- 3- AORN Inc, Denver, 2004; (5) Graziano KU et al. Limpeza, desinfecção, esterilização de artigos e anti-sepsia. In: Fernandes AT. Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde.

A EFICÁCIA DA FERRAMENTA DE RASTREABILIDADE DE PRONTUÁRIOS NA UBS VILA CALU

Ana Paula Machado <paula.machado@cejam.org.br>; Matheus Oliveira da Silva

Palavra chave: rastreabilidade, prontuários, setores e monitoramento.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

O termo prontuário vem do latim *promptuarium*, “[...] lugar onde se guardam as coisas que devem estar à mão, despensa, armário [...]”, na área da saúde ele está vinculado às informações de um determinado paciente. O Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua resolução 1638/2002, define o prontuário como “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.” Para tanto, busca-se com este trabalho demonstrar a importância da ferramenta de rastreabilidade de prontuários por meio de integração entre os setores. A ferramenta de rastreabilidade visa garantir a precisão na entrega de prontuários, assim como a localização. A funcionalidade dessa ferramenta ocorre por meio de planilha disponível entre os setores pelo Google drive.

OBJETIVO

Analisar a funcionalidade da ferramenta de rastreabilidade de prontuários comprovando a sua eficácia em até 70% de localização de prontuários.

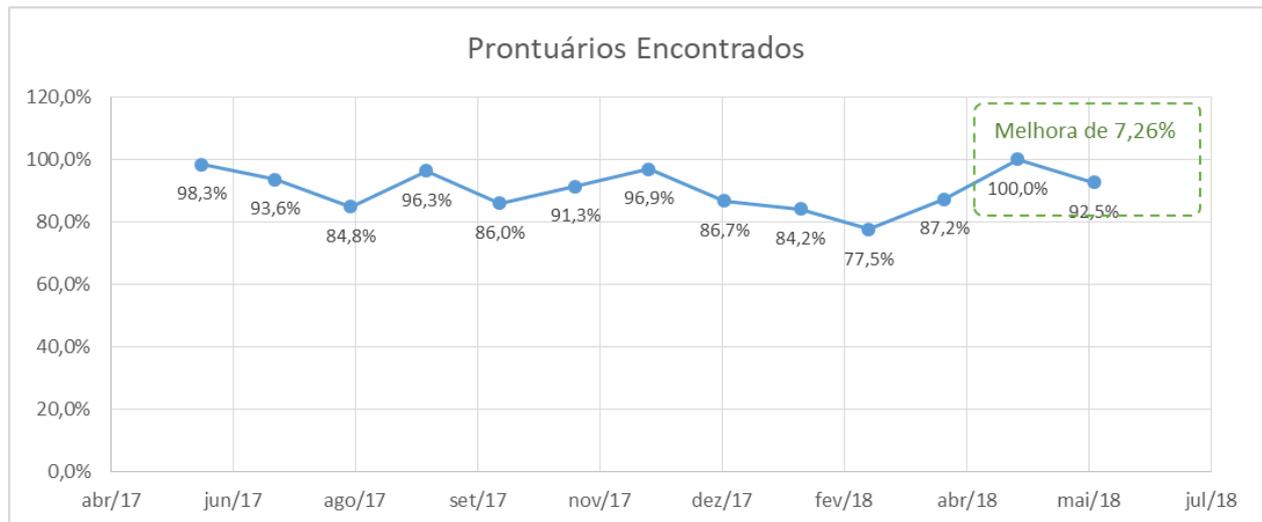
MÉTODO

A pesquisa foi realizada pelo método quantitativo com base na ferramenta de monitoramento e busca de prontuários. Foi coletada e analisada uma amostra no período de um ano, sendo de junho de 2017 a junho de 2018.

RESULTADO

Pelo levantamento das amostras coletadas nota-se que:

Competência	Encontrados	Pendente	Total	% Encontrados	% Pendentes
jun/17	1449	25	1474	98,3%	1,7%
jul/17	2155	147	2302	93,6%	6,4%
ago/17	2644	473	3117	84,8%	15,2%
set/17	2607	99	2706	96,3%	3,7%
out/17	2.792	454	3246	86,0%	14,0%
nov/17	2436	233	2669	91,3%	8,7%
dez/17	1762	56	1818	96,9%	3,1%
jan/18	1754	268	2022	86,7%	13,3%
fev/18	1615	304	1919	84,2%	15,8%
mar/18	1226	355	1581	77,5%	22,5%
abr/18	2018	296	2314	87,2%	12,8%
mai/18	3042	0	3042	100,0%	0,0%
jun/18	2090	169	2259	92,5%	7,5%



DISCUSSÃO

Observou-se que da amostra coletada, em 2017 foram 80,78% de prontuários localizados e em 2018 foram 88,02% localizados, caracterizando uma melhora de 7,26% que se deu após a implantação da planilha de rastreabilidade entre os setores a partir de maio de 2018.

CONCLUSÃO

O desígnio geral deste trabalho possibilitou a análise da funcionalidade da ferramenta de rastreabilidade de prontuários, comprovando a sua eficácia em 88,02 % de prontuários encontrados na Unidade. A utilização da ferramenta de rastreio de forma precisa possibilita a avaliação dos dados buscando-se melhorias na otimização do tempo de entrega dos prontuários aos setores e retorno ao SAP, assim como as informações pertinentes ao paciente e seu diagnóstico em tempo oportuno.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Leis e Decretos. Resolução CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

<http://sis.cejam.org.br/gdocs/out/out.ViewDocument.php?documentid=633&showtree=1> - acesso em: 29 ago. 2018

<http://sis.cejam.org.br/gdocs/out/out.ViewDocument.php?documentid=635&showtree=1> - acesso em: 29 ago. 2018

<http://www.comomontartcc.com.br/metodologia/metodologia-do-tcc-em-3-passos-simples/> - acesso em: 29 ago. 2018

<https://drive.google.com/drive/search?ogsrc=32&q=rastreio> - acesso em: 29 ago. 2018

Relatos de Caso



USO DE DIFERENTES ESTRATÉGIAS PARA CAPACITAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

CARMEN LUCIA MOLLICA <carmenmollica@hotmail.com>

PALAVRAS CHAVES: Hemorragia Pós-Parto; Capacitação; Dramatização

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) é definida como a perda de sangue de 500 ml ou mais em partos normais ou de 1000 ml em partos cesáreos ou mais dentro das 24 horas após o parto^{1,2}. Para o ano de 2015 o Brasil tinha um compromisso junto a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) de reduzir para uma taxa de 35 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, porém embora tenhamos reduzido em 43%, a mortalidade em 2013 foi de 69 por 100 mil nascidos vivos.² As causas principais da HPP são devido a atonia uterina, restos ovulares, retenção de coágulos, lacerações do trajeto, inversão uterina, hematomas, rotura uterina e coagulopatias congênitas ou adquiridas e uso de medicamentos anticoagulantes.² A identificação precoce da HPP e de suas causas e a tomada das medidas adequadas irá prevenir um desfecho considerado como a principal causa de morte materna em nosso País.¹ A “Hora de Ouro”, segundo a OPAS ² é a primeira hora a partir do diagnóstico da HPP em que são adotadas as medidas para intervir visando a redução da morbimortalidade associada à demora do controle da hemorragia. A enfermagem é a equipe que está inserida no cuidado da mulher antes, durante e após o parto e necessita estar altamente capacitada para prevenir, identificar e manejar a HPP com competência e padrões de qualidade na assistência de enfermagem. A assistência de enfermagem envolve um processo permanente de capacitação abrangendo suas habilidades e conhecimentos para tomada de decisão em situações de emergência obstétrica. Nos meses de fevereiro a maio de 2018 observou-se um aumento considerável de HPP tanto em puérperas de partos normais como naquelas que foram submetidas à cesareanas e, conseqüentemente, houve um acréscimo de transfusões sanguíneas. Diante desse quadro foram adotadas três modalidades de capacitações para serem ministradas aos enfermeiros obstetras e técnicos de enfermagem que atuam no centro obstétrico. Foram utilizadas três estratégias para a capacitação da equipe de enfermagem: Estratégia 1) Exposição do tema com utilização do programa PowerPoint “Assistência de enfermagem durante a hemorragia pós-parto” com pré e pós-teste; Estratégia 2) Dramatização de uma situação de emergência por uma hemorragia pós-parto; Estratégia 3) Prática de técnicas de hemostasia de vasos e pontos hemostáticos. A dramatização como estratégia de capacitação na área da saúde se mostra efetiva no processo de ensino-aprendizagem como observado em outros estudos.³ Essa estratégia também cria um ambiente de aprendizagem da assistência como ocorre na prática de técnicas de procedimentos em ambientes organizados para a simulação de situações para aprender na prática. 4 Este trabalho se justifica a medida que demonstra que as estratégias utilizadas podem proporcionar o desenvolvimento de competências e habilidades para a assistência de enfermagem durante a hemorragia pós-parto. O desempenho do profissional abrange as habilidades e conhecimentos para o desenvolvimento de uma atividade dentro dos padrões e resultados preestabelecidos. 5

OBJETIVO

Realizar um relato de experiência da utilização de diferentes estratégias para capacitação em assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva tipo relato de experiência, realizado em Hospital Municipal, situado na zona leste do município de São Paulo, com a participação de 12 enfermeiros obstetras e 24 técnicas de enfermagem que constituem o quadro de colaboradores do centro obstétrico dos plantões diurno e noturno. A atividade foi desenvolvida em quatro períodos, sendo divididos em diurno par e ímpar; noturno par e ímpar, durante o mês de Abril de 2018.

As equipes foram formadas com três enfermeiros obstetras e seis técnicas de enfermagem. O local escolhido para as capacitações foi o pré-parto.

ESTRATÉGIA 1 – Exposição do tema “Assistência de enfermagem durante a hemorragia pós-parto” Inicialmente foi aplicado um pré-teste com dez questões de múltipla escolha para que os participantes possam avaliar seus conhecimentos e saberem o que será avaliado após a exposição do tema que foi apresentado com a utilização do recurso do programa PowerPoint. Após a apresentação, foi aplicado o pós-teste com as mesmas questões do pré-teste e na sequência corrigido e discutidas respostas com os participantes.

ESTRATÉGIA 2 – Dramatização de uma situação de emergência por uma hemorragia pós-parto e reação transfusional. Para a dramatização foi exposto um caso fictício de hemorragia pós-parto cesárea dentro da primeira hora após o parto em sala de recuperação pós-anestésica. Os atores da dramatização foram a própria equipe de enfermagem e a paciente foi a autora deste relato de experiência. Ao término foi realizado uma discussão das ações realizadas durante a dramatização.

ESTRATÉGIA 3 – Prática de técnicas de hemostasia de vasos e pontos hemostáticos. A prática foi realizada somente com os enfermeiros obstetras, utilizando fios cirúrgicos disponibilizados pela autora deste relato de experiência, instrumentais cirúrgicos: pinça Kelly, porta-agulha, tesoura, pinça dente de rato, luvas de procedimentos e compressa com fio radiopaco para simulação do vaso sanguíneo. Durante a prática foram discutidos os tipos de lacerações de períneo e de vasos sangrantes e praticadas as técnicas com ponto hemostático, ligadura de vasos, escolha de fios e escolha de agulhas.

RESULTADOS

Os resultados destas estratégias de capacitação foram observados através da redução importante das transfusões sanguíneas durante os meses posteriores, havendo uma queda nesta terapêutica de 16 para apenas uma no mês seguinte e nos meses posteriores números oscilantes entre três e seis pacientes. Constitui um fator importante na prevenção de morte materna, o reconhecimento dos fatores de risco para HPP (zero morte) e as estratégias adotadas para capacitar as equipes de enfermagem na assistência de enfermagem à paciente com quadro de HPP demonstram ser positivas na avaliação das equipes, através dos resultados dos pós-testes, da participação ativa durante a simulação da dramatização, da verbalização dos colaboradores e, principalmente pela redução dos casos de transfusões sanguíneas, demonstrando que as equipes capacitadas adotaram as medidas preventivas para HPP e em sua ocorrência, foram tomadas as condutas apropriadas.

CONCLUSÃO

A experiência descrita pode evidenciar que o uso de diferentes estratégias para a capacitação em assistência de enfermagem em situação de emergência, como é o caso das hemorragias pós-parto, colaboraram para o resgate das competências e habilidades necessárias para atuar de forma a prevenir e tratar a mulher nesta intercorrência visando a redução da morbimortalidade associada à demora do controle da hemorragia.

REFERÊNCIAS

- 1 Organização Mundial de Saúde. Recomendações da OMS para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Genebra, OMS, 2014.
- 2 Organização Pan-Americana de Saúde. Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: OPAS, 2018
- 3 Barros. M. A., Cyrilo C. C. P. A Dramatização como Recurso no Processo Ensino- Aprendizagem na Disciplina de História da Enfermagem. Cogitare Enferm. [periódicos na internet]. 2006 jan/abr. [acesso em 10 set 2018]; 44-49. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5956>
- 4 Donoso M. T. V., Borges E. L., Soares P. C., et al. Significados do Laboratório de Enfermagem para Estudantes de Graduação: Repensando a Utilização deste Cenário. RECOM. [periódicos na internet]. 2017. [acesso em 10 set 2018]; Disponível em: <file:///C:/Users/x883646/Downloads/1578-8412-1-PB.pdf>
- 5 Dotto L. M. G., Mamede M. V., Mamede F. V. Desempenho das Competências Obstétricas na Admissão e Evolução do Trabalho de Parto: Atuação do Profissional de Saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm [periódicos na internet]. 2008. [acesso em 10 set 2018]; dez; 12 (4): 7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000400016&script=sci_abstract&tlng=pt



RASTREABILIDADE E KITS INDIVIDUALIZADOS COMO FERRAMENTA DE CONTROLE DE PROCESSO EM SETOR DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA - Atenção Hospitalar

Fabiana Teodoro de Almeida <farmacia.fabiana@gmail.com>

Palavras chaves: Rastreabilidade, kits, farmácia, materiais

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde buscam constantemente aprimorar e melhorar suas atividades, sempre se preocupando com a qualidade em suas estruturas e processos. Dentre os serviços que integram este processo temos a farmácia, que é parte importante.

A Portaria n° 4.283, de 30 de dezembro de 2010 define que a farmácia hospitalar é a unidade clínico assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

A farmácia desenvolve atividades de armazenamento, controle hospitalar, além de orientação aos pacientes internos e ambulatoriais visando sempre, em conjunto com a equipe, garantir o melhor atendimento aos pacientes.

A montagem de kits individualizados é um processo já identificado em diversos setores, como exemplo, em lanchonetes que já vendem lanches em “combo”, os kits refeição fornecidos em aviões, kits de cestas em datas comemorativas, entre outros. Este processo agiliza na execução dos procedimentos, evitando que ocorra falta de material à determinado paciente no momento da realização do procedimento. Junto à este processo foi realizada a implantação da rastreabilidade, que é a capacidade de detalhar o histórico dos materiais através de informações previamente registradas.

Um processo bem elaborado e organizado torna-se um elemento básico em planos de segurança e gestão de qualidade. Podemos citar como alguns benefícios da rastreabilidade como tornar o processo mais eficaz, criar ações orientadas para prevenir ocorrências, otimizar o controle de estoque, entre outros. Este trabalho trata-se de um relato de experiência do processo de implantação, realizado de forma manual, de kits individualizados e realização de rastreabilidade de materiais estéreis que são utilizados em procedimentos de Endoscopia e Colonoscopia.

OBJETIVO

Descrever o processo, realizado manualmente, kits individuais e rastreabilidade de materiais que são utilizados em procedimentos de Endoscopia e Colonoscopia de unidade em uma saúde pública.

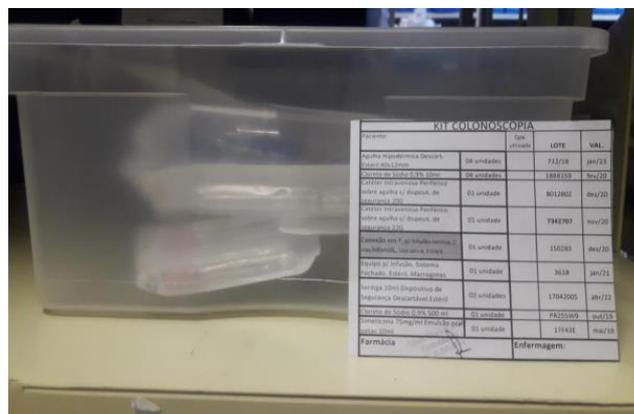
METODOLOGIA

Foram elaboradas filipetas de identificação dos materiais estéreis que são separados individualmente em caixas plásticas para cada paciente. Os materiais selecionados foram cuidadosamente solicitados em conjunto entre enfermagem, médico e farmácia.

KIT ENDOSCOPIA				
Paciente:		Qde utilizada	LOTE	VALIDADE
Agulha Hipodérmica Descart. Estéril 40x12mm	04 unidades			
Cloreto de Sódio 0,9% 10ml	04 unidades			
Catéter Intravenoso Periférico sobre agulha c/ disposit. de segurança 20G	01 unidade			
Catéter Intravenoso Periférico sobre agulha c/ disposit. de segurança 22G	01 unidade			
Seringa 10ml Dispositivo de Segurança Descartável Estéril	03 unidades			
Conexão em Y, p/ infusão venosa, 2 vias, Adulto, Uso único, Estéril	01 unidade			
Farmácia	Enfermagem:			



KIT COLONOSCOPIA				
Paciente:		Qde utilizada	LOTE	VAL.
Agulha Hipodérmica Descart. Estéril 40x12mm	04 unidades			
Cloreto de Sódio 0,9% 10ml	04 unidades			
Catéter Intravenoso Periférico sobre agulha c/ disposit. de segurança 20G	01 unidade			
Catéter Intravenoso Periférico sobre agulha c/ disposit. de segurança 22G	01 unidade			
Conexão em Y, p/ infusão venosa, 2 vias, Adulto, Uso único, Estéril	01 unidade			
Equipo p/ Infusão, Sistema Fechado, Estéril, Macrogotas	01 unidade			
Seringa 10ml Dispositivo de Segurança Descartável Estéril	03 unidades			
Cloreto de Sódio 0,9% 500 ml	01 unidade			
Simeticona 75mg/ml Emulsão oral gotas 10ml	01 unidade			
Farmácia	Enfermagem:			

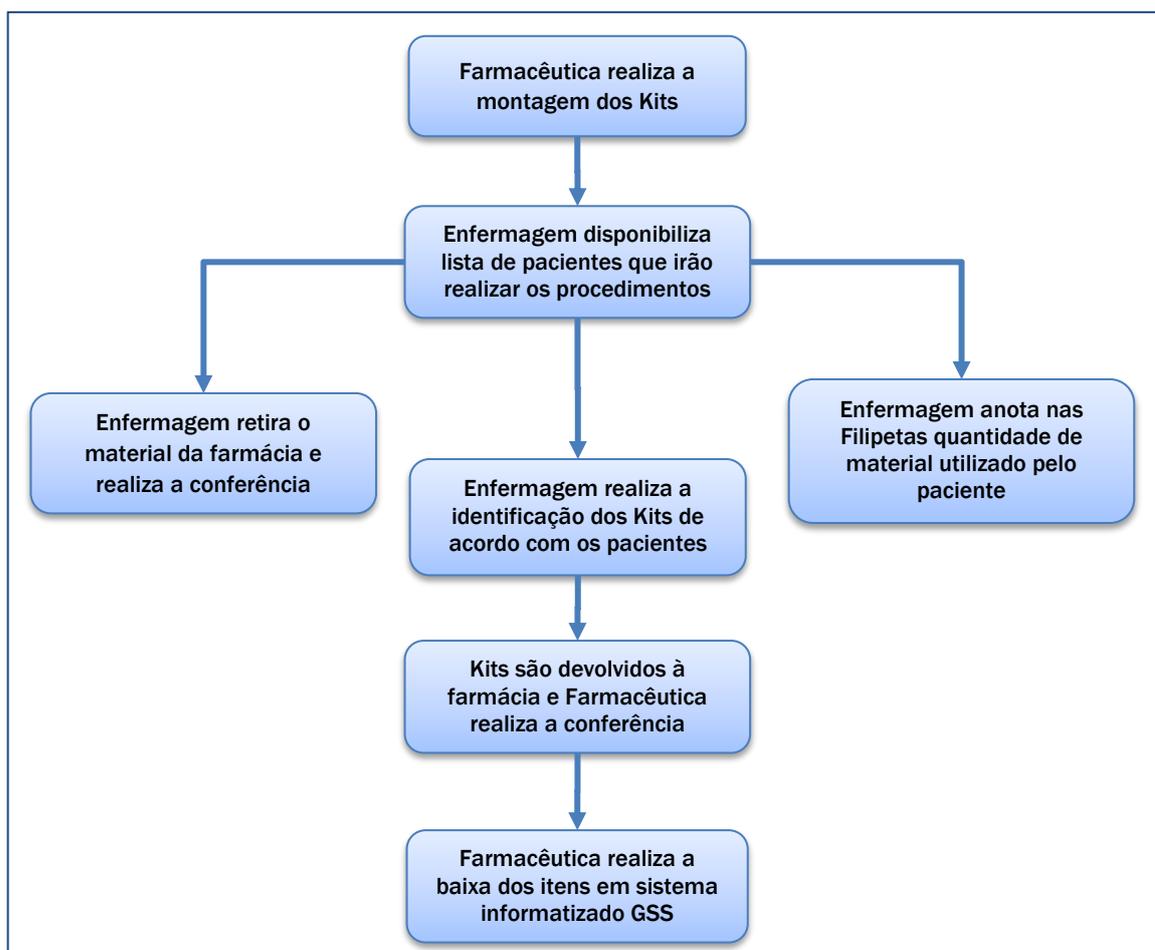


Nas filipetas constam o material, a quantidade, o lote e a validade. Semanalmente o setor de Endoscopia e Colonoscopia disponibiliza para a farmácia a relação de pacientes agendados para realização dos procedimentos. A farmacêutica verifica o número de pacientes agendados e realiza o envio dos Kits

individualmente, que são enviados com as devidas etiquetas, a enfermagem realiza a conferência e identifica a etiqueta com o nome do paciente.

Após finalizar os procedimentos a enfermagem anota na filipeta a quantidade de cada material utilizado e devolve a farmácia os materiais não utilizados. A farmacêutica realiza a baixa dos itens utilizados em sistema informatizado (GSS) no SUS de cada paciente, e devolve ao estoque o material que não foi utilizado. A filipeta da enfermagem é anexada no prontuário dos pacientes, e a farmácia mantém cópia arquivada no setor.

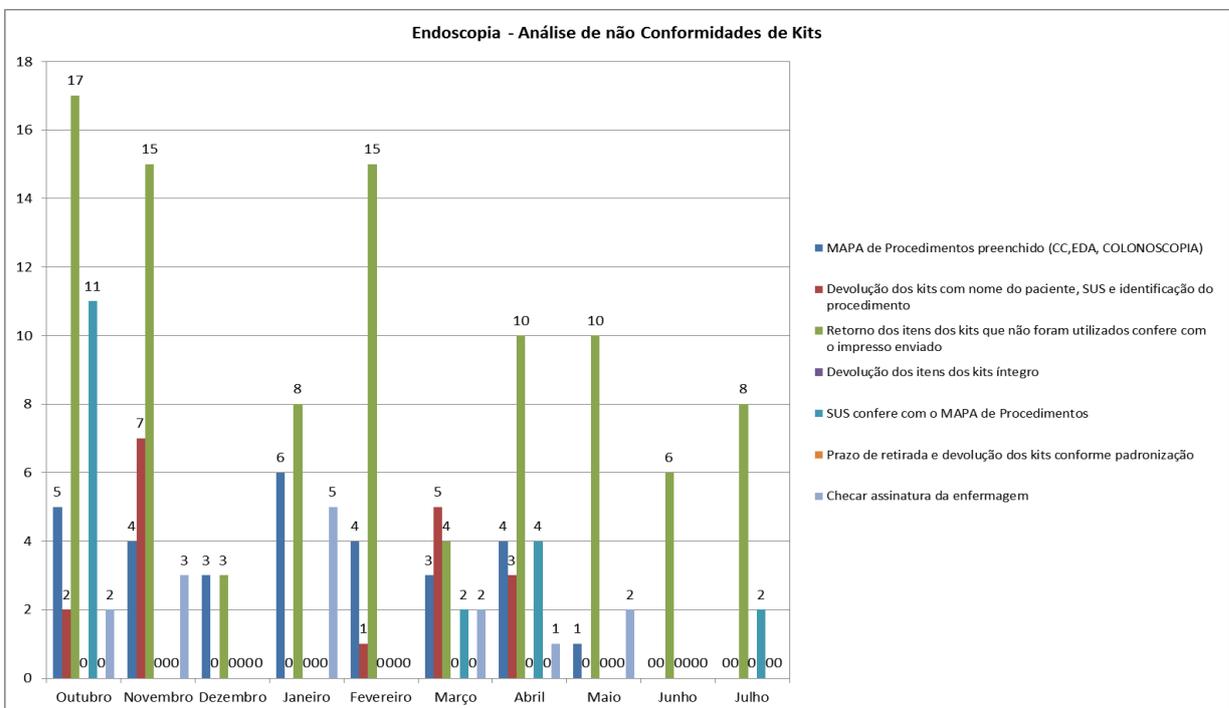
FLUXOGRAMA



RESULTADOS

O processo iniciou-se em outubro de 2017, avaliamos que a separação de materiais por paciente facilita na identificação de problemas relacionados aos materiais e otimiza o controle de estoque pela farmácia. Ocorrem casos esporádicos, de uso de materiais não padronizados nos kits, devido à falta de materiais por falta de abastecimento, nestes casos a unidade adota como plano de ação, a substituição por outros materiais que são utilizados para a mesma finalidade, como exemplo, na falta de Conexões em Y uso adulto a substituição pelo infantil ou por Scalpes.

Endoscopia - Análise de não Conformidades de Kits										
Descrição Encontrada	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
MAPA de Procedimentos preenchido (CC,EDA,	5	4	3	6	4	3	4	1	0	0
Devolução dos kits com nome do paciente, SUS e	2	7	0	0	1	5	3	0	0	0
Retorno dos itens dos kits que não foram utilizados confere	17	15	3	8	15	4	10	10	6	8
Devolução dos itens dos kits íntegro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUS confere com o MAPA de Procedimentos	11	0	0	0	0	2	4	0	0	2
Prazo de retirada e devolução dos kits conforme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Checar assinatura da enfermagem	2	3	0	5	0	2	1	2	0	0



De acordo com o gráfico, o maior número de inconformidades ocorre no retorno de itens não utilizados para a farmácia, mas observamos que os maiores erros ocorrem quando à troca da equipe do setor.

DISCUSSÃO

A ideia da montagem de kits individualizados surgiu em conjunto com a equipe de enfermagem, lembrando que uma correta distribuição de materiais garante a segurança, a rapidez e o controle dos procedimentos. Foi implantada com a finalidade de melhorar o fluxo de realização de procedimentos, garantindo a racionalização da distribuição de materiais e aumentar a segurança para os pacientes. Aproveitando, juntamente já implantamos a rastreabilidade dos lotes, isso garante maior segurança para os pacientes. O envio de materiais para os setores, não individualizados, garantia algumas vantagens à unidade, como facilidade de acesso ao uso de materiais imediato, mas as desvantagens eram maiores, como por exemplo perdas decorrentes por falta de controle, estoques espalhados pela unidade sem controle e perdas de material por validade.

CONCLUSÃO

Conforme indicadores adotados pela farmácia, em 10 meses de implantação dos kits individuais e rastreabilidade, a maior falha encontrada são a fidelização de uso dos materiais presentes nos kits para o paciente identificado. Ocorrem divergências no preenchimento da quantidade de material utilizado, com os que retornam à farmácia, podendo-se pensar em treinamentos constantes da equipe para minimizar estas falhas.

Com todos os problemas encontrados, ainda sim, acredita-se que esta é a melhor forma para a separação de materiais para os procedimentos invasivos que são realizados.

Houve uma melhora no controle do estoque, tempo hábil para substituição dos materiais em falta e um melhor fluxo de atendimento por parte da enfermagem, uma vez que não houve necessidade de solicitações emergenciais de materiais que são considerados essenciais.

REFERÊNCIAS:

1. Portaria n° 4.283, de 30 de dezembro de 2010
2. Matos EMS. Impacto farmacoeconômico do método de dispensação de drogas em forma de kit em procedimentos cirúrgicos e anestésicos [Dissertação] [Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005 [acesso em 10 set 2018]. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5154/tde.../ElisangelaMariaSantosMattos.pdf



QUEBRANDO PARADIGMAS: VIOLÊNCIA - NÃO FIQUE EM SILÊNCIO

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

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “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, que os impedem de atuar ativamente frente à violência.

OBJETIVO

O objetivo inicial da Gerência da Unidade foi identificar colaboradores com potencial para trabalhar assuntos relacionados à violência, a fim de criar um “Núcleo de Prevenção à Violência (NPV)” composto por profissionais de todas as áreas, agregando saberes diferentes e visões diferentes, contribuindo assim para sensibilização de todas as categorias. E, a partir da formação do NPV, os objetivos são promover ações contínuas de sensibilização e conscientização da população e dos profissionais da Unidade Básica 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.

METODOLOGIA

A partir do segundo semestre de 2015, implantada reunião mensal com todos os 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, Palestras nos Grupos Educativos, Palestras nas Escolas da região; Abordagem e discussão do tema nas Reuniões Técnicas realizadas na própria Unidade; Criação e montagem da Sala da "Quebra do Silêncio", sala interativa montada na Unidade para visitação pela população e pelos próprios profissionais da Unidade. Nesta sala o visitante pôde perceber e adentrar à violência através dos sentidos sensoriais, como audição, visão e olfato, aguçados a partir da utilização de alguns recursos.

RESULTADOS

Foi formado um Núcleo de Prevenção à Violência composto por profissionais de diferentes categorias e realizadas diversas ações de sensibilização e conscientização da população e dos profissionais sobre a Violência. E, após a implantação destas ações foram realizadas 42 notificações de violência entre o 2º semestre de 2015 e o 1º semestre de 2018.

DISCUSSÃO

Os membros do Núcleo de Prevenção à Violência da Unidade tornaram-se referência na Unidade para os profissionais, sendo procurados para esclarecimento de dúvidas e apoio na condução de casos, construindo assim uma rede dentro da própria Unidade; maior envolvimento dos profissionais com o tema; aumento do número de notificação compulsória por violência; maior procura da população para solicitar apoio em situações de violência vivenciadas. Houve aumento significativo do número de notificações na Unidade: até julho/2015 havia o registro de somente 02 notificações de violência na Unidade. Após implantação destas ações foram realizadas 42 notificações de violência entre o 2º semestre de 2015 e o 1º semestre de 2018.

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. É fundamental que ações de conscientização e sensibilização sobre violência sejam promovidas nos Serviços de Saúde, primeiramente sensibilizando os profissionais, para que o olhar para o tema seja diferenciado, e, após sensibilizar os profissionais, haja um trabalho com a população, estimulando a "quebra do silêncio" diante de qualquer tipo de violência. A construção da rede deve começar a partir das pequenas ações locais.

REFERÊNCIAS

Koss MM, Koss PK, Woodnuff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. Arch Intern Med. 1991 Feb; 151:342-7. PubMed; PMID 1992961.

Schraiber, LB, D'Oliveira AFPL, França I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em unidade de atenção primária à Saúde. Revista de Saúde Pública. 2002; 4 (36): 470-477.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, Durand J, Pinho A. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface (Botucatu). 2003 Fev; 7 (12): 41-54.

UBS MAIS VERDE MARACÁ

Débora Pereira de Araujo <debora.araujo@cejam.org.br>

Palavras chave: Resíduos; Saúde Ambiental; Meio Ambiente e Saúde.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o acesso principal à atenção básica dentro do sistema único de saúde (SUS). A equipe atuante na UBS é composta por profissionais de diversas categorias que desenvolvem atividades de promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, conseguindo resolver até 85% das necessidades de saúde da população adstrita. Essas atividades, sob a estratégia do trabalho em equipe, são realizadas no território delimitado e priorizadas conforme acompanhamento e monitoramento dos indicadores epidemiológicos, sanitários e sociais utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade seguindo princípios como equidade, universalidade, vínculo, integralidade, a corresponsabilidade, a humanização e participação social para o efetivo resultado com a comunidade.

O sucesso da implantação do programa de agentes comunitários de saúde (ACS) em 1991 subsidiou a criação do programa saúde da família (PSF) em 1994, que se fortaleceu com implantação das equipes de saúde bucal (ESB) no PSF em 2001. Em 2006 o psf torna-se estratégia saúde da família (ESF) e em 2008 foi instituído os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) pelo Ministério da Saúde. E para integralizar as práticas em saúde, em 2005, o município de São Paulo, implantou o Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), inicialmente como projeto, mas incorporado desde 2008 na ESF, o PAVS tem como objetivo promover, ampliar e fortalecer ações de intersectorialidade entre meio ambiente, saúde e desenvolvimento social; fomentar as políticas públicas saudáveis e sustentáveis; e fortalecer o vínculo e parcerias com os equipamentos locais. Colaboradores e comunidade, em sua maioria, desconheciam a importância do descarte correto e destinação final adequada de resíduos perigosos, como lixo eletrônico, pilhas e baterias, chapas de raio-x, medicamentos e do resíduo poluente do óleo de cozinha usado; colaboradores e comunidade desconheciam, em sua maioria, opções alternativas para criar e manter boa qualidade nutricional com legumes, hortaliças, verduras e frutas, assim como o modo de cultivá-los em domicílio, livres de agrotóxicos. Colaboradores e comunidade desconheciam em sua maioria os princípios da educação para a sustentabilidade de uma vida mais saudável baseada nos pilares: economicamente viável, ambientalmente correto e socialmente justo.

OBJETIVO

Desenvolver conceito e ações de sustentabilidade e responsabilidade social com colaboradores e comunidade da UBS possibilitando práticas economicamente viáveis, socialmente justas e ambientalmente corretas.

MÉTODO

Desenvolveu-se na UBS, um curso teórico e prático sobre captação de água de chuva para a comunidade e colaboradores; implantação de um sistema de captação de água de chuva na UBS; utilização da água captada e armazenada para lavagem das áreas externas e regagem do jardim suspenso. Mensalmente ocorre a retrolavagem do purificador de água da cozinha da UBS. A água utilizada costumava ser dispensada para a rede de esgoto. Para evitar esse desperdício, começou-se reutilizar essa água para regagem do jardim suspenso. Instalou-se de lixeiras para separação de papel branco em todas as salas de atendimento e administração. Instalação de Ponto de Entrega Voluntária (PEV) para coleta de resíduos perigosos e óleo de cozinha usado. Articulação com empresas responsáveis pela logística, tratamento e destinação final ambientalmente adequada dos resíduos. Divulgação ininterrupta em palestras, oficinas e visitas domiciliares promovidas pelo APA e demais profissionais da unidade. Combate à dengue – foi elaborado um curso para os ACS, idealizado por enfermeiros e pelo APA da unidade, onde aplicou-se

métodos teóricos e práticos de busca ativa de criadouros do mosquito *Aedes aegypti* por meio de armadilhas espalhadas na unidade, com o intuito de apurar o olhar dos ACS durante as visitas domiciliares para que os mesmos possam orientar os usuários de forma mais qualificada. Horta de plantas medicinais: orientar a comunidade sobre cultivo e uso correto de plantas medicinais. Curso de horta com os ACI: realizou um curso com os agentes acompanhantes de idosos (ACI) para que os mesmos fossem fomentadores da prática e auxiliassem os pacientes na implementação das hortas caseiras.

RESULTADOS

Após a implantação das ações sustentáveis, a UBS tornou-se referência para a comunidade no que se refere à promoção de saúde em consonância com o meio ambiente. Houve redução de 50 % no uso de copos descartáveis, proporcionando economia de recurso financeiro, matéria-prima e água. O sistema de aproveitamento de água de chuva, possibilita a economia de no mínimo 200 litros de água por semana e serviu de referência para implantação dos sistemas em outras residências do território. A reutilização da água resultante da retrolavagem do filtro permite uma economia de 50 litros de água por mês.

Cem por cento do resíduo de papelão e 50 % do resíduo de papel branco da unidade são encaminhados à coleta seletiva, reduzindo o impacto do descarte de resíduos sólidos e alongando o tempo de vida dos aterros sanitários. O treinamento dos ACS com relação às doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* permitiu a redução nos números de casos de dengue no território de abrangência da unidade.

DISCUSSÃO

As práticas sustentáveis dentro do contexto do setor público implicam em mudanças de atitudes de colaboradores que estão focados em suas funções dentro do ambiente de trabalho. Sendo assim, a educação continuada precisou ser utilizada como premissa para o planejamento, desenvolvimento e manutenção das ações. Por se tratar de processos coletivos a equipe necessitou estar sempre integrada e sensibilizada para os benefícios da sustentabilidade no ambiente de trabalho.

CONCLUSÃO

A constituição de espaços verdes na unidade, proporciona a eliminação de poluentes tóxicos e melhoria do micro clima local, além de promover bem estar devido ao embelezamento do ambiente. A prática do cultivo, tanto na unidade, quanto em domicílios, estimula à criação de espaços verdes no território e proporciona uma agradável convivência entre os colaboradores da unidade com a natureza.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

O DESAFIO DAS PARCERIAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Juliana Kelli Murakami da Silva <julianakmurakami@yahoo.com.br>

Palavras-chave: atenção primária, equipamentos sociais, parcerias.

INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata, diz que a saúde é um direito humano fundamental, e a qualidade com que é oferecida também requer a ação de diferentes setores do território¹. A Atenção Básica destaca-se como porta de entrada na coordenação do cuidado, oferta à saúde e articulação desses setores disponíveis, segundo a Política de Atenção Básica (PNAB)¹. O Ministério da Saúde diz que, esse nível de atenção junto a Estratégia de Saúde da Família, resolve 80% dos problemas de saúde da população. Essa alta capacidade de resolução, entre outros fatores, deve-se a proximidade da equipe de saúde com o usuário permitindo que se conheça a pessoa, a família e toda comunidade, garantindo maior adesão do usuário aos tratamentos e intervenções propostas pela equipe de saúde, juntamente com o acesso a prevenção³. Essas estratégias estão pautadas, dentre outras diretrizes, no trabalho multiprofissional, no estímulo da participação social e articulação dos recursos do território. A proximidade com a população toma-se então, uma ação diferencial e essencial ao serviço. Para isso, toma-se importante conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais, e potencializar a utilização desses recursos existentes no território da UBS. O Sistema de Equipamentos Sociais Básicos é composto por redes de equipamentos que prestam os serviços públicos relativos a saúde, educação, assistência social, esportes, cultura e lazer⁴. Contudo, é notável a importância dos equipamentos sociais na construção da rede; entretanto, nem sempre há um fluxo adequado, devido à desarticulação entre seus componentes. Existe, pois, a demanda por ações integrativas, potencializando e fortalecendo o sistema de saúde. Assim, surge a ideia de se mapear os equipamentos sociais disponíveis para estreitar a comunicação e estabelecer ações conjuntas.

OBJETIVO

Relatar a experiência na ampliação da rede de atenção básica.

METODOLOGIA

O cenário do estudo foi numa UBS, que não possui equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, contanto, com a rede de apoio local. Então, para darmos início ao proposto, as equipes realizaram mapeamento de equipamentos da região, que categorizamos em Educação (escolas, creches, instituições de recreação), Saúde (hospital, CAPS), Social/Lazer (SASF, Associações Benéficas, igreja, centros comunitários e praças). Após esse mapeamento, realizamos a avaliação, e discussão sobre a otimização desses equipamentos. Foram feitos contatos telefônicos e posteriores encontros presenciais para descrição dos objetivos, programação e início das atividades. Contamos com a parceria e participação dos profissionais da UBS, que conheciam o território, pontuaram as necessidades, estreitaram contato com os equipamentos e identificaram a necessidade do desenvolvimento dessas ações. Abordamos escolas, centros de recreação, ONG, ativamos os serviços de voluntariado, reaproveitamos espaços comunitários, adequamos ações que já ocorriam, nos aproximamos dos serviços sociais e de saúde mental, aumentamos a divulgação dessas atividades (panfletos e faixas na UBS, igreja e escolas, reuniões das equipes e Conselho Gestor). As atividades ocorreram por meio de palestras, grupos, reuniões, atendimentos individuais e eventos.

RESULTADOS

Podemos identificar que parcerias pré-existentes tornaram-se mais fortalecidas. Como por exemplo, a saúde mental, que se tomou forte aliada em discussão de casos para matriciamento, auxiliando os profissionais em temas da saúde mental e atuando em escolas. Nas escolas e Centros de Recreação,

tivemos acesso às crianças, pré-adolescentes e adolescentes de forma mais efetiva, com temas atuais e de interesse desse público específico. Também criando uma parceria com os educadores auxiliando-os em alguns casos identificados como necessários à intervenção da saúde como os temas de violência higiene maus tratos atualização de carteira de vacinas. Ativando o programa de voluntários, conseguimos divulgar e identificar pacientes que se interessavam em ampliar sua rotina e nos auxiliar em atividades terapêuticas, como artesanato, taishi, dança e auriculoterapia também contribuindo para seu próprio bem estar. Através de contato nos serviços sociais e associações beneficentes, identificamos uma ONG que realiza atendimento a mulheres e crianças para estímulo a práticas de atividade física que havia interesse em ampliar sua atenção em nosso território. Nas igrejas tivemos apoio para divulgação das atividades da UBS e liberação do espaço da paróquia para atividades de saúde. Fez-se contato com a Pastoral da Criança ativa na comunidade para auxílio em suas atividades referentes a saúde. Conseguimos ampliar a rede terapêutica ao paciente, envolvendo também o Programa de Ambiente Verdes e Saudáveis, junto com a Agente de Proteção Ambiental, que tem estimulado e associado questões ambientais à saúde física e mental com adultos e crianças nas escolas em associações praças grupos de idosos e de caminhada, dentro e fora da UBS.

CONCLUSÃO

Apesar de ser pontuado a importância das redes e seus impactos benéficos num território, e conhecimento dessa importância pelos profissionais identificamos que as parcerias e atuação dos profissionais nesses locais não eram efetivas. Foram identificados a falta de tempo e o desconhecimento desses equipamentos do território, pela população e profissionais. Além do desinteresse e resistência para divulgação e utilização desses serviços. Com essa discussão na UBS, identificamos então, dificuldades (tempo reduzidos dos profissionais para programação dessas ações, desconhecimento e pouca divulgação das atividades que já ocorriam, facilidade (boa aceitação por parte dos profissionais e desafios (divulgação e continuação das atividades). Para isso a crença nessas parcerias deverá ser absorvida bem divulgada e estimulada de modo contínuo para todo o território. Acreditamos que este trabalho possa contribuir para discussões e reflexões no processo de trabalho do serviço devendo ser práticas contínuas e regulares. Somente assim, poderemos enraizar essa prática na comunidade e na rotina dos profissionais, que consumidos com a rotina, terapêutica medicamentosa e respostas imediatas esquecem de valorizar essa ampliação e potencialização da rede e do cuidado.

REFERÊNCIAS

- 1- Organização Pan Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata[Internet].São Paulo;2015[acesso em 28 ago 2018].Disponível em: <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>
- 2- Departamento de Atenção Básica. Nova PNAB é Publicada[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;2017[acesso em 27 ago 2018]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2457
- 3- Program.a Saúde da Farm1ia. Rev. Saúde Pública [Internet]. São Paulo; 2000[acesso em 30 ago 2018]; 34 (3): 316-319. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en> .
- 4- Prefeitura de Jundiaí. Plano Diretor Participativo [Internet]. Jundiaí: Prefeitura de Jundiaí; 2016 [acesso em 30 ago 2018]. Disponível em: <https://planodiretor.jundiai.sp.gov.br/plano-diretor-participativo-anteprojeto-de-lei/capitulo-7-do-sistema-de-equipamentos-sociais-basicos/>

INSERÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO ENFERMEIRO OBSTETRA “TRAINEE” EM HOSPITAIS

Valéria Kely Vieira <valeria.kely@cejam.org.br>; ALESSANDRA NASCIMENTO CRUZ MOREIRA <alessandra.nascimento@cejam.org.br>; Cristiana dos Santos de Andrade <cristiana.andrade@cejam.org.br>; Michelle Carreira Marcelino <michelle.carreira@cejam.org.br>

Palavra chave: Enfermeiro Obstetra “trainee”, Tutor, Tutoria, Humanização

INTRODUÇÃO

Para manter a qualidade da assistência, é necessário para o serviço ter em seu quadro de colaboradores, profissionais com perfil para humanização. Devido há escassez do mercado do profissional com perfil desejado, torna-se fundamental focar no desenvolvimento do colaborador. Este trabalho surgiu pelo anseio da liderança em ter em seu quadro de colaboradores enfermeiros obstetras com perfil desejado. A importância da descrição dessa experiência está na inovação de inserir no quadro da instituição colaborador “trainee” e também na responsabilidade social em compartilhar com o mercado de trabalho, melhores profissionais na assistência humanizada. Como marco teórico para essa pesquisa, foi utilizado a tutoria acadêmica de forma fundamental dentro do contexto histórico da educação¹, o que fortaleceu o desenvolvimento do programa de inserção do Enfermeira Obstetra Trainee (EOT). O processo de inserção do EOT com a tutoria de um enfermeiro obstetra experiente, constituiu em oferecer suporte de desenvolvimento prático, oportunizando seu crescimento profissional, por meio de acompanhamento em técnicas e procedimentos promovendo a ampliação de suas competências, no cuidado humanizado no âmbito da obstetrícia. **OBJETIVO:** descrever a experiência e os desafios da inserção do EOT na equipe de enfermagem obstétrica de uma Organização Social em Hospitais Municipais.

MÉTODO

Relato de experiência de intervenção na inserção do EOT em dois hospitais da rede municipal com modelo de Organização Social². Anexado ao contrato de convênio de Organização Social (OS) com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Autarquia Hospitalar Municipal (AHM), inserindo os trainees em hospitais da rede Pública Municipal com assistência humanizada, em novembro de 2017, sendo o público alvo colaboradores celetistas com graduação em enfermagem e especialização obstétrica e sem experiência. Foi desenvolvida descrição de cargo, planejamento de salário e duração do período de “trainee”, de um ano. Ao final desse período sua permanência na instituição ficou relacionada à existência de vagas para o cargo de Enfermeiro Obstetra Júnior. Em relação à prática, esse período não é considerado reprobatório, pois se entende que é um profissional com formação *Latu Sensu* e que está em processo de aperfeiçoamento de sua prática. O processo seletivo constou das seguintes etapas, 1^a etapa: Inscrição no site³, conforme edital de processo seletivo interno n.º. 179/2017; 2^a etapa: Triagem e análise de currículo; 3^a etapa: Prova teórica; redação; 4^a etapa: Dinâmica de grupo e entrevista; 6^a etapa: Realização de exame médico admissional; entrega de documentação legal exigida. O processo consiste no acompanhamento do procedimento e é feito durante o plantão por meio da observação, orientação, abordagem prática, registro com a ciência do “trainee” e do tutor. Os procedimentos são repetidos no mínimo 3 vezes com “feedback” frequentes. Por se tratar de um relato de experiência não foi necessário submetê-lo ao CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADO

No processo seletivo, foi estipulado 5 vagas. Foram inscritos 13 candidatos, 5 candidatos foram alocados em dois Hospitais Municipais com OS, eles compõem a escala de enfermagem obstétrica, conforme jornada de trabalho da instituição. Para acompanhar, foi elaborado impressos específicos de avaliação e acompanhamento e registro dos procedimentos realizados pelo EOT denominado “Caderno de Tutoria”. Foi também designado um enfermeiro obstetra com habilidade de amparo e direção no desenvolvimento das

capacidades, dentro da assistência humanizada obstétrica e no bom relacionamento interpessoal, denominado como enfermeiro tutor. Os desafios encontrados durante a inserção foram trabalhados com toda a equipe de enfermagem. Como aspecto assertivo, tivemos a oportunidade de colocar em prática o programa de inserção do EOT e desenvolvê-lo conforme o propósito de ampliar suas competências na atuação prática da enfermagem obstétrica humanizada.

DISCUSSÃO

Mediante os desafios evidenciados foi elaborado material de apoio, com um cronograma de aulas para aprimorar o conhecimento técnico científico, conforme aponta a literatura sobre coordenar as ações prioritárias e necessárias³, através de encontros mensais, denominados grupo de estudo. Os temas abordados nesses encontros foram levantados mediante as necessidades apontadas no Caderno de Tutoria. De acordo com o Ministério da Saúde, as diretrizes clínicas baseadas em evidências fornecem uma ferramenta adequada de consulta para os profissionais e são potentes aliadas na tomada de decisões. Nesse processo, as habilidades e a experiência clínica do provedor de cuidados associadas às expectativas e necessidades únicas das mulheres e suas famílias, e pesquisa científica é regra básica para uma assistência focada na qualidade³, assim todos os temas abordados tiveram foco voltado para assistência humanizada ao parto e nascimento no SUS. O resultado evidenciado durante a implantação do processo de inserção do EOT o desconforto do enfermeiro obstetra, frente a isso foi elaborado como plano de ação, convidar o enfermeiro obstetra para participar do programa reconhecendo sua importância como profissional competente para o desenvolvimento desejado. Visando incentiva-lo foram traçadas estratégias como: participação nos grupos de estudo, valorização do enfermeiro obstetra tutor, por meio de certificação de excelência no desenvolvimento e do aperfeiçoamento do EOT. A limitação da intervenção encontrada foi não ter ainda encerrado o período de um ano da inserção do EOT.

CONCLUSÃO

O processo de inserção do EOT, por ter ocorrido por meio de promoção interna, do técnico de enfermagem, facilitou sua incorporação na equipe, devido prévio conhecimento do programa, protocolos, impressos, metas e indicadores. A experiência adquirida com a inserção do EOT mostrou assertividade em relação à expectativa da liderança. Conclui-se que a descrição da experiência foi exitosa, com ganhos para a mulher, para o colaborador e para a instituição. Os desafios encontrados foram trabalhados como oportunidades de melhoria, devendo esse processo de inserção do EOT ser repetido anualmente e ser aprimorado, almejando uma maior produtividade e excelência na qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

- 1 GEIB, Lorena Teresinha Consalter et al. A tutoria acadêmica no contexto histórico da educação. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2006; 2007(60):.217-220p. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267019613017/>>. Acesso em: 30 jul. 2018.
2. Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim. Sobre o CEJAM. Disponível em: http://cejam.org.br/index.php?pg=isnt_sobre&fnc=visual. Acesso em: 04 set. 2018.
3. MARRAS, Jean Pierre. Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico. São Paulo: Saraiva, 2009.

ARBORIVIDA

Débora Pereira de Araujo <debora.araujo@cejam.org.br>

Palavras chave: Arborização Urbana; Saúde Ambiental; Meio Ambiente e Saúde.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), a quantidade ideal de áreas verdes por habitante é de 12 m². São Paulo é uma cidade com complexos problemas ambientais, entre eles: a escassez de áreas verdes, especialmente nas regiões periféricas, com média de 2,6 m² de área verde por habitante e portanto, muito abaixo do que recomenda a OMS. Diante deste contexto, este projeto busca a criação e revitalização das áreas verdes da unidade básica de saúde, buscando expandir os benefícios que a vegetação proporciona aos usuários e colaboradores da unidade.

OBJETIVO

Realizar plantio de árvores no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde, buscando beneficiar, embelezar e revitalizar a comunidade no entorno da UBS. Sensibilizar a população por meio de oficinas e palestras de educação ambiental baseadas na temática arborização urbana. Mapear as espécies arbóreas existentes no território. Mapear os locais na comunidade para possíveis novos plantios. Realizar plantio em escolas e creches do território. Monitorar as árvores plantadas pelo projeto.

MÉTODO

Capacitar e sensibilizar os colaboradores da Unidade sobre a temática. Mapeamento de áreas do território viáveis para o plantio de espécies arbóreas. Estabelecimento de parceria com as escolas e creches da região. Realização de palestras e/ou oficinas no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Realização de palestras e/ou oficinas nos grupos da unidade. Sensibilização dos profissionais a respeito da temática de arborização urbana. Realização de Visitas Sociambientais territoriais dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e APA (Agente de Promoção Ambiental) tendo como foco os benefícios da arborização urbana. Estabelecimento de parcerias com os Viveiros Municipais da SVMA (Secretaria do Verde e do Meio Ambiente) para o fornecimento de mudas. Estabelecimento de parcerias com a comunidade para o fornecimento de transporte e realização do plantio.

RESULTADOS

Ao longo de um ano, o Projeto viabilizou o plantio de 55 mudas de espécies arbóreas. Essas mudas foram plantadas com uma altura já consolidada, ou seja, mudas com o DAP – Diâmetro a Altura do Peito) de 0,5cm. Sendo que parte delas, foram plantadas em escolas do território, em Praça Pública e em calçadas de residências. Foram realizadas 19 ações com o envolvimento de 298 pessoas.

DISCUSSÃO

O plantio de árvores favorece diversos benefícios à saúde. Porém, a equipe de colaboradores não tinha conhecimentos técnicos à respeito da complexidade que envolve esse tipo de ação. Ou seja, encontrar áreas disponíveis para o plantio e que as condições se apresentassem como adequadas para o crescimento saudável da muda. Sendo assim, os mesmos foram capacitados para que se tornassem multiplicadores no território.

CONCLUSÃO

A realização de um projeto de arborização urbana propicia que os benefícios das árvores atinjam as áreas periféricas da cidade, o que contribui para uma melhor qualidade de vida da população do entorno. A sensibilização a respeito do que engloba a temática contribuiu para a redução do vandalismo e dos crimes ambientais contra as espécies arbóreas

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Saúde. Guia PAVS. / Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis. – São Paulo: SMS, 2012.
2. Prefeitura de São Paulo Meio Ambiente / Manual Técnico de Arborização Urbana – Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/meio_ambiente/MARBOURB.pdf.
3. Rede social Brasileira por Cidades Justas e sustentáveis – Área Verde por Habitante. Disponível em: <https://www.redesocialdecidades.org.br/area-verde-porhabitante>.

ACUPUNTURA, AUTOMASSAGEM E AURICULOTERAPIA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO TERRITÓRIO.

Adriano Sergio Granado <granadomtc@gmail.com>; DELCYNEIA BUENO LIMA PESCE <fenecace@hotmail.com>; Sandra Regina Salustiano Lima <sandra.salustiano@cejam.org.br>

Palavras chave : Política Nacional de Práticas Integrativas, Atenção Básica, Medicina Tradicional Chinesa.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares¹ – PNPIC – tem recebido significativos incentivos no âmbito da Atenção Básica em Saúde. O número de práticas complementares foram ampliadas ao longo desses 11 anos da criação da PNPIC, sendo que atualmente somam um total de 29 práticas referenciadas pelo Ministério da Saúde. A Acupuntura², as Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa/Automassagem e a Auriculoterapia compõem atualmente algumas das Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) oferecidas 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 iniciou-se a oferta da acupuntura para pacientes de saúde mental e a partir de junho de 2016 incrementou-se as Práticas Complementares pela oferta da Automassagem e Auriculoterapia aos pacientes de uma unidade básica de saúde contribuindo com a resolutividade no sistema da Atenção Básica, especialmente nas demandas referentes à saúde mental.

OBJETIVOS

Relatar experiência sobre as atividades referentes as Práticas Integrativas e Complementares – Acupuntura, Práticas Corporais em MTC/Automassagem e Auriculoterapia – numa UBS/PA24H a partir das vivências dos profissionais que atuam na unidade de saúde.

METODOLOGIA

Em meados de 2015 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 mental³ de pacientes em atendimento na citada unidade de saúde de atuação desses profissionais. A direção do Departamento da Rede Básica Municipal solicitou que durante o processo de formalização do procedimento junto ao órgão

do Ministério da Saúde (MS), fosse discutida a proposta de implantação desse serviço com a gerência da UBS para apoio e viabilização da prática da Acupuntura nessa unidade de saúde. Em razão do projeto sustentar uma efetiva e difundida prática em MTC e por consolidar a inserção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (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 mostrarem-se promissoras e a ampliação das Práticas Complementares se fizeram necessárias. Deste modo, a equipe rediscutiu o projeto inicial passando a incrementar, a partir de junho de 2016, a atividade em grupo de Automassagem pertencente às Práticas Corporais da MTC e sessões de Auriculoterapia para pacientes da rede básica de saúde. Todos os procedimentos disponibilizados possuem código próprio de acordo com a Tabela Unificada do SUS.

RESULTADOS

A aprovação e a busca dos pacientes pelas atividades de Acupuntura, Práticas Corporais da MTC/Automassagem e Auriculoterapia tem servido de termômetro para a gestão municipal difundir ainda mais as ações referentes as Práticas Integrativas e Complementares. Consolidada estas atividades já foram executadas capacitações e formação de profissionais da rede básica de saúde para ampliação dos grupos de Automassagem, demonstrando o exito na experiência de implantação das Práticas Integrativas e Complementares no Município. Atualmente o fluxo de atendimento em Acupuntura está disponível para pacientes de saúde mental e as atividades de Automassagem e Auriculoterapia são de fluxo aberto/demanda espontânea disponível à população dos territórios de referência das unidades de saúde.

CONCLUSÕES

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 pautados na lógica da Promoção e Prevenção em saúde. Nesse sentido as Práticas Complementares como a Acupuntura, Automassagem e Auriculoterapia desempenham papel significativo enquanto melhorias da Rede de Saúde, pois contribuem na resolutividade do sistema de cuidados em saúde. No Município das experiências vivenciadas essas modalidades de cuidado foram efetivadas e beneficiam pacientes da unidade referente ao relato, bem como de outras unidades de saúde com profissionais em capacitação e formação. O fortalecimento das Práticas Complementares deve receber apoio da gestão municipal e gerências das UBS's para consolidação enquanto Política Pública.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Rossetto Suzete C. Acupuntura multidisciplinar. São Paulo: Phorte; 2012.
3. Requena Y. Acupuntura e Psicologia. São Paulo: Andrei; 1990.

GESTÃO E AUDITORIA DE PRONTUÁRIOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Hugo Mendes Pinto <hugo.pinto@cejam.org.br>; Hugo Mendes Pinto <hugo.pinto@cejam.org.br>

Palavra chave: gestão, prontuário, auditoria e atenção primária.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Atenção Primária em Saúde é composta por quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, acompanhamento do usuário ao longo do tempo, integralidade e coordenação, três atributos derivados: orientação familiar, comunitária e cultural. No Brasil a literatura apresenta baixa qualidade no registro em saúde, constatou-se elevada frequência de diagnósticos ilegíveis, incoerências de registros e ausência de diagnóstico. "Prontuário é definido como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo." "Prontuário Familiar foi definido como instrumento de integração das informações de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades das áreas de atuação das equipes de saúde da família. Sua utilização adequada possibilita uma melhoria no acompanhamento da saúde da clientela e na qualidade da atenção prestada, e deve ser composto de todas as fichas clínicas utilizadas pelos profissionais de saúde que atendem determinada família. Disponibiliza aos profissionais da equipe de saúde da família uma gama de informações pertinentes ao paciente e sua família. O compartilhamento e socialização das informações facilitam aos profissionais envolvidos (médicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos) o diagnóstico, plano de tratamento, direcionando a uma melhor conduta no tratamento destes pacientes." A auditoria é um sistema de revisão e controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, com caráter educacional. O controle é feito por meio de quatro fases: estabelecimento de padrões de desempenho, mensuração do desempenho a ser controlado, comparação do desempenho atual com o padrão e tomada de ação corretiva para ajustar o desempenho atual ao padrão desejado.

OBJETIVO

Criar comissão de revisão interna de prontuário e ferramentas de auditoria com a equipe multidisciplinar em Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com caráter educacional visando melhoria contínua no preenchimento de prontuários, garantido a comunicação entre equipe multidisciplinar e a continuidade da assistência ao usuário.

MÉTODO

Após territorialização em Unidade Básica de Saúde (UBS) no modelo Estratégia Saúde da Família, para divisão em equipe, micro e família, foi padronizado e confeccionado novo prontuário família, traduz-se como um "documento arquivístico" que pode auxiliar o exercício da coordenação. A Arquivística tem por objetivo estudar as funções do arquivo e os princípios e técnicas a serem observados na produção, organização, guarda, preservação e utilização dos arquivos .

Foi criada comissão interna de revisão de prontuário composta por 2 médicos auditores, 1 gerente, 1 farmacêutico, 5 médicos, 7 enfermeiros e 3 dentistas, funcionários de UBS. A comissão participava de uma reunião técnica mensal de 2 horas e ocorreu da seguinte forma: Primeiro encontro: sensibilização, o médico auditor explicou como funciona a comissão, objetivo e resultado esperado, onde a equipe técnica aceitou participação. Segundo, terceiro e quarto encontros: discussão e construção de ferramentas de auditoria pelos próprios profissionais na UBS (anexos), garantindo qualidade no processo. (uma vez que na literatura encontramos apenas ferramentas utilizadas em hospitais). Quinto encontro: treinamento dos profissionais quanto às definições e avaliações em conjunto dos prontuários, para garantir a concordância

dos avaliadores. Sexto ao nono encontro: auditorias em dupla para garantir concordância, de 100 prontuários utilizados e sorteados no mesmo mês, para garantir aleatoriedade, eficácia e resultados de meses atuais.

RESULTADOS

Sensibilização e educação dos profissionais em relação à importância da gestão e preenchimento de prontuário.

DISCUSSÃO

A literatura é rica em gerenciamento e auditoria de prontuários em hospitais, que difere bastante da atenção primária devido à diferença de complexidade e particularidades. Esse trabalho foi desenvolvido diretamente na Atenção Primária, garantindo a análise e melhoria do serviço desse âmbito.

CONCLUSÃO

Constatou-se melhoria em toda a gestão do prontuário, desde a guarda à qualidade no preenchimento em relação à legibilidade e garantia dos dados preconizados no preenchimento de informações em consultas médicas, de enfermagem, odontológicas e equipe multidisciplinar, garantindo nosso produto final: saúde adequada ao cidadão!

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002
2. Soranz, Daniel; Pinro, Luiz Felipe e Camacho, Luiz Antonio Bastos. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2017, vol.22, n.3, pp.819-830. ISSN 1678-4561.
3. Roman, A. C. Informatização do registro clínico essencial para a Atenção Primária à Saúde: um instrumento de apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família. 102 p. São Paulo, 2009. Tese (Doutorado em Patologia) – Universidade de São Paulo, USP.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União 2002; 9 ago.
5. Secretaria de Estado da Saúde do Ceará. Metodologia de melhoria da qualidade em APS – PROQUALIS. 2a Ed. Fortaleza: Secretaria de Estado da Saúde do Ceará; 2005

COMISSÃO ORGANIZADORA

Floriza Mendes
João Romano
Drº Fernando Proença
Ademir Medina
Drª Sueli Doreto
Luciana Zambuzi
Ana Miriã Moreira

COMISSÃO CIENTÍFICA

Drº Mario Santoro
Drª Anatália Basile
Fernanda Fuscaldi
Dº Mario Bracco

APOIO

Mariana Damasio

COMISSÃO AVALIADORA

Abel Silva de Menezes
Ana Cruz
Ana Paula Passos Lacerda da Silva
Camila de Oliveira Bezerra
Carmen Lúcia Mollica
Dorotéia Lima
Fernanda Fuscaldi
Dº Mario Bracco
Michelle Carreira
Miriam Siqueira
Monica Silva
Marcelo Takishi Scrocco
Raquel Paula de Oliveira
Taís Clea Rufino de Souza
Valéria Kely
Vanessa Fernandes
Zaira Prado Daud
Drº Mario Santoro
Drª Anatália Basile

