

I JORNADA CIENTÍFICA DO GHC

Redes de atenção:
o GHC integrado
para garantir
acesso no SUS

ANAIS
26 A 27 DE ABRIL DE 2012

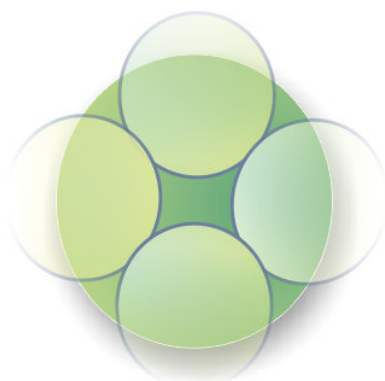


100%
SUS



Ministério da
Saúde



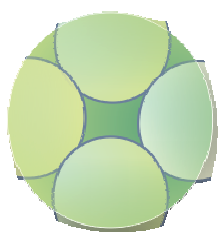


I JORNADA CIENTÍFICA DO GHC

ANAIS



**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
ESCOLA GHC**



**I JORNADA
CIENTÍFICA
DO GHC**

ANAIS

I JORNADA CIENTÍFICA DO GHC

P. 001 - 144

2012

PRESIDENTE

Dilma Vana Rousseff

MINISTRO DA SAÚDE

Alexandre Padilha

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Helvécio Miranda Magalhães Júnior - Presidente

Carlos Eduardo Nery Paes

Márcia Aparecida do Amaral

Arlindo Nelson Ritter

Juliana da Silva Pinto Carneiro

Ana Lúcia Ribeiro

CONSELHO FISCAL

Arionaldo Bomfim Rosendo

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Paulo Ricardo de Souza Cardoso

DIRETORIA DO GHC

Carlos Eduardo Nery Paes - Diretor-Superintendente

Gilberto Barichello - Diretor Administrativo e Financeiro

Neio Lúcio Fraga Pereira - Diretor Técnico

ESCOLA GHC

Lisiane Bôer Possa – Gerente

Quelen Tanize Alves da Silva – Coordenadora de Ensino

Sérgio Antônio Sirena – Coordenador de Pesquisa

I JORNADA CIENTÍFICA DO GHC – ANAIS 2012

É uma publicação do Grupo Hospitalar Conceição.

Direitos desta edição reservados ao GHC – Av. Francisco Trein, 596, Cristo Redentor, Porto Alegre-RS,
CEP 91350-200 – Brasil

Tel/Fax: (51) 3357-2407 – e-mail: escolaghc@ghc.com.br

Site: <http://escolaghc.com.br>

Edição/Normalização: Abrahão Assein Arús Neto
Lucas Willig Quadros
Lisiane Boer Possa
Rogério Farias Bitencourt

Projeto Gráfico: Abrahão Assein Arús Neto
Periodicidade: anual

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

J82a Jornada Científica do GHC. Redes de atenção: o GHC
 integrado para garantir acesso no SUS (1. : 2012 :
 Porto Alegre)
 Anais ... / 1ª Jornada Científica do GHC. Redes de
 atenção: o GHC integrado para garantir acesso no SUS,
 26-27 abril 2012, Porto Alegre; Ministério da Saúde. Grupo
 Hospitalar Conceição. Escola GHC. – Porto Alegre: [s.n.],
 2012.
 144 p.
 1.Saúde Pública. 2.Sistema Único de Saúde. I.Título
 CDU 614(816.5)

Catalogação elaborada por Luciane Berto Benedetti, CRB 10/1458.

Comissão Organizadora

Abrahão Assein Arús Neto
Ana Paula Duarte Dias
Anderson dos Santos Machado
Carla Pacheco de Almeida
Claudete Bittencourt
Denise Helena Barbosa Tolentino
Erica Cristina Cardoso de Araújo
Gabriela da Rosa Ávila
Jane de Oliveira Johann Follmann
Lélio Santos da Silva
Lisiane Bôer Possa
Lucas Willig Quadros

Comissão Científica

Abrahão Assein Arús Neto
Ananyr Porto Fajardo
Edelves Vieira Rodrigues
Quelen Tanize Alves da Silva
Lisiane Bôer Possa
Sérgio Antônio Sirena

Apoio Técnico

Luzia Santos Pinto
Nathália Oliveira da Silva
Tamara da Silva Soares

APRESENTAÇÃO

A I Jornada Científica do Grupo Hospitalar Conceição tem por objetivo incentivar, divulgar e socializar as produções de pesquisa e relatos de experiências desenvolvidos por trabalhadores, estudantes e residentes do Grupo Hospitalar Conceição, tendo como tema central “Redes de Atenção: o GHC integrado para garantir acesso no SUS”.

Rede de Atenção: O GHC integrado para garantir acesso no SUS

Programação

Endereços: (mapa disponível em <http://escola.ghc.com.br>)

Teatro Dante Barone da Assembleia RS: Praça Marechal Deodoro, 101, Centro – Porto Alegre;

Mezanino HNSC, Salas 1 e 2 GEP - Escola GHC/HNSC, Auditório HCC: Av. Francisco Trein, 596, Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre;

Auditório do ICD e Sala Steno ICD: Rua Álvares Cabral, 565, Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre;

Escola GHC – salas 1, 2 e 3: Av. Francisco Trein, 596, Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre;

Auditório do HF: Rua Mostardeiro, 17, Bairro Moinhos de Vento – Porto Alegre

Dia/Horário	Local	Atividade			
26/04/2012 8:30 às 9:00	Auditório Dante Barone da Assembleia Legislativa do Estado do RS	Credenciamento			
26/04/2012 9:00 às 10:00		Mesa de Abertura			
Dia/Horário	Local	Atividade	Painelista	Coordenador	
26/04/2012 10:00 às 12:00	Auditório Dante Barone da Assembleia Legislativa	Conferência - Redes de atenção: garantia de acesso, qualidade e as pessoas como centro do cuidado	Professora Doutora Pesquisadora Liane Righi, da UFSM, Campus Palmeira das Missões e Consultora da política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde do Brasil.- Professor Doutor Alcindo Antonio Ferla, Pesquisador da Rede Colaborativa de Governo da UFRGS e Coordenador Geral da Rede Unida.- Professor Doutor Pesquisador Ardigò Martino, do Centre for International Health Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, Itália.	Lisiane Bôer Possa - Gerente Escola GHC	
Dia/Horário	Local	Atividade	Apresentadores	Coordenador	Debatedores
26/04/2012 14:00 às 16:00	Sala 2 GEP - Escola GHC/HNSC	RES PÚBLICA - O que pesquisar e como divulgar? - Dispositivos e estratégias de indução, divulgação e socialização das pesquisas e conhecimentos produzidos no GHC-POLÍTICAS PÚBLICAS E INSTITUCIONAL EM DEBATE	André Wajner - Médico Preceptor da Residência Médica do GHC, Raphael Caballero - Fisioterapeuta Professor da Escola GHC, José Luiz Pedrini - Médico membro do Conselho Editorial da Revista Momentos e Perspectiva do GHC	Mariana Bertol Leal - Consultora do Ministério da Saúde	Lisiane Bôer Possa - Gerente Escola GHC
26/04/2012 14:00 às 16:00	Mezanino HNSC	RES PÚBLICA - Experiências de atuação em situações de catástrofes e Força Nacional do SUS no GHC - POLÍTICAS PÚBLICAS E INSTITUCIONAL EM DEBATE	Cleber Verona – Coordenador da Força Nacional do SUS no GHC e participante de missões nacionais e internacionais de ajuda humanitária. Eduardo Fernando de Souza - Enfermeiro Especialista em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva, Consultor Técnico da Coordenação Geral de Urgência e Emergência, Docente do Curso de Pós Graduação em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva Representante do Ministério da Saúde (a confirmar)	Fátima Ali - Enfermeira Assessoria Técnica da Coordenação Municipal de Urgência da SMS/POA	Neio Lúcio Fraga Pereira - Diretor Técnico do GHC

26/04/2012 14:00 às 16:00	Escola GHC - sala 2	Távola - Gestão de Risco: estratégias em desenvolvimento no GHC		Daniel Klug - Técnico em Educação Professor Escola GHC	Jamaira Gioria - Assessora Técnica da Diretoria do GHC
		Aperfeiçoamento do sistema de notificação de eventos adversos no Hospital Nossa Senhora da Conceição	Fernando S. de Waldemar		
		Reimplantação do check-list cirúrgico no bloco cirúrgico do Hospital Nossa Senhora da Conceição	Patrícia Nottle Colatto		
		Observatório de tecnologias de informação e comunicação em sistemas e serviços de saúde.	Rafael Dalla Alba		
		Eventos adversos notificados no HNSC através do Sistema Informatizado de Notificação	Fernando S. de Waldemar		
26/04/2012 14:00 às 16:00	Auditório do ICD	Roda de Conversa - Saúde mental: A produção do cuidado acolhedor e integral		Maria Gabriela Curubeto Godoy - Coordenadora Saúde Mental do GHC	Miriam Dias Professora Doutora da UFRGS
		O que é processo terapêutico? Compartilhando as concepções dos trabalhadores de um CAPSad	Carlise Cadore		
		Acolhendo a saúde mental na atenção primária à saúde	Paula Xavier Machado		
		Atendimento psicológico na Unidade de Onco-Hematologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição	Júlia Cecconello		
		Consultório de rua do SUS Pintando Saúde: produção do cuidado às pessoas em situação de rua	Silvia Regina Damião		
		A integralidade na fonte do consultório de rua do SUS	Ricardo Flores Cazanova		
26/04/2012 14:00 às 16:00	Sala 1 GEP - Escola GHC/HNSC	Roda de Conversa - Pesquisa e formação em rede e para a rede: os estudos de caso na formação profissional		Luiz Henrique Alves da Silveira - Técnico em Educação Professor da Escola GHC	Airtton Tetelbom Stein - Médico - Coordenador do NATS/GHC
		Eritema nodoso associado à tuberculose: relato de caso	Martha Oliveira Abuchaim		
		Doença de whipple, uma breve revisão	Marília Barbosa Duarte		
		Cirrose Biliar Primária	Marília Barbosa Duarte		
		Síndrome de Alagille, um relato de caso	Aline Franco Schreiber		
		Canaliculite – Relato de dois casos e conduta	Bruna Lima Rymer		
26/04/2012 14:00 às 16:00	Auditório HCC	Távola - Saúde Bucal: Um olhar sobre o perfil e vínculo dos usuários		Egídio Antonio Demarco - Odontólogo Professor da Escola GHC	Júlio Baldisserotto - Odontólogo Professor da Escola GHC
		Grupo de Manutenção de Saúde Bucal – relato de experiência da Unidade de Saúde Vila Floresta-SSC-GHC	Violeta Rodrigues Aguiar		
		Análise do vínculo e absenteísmo em dois modelos de acesso em saúde bucal na atenção primária à saúde	Victor Nascimento Fontanive		
		Perfil de utilização dos serviços odontológicos na atenção primária à saúde: experiência de duas unidades de saúde do Município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul	Daniel Demétrio Faustino		

26/04/2012 14:00 às 16:00	Auditório do HF	Roda de Conversa - Humanização e ações intersetoriais		Marta Helena Buzati Fert - Enfermeira Professora Escola GHC	Fernanda Ramos Luz – Psicóloga da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas de Sapucaia do Sul
		Biblioterapia para pacientes adultos internados em uma Unidade Hospitalar: uma proposta de humanização	Luciane B. Benedetti		
		Humanização no atendimento hospitalar	Arli Aguiar Ribeiro		
		Mamãe Pinta e Borda: incluindo com arte	Leda Fernandes Bertamoni		
		Humanização em saúde: da história à prática atual	Carla Maria Pinto da Silva		
26/04/2012 14:00 às 16:00	Escola GHC - sala 1	Roda de Conversa - Assistência Farmacêutica		Rosa Maria Levandovski - Farmacêutica Professora da Escola GHC	Elisabeth Silva Magalhães - Farmacêutica do GHC
		Seguimento farmacoterapêutico na hepatite c crônica – Resultados obtidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC	Roberto Rocha Bystronski		
		Avaliação da compatibilidade de medicamentos administrados por sonda nasoesférica em pacientes de um hospital público de Porto Alegre	Luciane P. Lindenmeyer		
		Avaliação de incompatibilidades medicamentosas em prescrições do Serviço de Emergência de hospital público de Porto Alegre	Maitê Telles dos Santos		
		Busca ativa de eventos adversos relacionados a medicamentos utilizando o “trigger tool” dexclorfeniramina	Luciane Lindmeyer		
26/04/2012 14:00 às 16:00	Sala Steno ICD	Távola - Cuidado oftalmológico		Sérgio Antônio Sirena - Médico Professora da Escola GHC	Sérgio Antônio Sirena - Médico Professora da Escola GHC
		Visor estereoscópico oftalmológico usando smartphone: o desenvolvimento de uma nova ferramenta portátil	Helena Messinger Pakter		
		Perfil dos pacientes do Setor de Glaucoma do Grupo Hospitalar Conceição	Helena Messinger Pakter		
		Teste de sobrecarga hídrica modificado (TSHm): novo método para estimar o pico da pressão intraocular (PIO) em pacientes glaucomatosos	Lísia Barros Ferreira		
		Paralisia bilateral de oculomotor	Lísia Barros Ferreira		
26/04/2012 16:00 às 18:00	Sala 1 GEP - Escola GHC/HNSC	RES PÚBLICA -Pesquisa e Produção de Conhecimento: história e desafios do GHC - POLÍTICAS PÚBLICAS E INSTITUCIONAL EM DEBATE -		Daniel Demétrio Faustino da Silva - Odontólogo Coordenador do CEP/GHC	Neio Lúcio Fraga Pereira - Diretor Técnico do GHC
26/04/2012 16:00 às 18:00	Escola GHC - Sala 1	Roda de Conversa - Intersectorialidade: a rede além da saúde		Quelen Tanize Alves da Silva - Fisioterapeuta Coordenadora de Ensino Escola GHC	Edelves Vieira Rodrigues - Assistente Social Professora da Escola GHC
		A intersectorialidade das políticas públicas no processo de remoção da Vila Dique: tecendo a rede de promoção da saúde?	Tiana Brum de Jesus		
		Acolhimento coletivo – Uma estratégia de acesso de uma comunidade em processo de remoção	Vera Celina C. de Farias		
		Saúde no trânsito: uma questão de educação	Karen Araújo dos Santos		
		Religiões de Matriz Africana no Grupo Hospitalar Conceição	Leda Fernandes Bertamoni		
		Trauma e Sintoma Social: o sujeito entre história individual e história da cultura	Eliana Dable de Mello		

26/04/2012 16:00 às 18:00	Mezanino HNSC	Roda de Conversa - Diretrizes, protocolos e sistematização do e para o cuidado		Nara Selaimen Azeredo - Coordenadora da UTI HNSC/GHC	Airtton Tetelbom Stein - Médico - Coordenador do NATS/GHC
		Adaptação transcultural do instrumento Agree II (Apraisal of guidelignes for research & evaluation II) para avaliação de diretrizes clínicas	Gleide Simas Custódio Khan		
		Nursing Activities Score: Resultados da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição	Sofia Louise S. Barilli		
		Implantação do bundle de ventilação na UTI do HCR	Patrícia Fisch		
		Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) no Bloco Cirúrgico (BC) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC)	Cecília Helena Glanzner		
		Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) na Sala de Recuperação (SR) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC)	Cecília Helena Glanzner		
26/04/2012 16:00 às 18:00	Auditório ICD	Távola - Produção de Cuidado no Enfrentamento de Agravos Crônicos		Ana Celina de Souza - Enfermeira SSC/GHC	Claunara Sheling - Gerente Serviço de Saúde Comunitária do GHC
		Avaliação da atenção à saúde em hipertensão arterial sistêmica e diabete melito, em Atenção Primária	Margarita Silva Diercks		
		A promoção da atenção integral às pessoas com tuberculose através de uma linha de cuidado	Roberto L. Targa Ferreira		
		Associação entre índice de massa corporal (IMC), hemoglobina glicada e pressão arterial diastólica em pacientes com insuficiência cardíaca	Camila Weschenfelder		
26/04/2012 16:00 às 18:00	Sala 2 GEP - Escola GHC/HNSC	Roda de Conversa - Saúde do Idoso: o cuidado interdisciplinar		Adelaide Konzen - Enfermeira Professora Escola GHC	Profª Dra Adriane Ribeiro Teixeira Fonoaudióloga- Doutora em Gerontologia Biomédica Professora na UFRGS
		Relação entre sintomatologia depressiva e perda auditiva em idosos atendidos no Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Dados Iniciais	Amanda Kunzler Etcheverria		
		Relação entre Handicap auditivo e perda auditiva em idosos atendidos no Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Dados Iniciais	Amanda Kunzler Etcheverria		
		Atenção a saúde bucal de idosos dependentes: estratégia de visita domiciliar (VD)	Violeta Rodrigues Aguiar		
		Caracterização da normalidade do potencial auditivo de longa latência em adultos normo ouvintes	Iuberi Carson Zwetsch		
		Qualidade de vida ao idoso hipertenso e/ou diabético: reflexões acerca de um grupo de convivência na atenção básica em uma unidade de saúde	Rosane Lacerda dos Santos		

26/04/2012 16:00 às 18:00	Auditório do HCC	Roda de Conversa - Educação permanente dos trabalhadores: as experiências do GHC		Livia Ramalho Arsego - Assistente Social da Gestão do Trabalho GHC	Edenilson Bomfim da Silva - Técnico em Educação Coordenador da Gestão do Trabalho GHC
		Qualificação Profissional em higienização hospitalar – Perfil dos egressos	Daniela da Motta Esteves		
		A educação permanente como agente de mudança de praxis no Serviço de Higienização de um hospital de ensino	Daniela da Motta Esteves		
		A construção de materiais educativos para o serviço de higienização hospitalar	Marcio Neres dos Santos		
		Educação permanente (EP) no Bloco Cirúrgico (BC) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC)	Cecília Helena Glanzner		
		A ilustração como ferramenta de apoio e integração de programas de saúde	Maria Lucia Lenz		
		Integrar pela educação: o administrativo também assiste	Maria Salete Verdi da Silva		
		Profissionais da saúde e a educação para o envelhecimento	Ângela Gomes		
		Educação permanente: o olhar do trabalhador sobre a aprendizagem no trabalho	Fernando Santos Lerina		
		Construção de um curso Técnico de Enfermagem para o SUS: a participação dos docentes	Alexander de Quadros		
27/04/2012 8:30 às 10:30	Escola GHC - sala 1	Roda de Conversa - Segurança e qualidade no cuidado: um desafio do cotidiano		Daniela da Motta Esteves - Enfermeira Professora da Escola GHC	Maria da Graça SantaAnna Hofmeister - Farmacêutica Bioquímica ANVISA
		Análise das notificações de quedas no Hospital Conceição no ano de 2011	Fernando S de Waldemar		
		Ocorrência de úlceras por pressão	Anaeli Brandelli Peruzzo		
		Solicitações de consultorias para lesões de pele no HNSC	Anaeli Brandelli Peruzzo		
		Sensibilização dos funcionários do HNSC para os temas Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente	Luciane Lindenmeyer		
27/04/2012 8:30 às 10:30	Mezanino HNSC	Távola - A emergência de construir rede		Neio Lúcio Fraga Pereira - Diretor Técnico do GHC	Marcos Antônio de Oliveira Lobato - Médico Sanitarista - Diretor do Departamento de Assistência Hospitalar da SES/RS
		Usuários classificados como não urgentes em uma emergência do Sul do país: descrição da qualidade de vida e de problemas psiquiátricos	Fernanda Zanoto Kraemer		
		Descrição da população do território da Unidade de Saúde Barão de Bagé que procurou a Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição em 2011	Priscila Piovesan Sarzi Sartori		
		O atendimento na sala de emergência como marcador da qualidade da atenção primária: a integralidade como desafio	Rosemeri Engel Balle		
27/04/2012 8:30 às 10:30	Auditório ICD	Távola - A educação permanente na construção das redes de atenção		Raphael Maciel da Silva Caballero - Fisioterapeuta Professor Escola GHC	Vanderléia Laodete Pulga Daron – Assessora da Prefeitura Municipal de Passo Fundo
		Educação permanente em hipertensão e diabetes para equipes multidisciplinares de Atenção Primária	Silvia Takeda		
		O processo de educação permanente em tuberculose no cotidiano de equipes de Atenção Primária em Saúde	Roberto Luiz Targa Ferreira		
		Oficinas de Educação ambiental a partir do olhar dos trabalhadores	Daniela da Motta Esteves		
		Experiência sobre a capacitação dos trabalhadores do Ambulatório HNSC: qualificar a atenção à saúde do usuário	Andréa da Rosa Jardim		

27/04/2012 8:30 às 10:30	Auditório HCC	Roda de Conversa - Com a palavra os usuários		Maria Helena Schmidt - Enfermeira Professora da Escola GHC	Oscar Paniz - Conselheiro do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre
		Avaliação da satisfação dos usuários de centro de referência para tratamento de hepatite C	Alberi Adolfo Feltrin		
		Ouvidoria local de saúde: uma experiência singular de escuta na atenção primária à saúde	Heloisa Arrusul Braga		
		Absenteísmo as consultas na Unidade de Saúde Divina Providência do Grupo Hospitalar Conceição. Uma pesquisa qualitativa	Luciana Maria Brancher		
		Concepções dos cuidadores sobre o programa de assistência domiciliar da Unidade de Saúde Jardim Itu	Livia de Almeida Faller		
		O olhar da população idosa sobre o acesso a uma unidade básica de saúde em Porto Alegre – RS	Daniel Demétrio Faustino		
27/04/2012 8:30 às 10:30	Sala 1 GEP - Escola GHC/HNSC	Távola - Informação e Tecnologia para a gestão, cuidado e educação em saúde		Daniel Klug - Técnico em Educação Professor Escola GHC	Marta Helena Buzati Fert - Enfermeira Professora Escola GHC
		Avaliação do nível de conhecimento dos médicos emergencistas, cirurgiões, neurologistas, radiologistas e técnicos em radiologia do Grupo Hospitalar Conceição sobre dose de radiação nos exames de tomografia	Maria Salette Verdi da Silva		
		Sistematização da Informação Científica e Tecnológica no Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição	João Batista Ramos		
		O uso da informação na tomada de decisão para a gestão estratégica de estagiários remunerados de um hospital de grande porte de Porto Alegre	Silvia Daniela P. Macedo		
		Relatório técnico-científico como instrumento de avaliação: um relato de experiência	Luciane Berto Benedetti		
27/04/2012 8:30 às 10:30	Sala 2 GEP - Escola GHC/HNSC	Rodas de Conversa - As evidências qualificando o cuidado cirúrgico		Paulo Bobek - Médico Gerente de Unidades de Internação do GHC	Rafael de Nogueira Ribeiro - Médico Cirurgia Vascular do GHC
		Valor adicional no NT-proBNP pós-operatório em pacientes de risco intermediário e alto submetidos a cirurgia não-cardíaca	Flávia Kessler Borges		
		Optimal Timing no tratamento cirúrgico da colecistite aguda: uma atualização	Ralph Vighi da Rosa		
		Uso clínico da troponina I ultrasensível em pacientes de intermediário e alto risco submetidos a cirurgia não-cardíaca: preditores e prognóstico	Flávia Kessler Borges		
		Experiência inicial com ablação por cateter sem uso de fluoroscopia	Leonardo Martins Pires		

27/04/2012 10:30 às 12:30	Mezanino HNSC	RES PÚBLICA -Saúde à toda hora - SOS Emergência- POLÍTICAS PÚBLICAS E INSTITUCIONAL EM DEBATE -	Drª. Yara Cristina Neves Marques Barbosa Ribeiro - Diretora Superintendente do Hospital Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte e Apoiadora Matricial do SOS emergência no HNSC, Dr. Fernando Fernandes - Hospital Divina Providência e apoiador local do SOS emergência no HNSC	Andréa Pereira Regner - Médica Gerente de Pacientes Externos do GHC	Neio Lúcio Fraga Pereira - Diretor Técnico do GHC
27/04/2012 10:30 às 12:30	Sala 1 GEP - Escola GHC/HNSC	Rodas de Conversa - O desafio para construção da linha de cuidado do adolescente		Adelaide Konzen - Enfermeira Professora Escola GHC	João Quadros - Médico Pediatra com Especialização em Medicina do Adolescente e Psiquiatria do CAPIS infantil do GHC
		Educação em saúde na escola: conversando sobre sexualidade	Moara Aelane Thum		
		Estratégias de capacitação e implantação da política estadual de atenção integral à saúde de adolescentes no Rio Grande do Sul em parceria com os serviços de atendimento a adolescentes do HCPA e HNSC/GHC	Lílian Day Hagel		
		Linha de cuidado do adolescente	Lílian Hagel		
		O estagiário como agente e usuário do sistema de saúde dentro da linha de cuidado do adolescente	Lílian Hagel		
		Projeto de vida dos adolescentes atendidos pela equipe de saúde bucal de uma unidade de saúde de Porto Alegre	Panmella Pereira Berti		
27/04/2012 10:30 às 12:30	Auditório do ICD	Rodas de Conversa - Construindo uma visão multiprofissional no cuidado em câncer		Marcelo Capra - Médico Hematologista do GHC	Gustavo Henrique Gomes Advincula e Silva - Médico Oncologista, Analista em C&T do INCA
		Resiliência em oncologia: a construção de um espaço para o diálogo com enfermeiros da rede SUS	Alexander de Quadros		
		As expectativas dos cuidadores de pacientes internados em um serviço de dor e cuidados paliativos	Amanda Christie D. da Silva		
		Modelos de acompanhamento de pacientes diagnosticados com câncer de mama metastático em uso de capecitabina: uma revisão sistemática integrativa	Luciane P. Lindenmeyer		
		Modelo de acompanhamento farmacêutico a pacientes com linfoma não-hodgkin em terapia com rituximabe	Vanessa Hegele		
		Atenção terciária: atendimento psicológico na Unidade de Internação de Onco-Hematologia do HNSC	Júlia de Stege e Ceconello		
		Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama atendidas em um ambulatório de fisioterapia em mastologia	Mariana Nolde Pacheco		
		Experiência do uso de rituximabe em um hospital público do sul do Brasil	Luiza R. Grazziotin Lago		
		Obesidade: fator de risco independente para adenocarcinoma de esôfago	Ralph Vighi da Rosa		
		Análise atualizada sobre o acompanhamento do epitélio de Barrett sem displasia	Ralph Vighi da Rosa		
		Evolução dos custos do tratamento oncológico com quimioterapia e radioterapia, em Porto Alegre, RS, no período de 2000 a 2010	Ericlea Suely Leão de Souza		

27/04/2012 10:30 às 12:30	Auditório do HCC	Roda de Conversa - Saúde da criança: uma rede se tece com muitas linhas		Quelen Tanize Alves da Silva - Fisioterapeuta Coordenadora de Ensino Escola GHC	Carlos Eduardo Nery Paes - Diretor- Superintendente do GHC
		A emergência de trauma como espaço de proteção a criança e ao adolescente	Cristiane Ferraz Q. de Mello		
		Relato de experiência de atendimento conjunto entre odontologia e nutrição a crianças de 0 a 36 meses em uma Unidade Básica de Saúde no município de Porto Alegre-RS	Daniel Demétrio Faustino		
		Rede de atenção à saúde de crianças e adolescentes com asma no GHC	Maria Lucia Lenz		
		O Supervisor Educacional e a inovação na ambiência hospitalar: Pedagogia & Saúde em prol da integralidade e cidadania do educando hospitalizado.	João Batista Ramos		
		Experiência das consultas coletivas de puericultura na US Nossa Senhora Aparecida	Gisele Milman Cervo		
		Ações em saúde bucal com pré-escolares da Vila Floresta: relato de experiência	Vanessa Zaleski		
		Medindo a complexidade de cuidado em uma unidade de internação clínica pediátrica de um hospital público de Porto Alegre	Daiana da Silva Lúcio		
		Análise dos achados audiológicos de crianças portadoras de HIV com histórias de alterações otológicas	Andréa Ortiz Corrêa		
		Rede de atenção a saúde auditiva: o perfil audiológico na rede de alta complexidade dos bebês que falharam na triagem auditiva	Cristina Krimberg		
		Atendimento sequencial e interdisciplinar para crianças e adolescentes com asma	Maria Lucia Lenz		
27/04/2012 10:30 às 12:30	Sala 2 GEP - Escola GHC/HNSC	Roda de Conversa - Saúde do trabalhador e condições do trabalho		Suzana Rolin Tambara - Técnica em Educação da Escola GHC	Clori Araújo Pinheiro - Terapeuta Ocupacional do GHC
		Análise dos acidentes de trabalho com material biológico registrados no HCR/GHC, em 2011	Ericlea Suely Leão de Souza		
		Análise dos exames periódicos realizados no HCR/GHC, em 2011: um estudo transversal	Ericlea Suely Leão de Souza		
		Implantação de um escore de carga de trabalho de enfermagem	Fernanda Braga Azambuja		
		Gentileza cura? Como pequenos gestos podem ajudar na organização de relações motivadoras para o trabalho na higienização do Hospital Nossa Senhora da Conceição	Karine Kuhn		
		Terapia Ocupacional e a Síndrome de Burnout: um estudo junto aos trabalhadores de um hospital público de referência em Porto Alegre	Letícia Alves Mendes		

27/04/2012 14:00 às 16:00	Auditório do HF	Roda de Conversa - Acesso e integralidade do cuidado da saúde da mulher		Carlos Eduardo Nery Paes - Diretor- Superintendente do GHC	Sandra Fagundes - Diretora do Departamento de Atenção (à confirmar)
		Avaliação da qualidade da assistência na linha de cuidado mãe-bebê na percepção das usuárias	Dinara Dornfeld		
		Doação de sangue do cordão umbilical e placentário: a importância da informação para a tomada de decisão	Arleide Baseggio		
		Acesso, coordenação e integração do cuidado no acompanhamento de mulheres com lesões precursoras do câncer do colo do útero	Daniela Montano Wilhelms		
		Capacitação e atualização em aleitamento materno para profissionais da área da saúde	Beatriz Streppel		
		Violência doméstica contra mulher – Reflexões a partir da análise de documentos de uma unidade de saúde da zona norte de P.Alegre - RS	Carolina da Rosa Reis		
27/04/2012 14:00 às 16:00	Mezanino HNSC	Távola - Arte, cultura e saúde		Adelaide Konzen - Enfermeira Professora Escola GHC	Diego Monroe Kurtz - Fisioterapeuta do GHC, ator e bonequeiro da companhia Bonecos da Gente
		Experiências Educacionais em Pontos de Cultura. Arte, Cultura e Saúde	João Batista Ramos		
		Humanizando o cuidado – a visita da alegria	Renata Pekelman		
		Recreação Terapêutica e a construção de tecnologias de atendimento infantil	Sérgio Dório de Carvalho		
27/04/2012 14:00 às 16:00	Escola GHC - sala 2	Távola - Gestão do Sistema e Serviços de Saúde		Lisiane Böer Possa - Gerente Escola GHC	Gilberto Barichello - Diretor Administrativo e Financeiro do GHC
		Gestão compartilhada em saúde: o estudo de caso de uma unidade de atenção primária à saúde em Porto Alegre, RS.	Aline Arrussul Torres		
		Portal da Higienezação	Maximiliano Dutra de Camargo		
		O processo de gestão de tributos em uma instituição de saúde 100% SUS	Osvaldo da Costa Armendaris		
27/04/2012 14:00 às 16:00	Auditório do ICD	Roda de Conversa - Residência Integrada em Saúde		Carla Rossana Molz Maria - Nutricionista - Coordenadora RIS/GHC	Márcio Beloc - Diretor da Escola de Saúde Pública SES/RS
		O Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?	Tatiane Moreira de Vargas		
		Residência Integrada em Saúde com ênfase em onco-hematologia: experiência do núcleo de fisioterapia	Mariana Nolde Pacheco		
		Expectativas e impressões de residentes de pediatria em estágio obrigatório em ambulatório de adolescentes dentro do Programa de Residência Médica de Pediatria	Lílian Day Hagel		
		Contribuições de uma Residência Multiprofissional ao SUS	João Samuel Renck		
		Pedagogia por projeto nas Residências de Medicina de Família e Comunidade e Residência Integrada em Saúde ênfase em Saúde da Família/GHC, Porto Alegre/RS	Renata Pekelman		
		A perspectiva dos egressos na avaliação de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Egídio Antonio Demarco		

		Saberes e práticas da Residência Multiprofissional em Saúde no cotidiano de trabalho em atenção primária à saúde de cirurgiões-dentistas	Adriana Zanon Moschen		
27/04/2012 14:00 às 16:00	Auditório HCC	Roda de Conversa - Processo e gestão do trabalho em equipe: a interdisciplinaridade necessária para a construção das redes		Quelen Tanize Alves da Silva - Fisioterapeuta Coordenadora de Ensino Escola GHC	Simone Chaves – Profª Drª do Programa de Pós Graduação de Enfermagem UNISINOS e Pesquisadora Educasaúde/ UFRGS
		O trabalho do Assistente Social no contexto hospitalar: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe	Cristiane Ferraz Q. de Mello		
		O paciente crítico sob o olhar do serviço social	Cristiane Ferraz Q. de Mello		
		Percepção dos Assistentes Sociais em relação as demandas atribuídas ao Serviço Social	Daiana de Aquino H. Machado		
		Apoio Matricial: um estudo acerca da sua configuração na atenção primária em saúde no âmbito do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição	Viviane F. de Menezes		
		Consultoria de Enfermagem para o Ministério da Saúde de Angola/África: relato de experiências	Alexander de Quadros		
		Para além dos muros do hospital: o Serviço Social na perspectiva do trabalho em rede	Patrícia Pilatti		
		Condutas dos agentes comunitários de saúde sobre casos relacionados a hipertensão e diabetes	Cíntia Cristina Sulzbach		
27/04/2012 14:00 às 16:00	Sala 1 da GEP	Roda de Conversa - A identificação do perfil dos usuários: como e porque fazemos esta análise?		Rosa Maria Levandovski - Farmacêutica Professora da Escola GHC	Angelise Martins - Diretora Assistencial da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas de Sapucaia do Sul
		O paciente queimado internado em Unidade de Tratamento Intensivo	Vanessa Pegoraro Maschke		
		Saúde da População Negra	Antelina Leomar Ott		
		Perfil dos idosos internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição	Sofia Louise S. Barrilli		
		Prevalência e perfil das dermatopatias a nível de atenção primária	Nathalia Peres da Porciúncula		
		Perfil dos pacientes co-infectados com HIV/HCV que concluíram o tratamento para hepatite c: resultados de um centro de referência do sul do país	Giulia Caruline Lima Costa		

SUMÁRIO

1. COM A PALAVRA OS USUÁRIOS.....	23
1.1 Avaliação da satisfação dos usuários de centro de referência para tratamento de hepatite C.....	23
1.2 Ouvidoria Local de Saúde: uma experiência singular de escuta na Atenção Primária à Saúde.....	23
1.3 Absenteísmo às consultas em uma unidade de Atenção Primária a Saúde: uma pesquisa qualitativa.	24
1.4 Concepções dos cuidadores sobre o programa de assistência domiciliar da unidade de saúde Jardim Itu. ..	24
1.5 O olhar da população idosa sobre o acesso a uma unidade básica de saúde em Porto Alegre- RS	25
1.6 Experiência do serviço social na implementação de grupos sócio-educativos como proposta em uma sala de espera.....	25
 2. PESQUISA E FORMAÇÃO EM REDE E PARA A REDE: OS ESTUDOS DE CASO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	27
2.1 Eritema nodoso associado à tuberculose: relato de caso.....	27
2.2 Doença de Whipple, uma breve revisão	27
2.3 Cirrose Biliar Primária.....	28
2.4 Síndrome de Alagille: um relato de caso.....	28
2.5 Canaliculite: relato de dois casos e conduta.....	29
 3. SAÚDE MENTAL: A PRODUÇÃO DO CUIDADO ACOLHEDOR E INTEGRAL	30
3.1 O que é processo terapêutico? Compartilhando as concepções dos trabalhadores de um CAPSad (resumo expandido).....	30
3.2 Atendimento psicológico na Unidade de Onco-Hematologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (resumo expandido).....	32
3.3 Acolhendo a saúde mental na atenção primária à saúde.....	33
3.4 Consultório de Rua do SUS – Pintando saúde: produção do cuidado às pessoas em situação de rua.	34
3.5 A integralidade na fonte dos consultórios de rua do SUS.....	35
 4. A IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS: COMO E PORQUE FAZEMOS ESTA ANÁLISE?	36
4.1 O paciente queimado internado em unidade de tratamento intensivo.....	36
4.2 Saúde da População Negra	36
4.3 Perfil dos idosos internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição.....	36
4.4 Prevalência e perfil das dermatopatias á nível de atenção primária	37
4.5 Perfil dos pacientes co-infectados com HIV/HCV que concluíram o tratamento para hepatite C: resultados de um centro de referência do sul do país	37
 5. ACESSO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO DA SAÚDE DA MULHER	39
5.1 Avaliação da qualidade da assistência na Linha de Cuidado Mãe-Bebê na percepção das usuárias (resumo expandido).....	39
5.2 Acesso, coordenação e integração do cuidado no acompanhamento de mulheres com lesões precursoras do câncer do colo do útero (resumo expandido).....	41
5.3 Doação de sangue do cordão umbilical e placentário: a importância da informação para a tomada de decisão	43
5.4 Capacitação e atualização em aleitamento materno para profissionais da área da saúde.....	44
5.5 Violência doméstica contra a mulher – Reflexões a partir da análise de documentos de uma unidade de saúde da zona norte de Porto Alegre-RS	44
 6. AS EVIDÊNCIAS QUALIFICANDO O CUIDADO CIRÚRGICO	45
6.1 Valor adicional do NT-proBNP pós-operatório em pacientes de risco intermediário e alto submetidos à cirurgia não-cardíaca.....	45
6.2 Optimal Timing no tratamento cirúrgico da colecistite aguda: uma atualização.....	45
6.3 Uso clínico da troponina I ultrassensível em pacientes de intermediário e alto risco submetidos à cirurgia não-cardíaca: preditores e prognóstico.....	46
6.4 Experiência Inicial com Ablação por cateter sem uso de fluoroscopia.....	46
 7. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	48
7.1 Avaliação da compatibilidade de medicamentos administrados por sonda nasointestinal em pacientes de um hospital público de Porto Alegre.....	48
7.2 Busca ativa de eventos adversos relacionados a medicamentos utilizando o “trigger tool” dexclorfeniramina.	48

7.3 Avaliação de incompatibilidades medicamentosas em prescrições do serviço de emergência de hospital público de Porto Alegre	49
7.4 Seguimento farmacoterapêutico na hepatite c crônica – resultados obtidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC.....	49
8. CONSTRUINDO UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO EM CÂNCER.....	51
8.1 Resiliência em Oncologia: construção de um espaço para diálogo entre enfermeiros da rede SUS (resumo expandido).....	51
8.2 As expectativas dos cuidadores de pacientes internados em um serviço de dor e cuidados paliativos.....	53
8.3 Modelos de Acompanhamento de pacientes diagnosticados com câncer de mama metastático em uso de capecitabina: Uma Revisão Sistemática Integrativa	54
8.4 Modelo de acompanhamento farmacêutico a pacientes com linfoma não-hodgkin em terapia com rituximabe	54
8.5 Atenção Terciária: atendimento psicológico na Unidade de Internação de Onco-Hematologia do HNSC	55
8.6 Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama atendidas em um ambulatório de fisioterapia em mastologia.....	56
8.7 Experiência do uso de rituximabe em um hospital público do sul do Brasil	56
8.8 Análise atualizada sobre o acompanhamento do epitélio de barrett sem displasia	57
8.9 Obesidade: fator de risco independente para adenocarcinoma de esôfago?	57
8.10 Evolução dos custos do tratamento oncológico com quimioterapia e radioterapia, em Porto Alegre, RS, no período de 2000 a 2010.	58
9. O DESAFIO PARA CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO ADOLESCENTE	59
9.1 Estratégias para capacitação e implantação da política estadual de atenção integral à saúde de adolescentes no RS em parceria com os serviços de atendimento a adolescentes do HCPA e HNSC/GHC (resumo expandido).....	59
Referências:	60
9.2 Linha de cuidado do adolescente (resumo expandido)	60
9.3 O estagiário como agente e usuário do sistema de saúde dentre da linha de cuidado do adolescente.....	62
9.4 Projeto de vida dos adolescentes atendidos pela equipe de saúde bucal de uma unidade de saúde de porto alegre: conhecer para qualificar a atenção	63
9.5 Educação em Saúde na Escola: Conversando sobre sexualidade	63
10. DIRETRIZES, PROTOCOLOS E SISTEMATIZAÇÃO DO E PARA O CUIDADO	66
10.1 Adaptação transcultural do instrumento Agree II (Apraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) para avaliação de diretrizes clínicas.....	66
10.2 Implantação do bundle de ventilação na UTI do HCR.....	66
10.3 Nursing Activities Score: resultados da unidade de terapia intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição.....	67
10.4 Implantação da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) no bloco cirúrgico (BC) do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC)	67
10.5 Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) na Sala de Recuperação (SR) do Hospital Nossa Senhora Conceição.....	68
11. EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES: AS EXPERIÊNCIAS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.....	69
11.1 Qualificação profissional em higienização hospitalar – perfil dos egressos	69
11.2 A construção de materiais educativos para o serviço de higienização hospitalar	69
11.3 A ilustração como ferramenta de apoio e integração de programas de saúde	70
11.4 A educação permanente como agente de mudança de práxis no serviço de higienização de um hospital de ensino	70
11.5 Educação permanente (EP) no bloco cirúrgico (BC) do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC)	71
11.6 Construção de um curso técnico de enfermagem para o SUS: a participação dos docentes.....	71
11.7 Educação permanente: o olhar do trabalhador sobre a aprendizagem no trabalho.....	72
11.8 Profissionais da saúde e a educação para o envelhecimento	72
11.9 Integrar pela educação: o administrativo também assiste	73
12. - HUMANIZAÇÃO E AÇÕES INTERSETORIAIS	74
12.1 Humanização em saúde: da história à prática atual (resumo expandido).....	74
12.2 Biblioterapia para pacientes adultos internados em uma unidade hospitalar: uma proposta de humanização	75
12.3 Humanização no atendimento hospitalar.....	76
12.4 Mamãe Pinta e Borda: Incluindo com arte	76

13. INTERSETORIALIDADE: A REDE ALÉM DA SAÚDE	78
13.1 Trauma e Sintoma Social: o sujeito entre história individual e história da cultura (resumo expandido).....	78
13.2 A intersectorialidade das políticas públicas no processo de remoção da Vila Dique: tecendo a rede da promoção da saúde?.....	80
13.3 Saúde no trânsito: uma questão de educação.....	80
13.4 Religiões de matriz africana no Grupo Hospitalar Conceição.....	81
13.5 Acolhimento Coletivo: uma estratégia de acesso de uma comunidade em processo de remoção.....	81
 14. PROCESSO E GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE: A INTERDISCIPLINARIDADE NECESSÁRIA PARA A CONSTRUÇÃO DAS REDES.....	82
14.1 Consultoria de Enfermagem para o Ministério da Saúde de Angola/África: relato de experiência (resumo expandido).....	82
14.2 O paciente crítico sob o olhar do serviço social.....	83
14.3 O trabalho do assistente social no contexto hospitalar: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe.....	84
14.4 Percepção dos assistentes sociais em relação as demandas atribuídas ao serviço social.....	84
14.5 Apoio Matricial: um estudo acerca da sua configuração na atenção primária em saúde no âmbito do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.....	85
14.6 Para além dos muros do hospital: o serviço social na perspectiva do trabalho em rede.....	85
14.7 Condutas dos agentes comunitários de saúde sobre casos relacionados a hipertensão e diabetes	86
 15. RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE.....	87
15.1 O serviço social no programa de residência multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?	87
15.2 Residência integrada em saúde com ênfase em onco-hematologia: experiência do núcleo de fisioterapia	87
15.3 Expectativas e impressões de residentes de pediatria em estágio obrigatório em ambulatório de adolescentes dentro do programa de residência médica de pediatria	88
15.4 Contribuições de uma residência multiprofissional ao SUS.....	89
15.5 Pedagogia por projeto nas Residências de Medicina de Família e Comunidade e Residência Integrada em Saúde ênfase em Saúde da Família/GHC, Porto Alegre/RS.....	90
15.6 A perspectiva dos egressos na avaliação de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.....	90
15.7 Saberes e práticas da Residência Multiprofissional em Saúde no cotidiano de trabalho em Atenção Primária à Saúde de Cirurgiões-Dentistas.	92
 16. SAÚDE DA CRIANÇA: UMA REDE SE TECE COM MUITAS LINHAS	93
16.1 A emergência de trauma como espaço de proteção a criança e ao adolescente	93
16.2 Relato de experiência de atendimento conjunto entre odontologia e nutrição a crianças de 0 a 36 meses em uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre-rs.....	93
16.3 Rede de atenção á saúde de crianças e adolescentes com asma.....	94
16.4 O supervisor educacional e a inovação na ambiência hospitalar: pedagogia & saúde em prol do integralidade e cidadania do educando hospitalizado.	94
16.5 Experiência das Consultas Coletivas de Puericultura na US Nossa Senhora Aparecida	95
16.6 Ações em Saúde Bucal com Pré-Escolares da Vila Floresta: relato de experiência.....	95
16.7 Medindo a complexidade de cuidado em uma unidade de internação clínica pediátrica de um hospital público de Porto Alegre	96
16.8 Análise dos achados audiológicos de crianças portadoras de hiv com história de alterações otológicas	96
16.9 Rede de atenção a saúde auditiva: o perfil audiológico na alta complexidade dos bebês que falharam na triagem auditiva	97
16.10 Atendimento seqüencial e interdisciplinar para crianças e adolescentes com asma	97
 17. SAÚDE DO IDOSO: O CUIDADO INTERDISCIPLINAR.....	100
17.1 Relação entre sintomatologia depressiva e perda auditiva em idosos atendidos no serviço de fonoaudiologia do hospital nossa senhora da conceição – dados iniciais.....	100
17.2 Relação entre handicap auditivo e perda auditiva em idosos atendidos no serviço de fonoaudiologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Dados iniciais	101
17.3 Atenção a Saúde Bucal de idosos dependentes: estratégia da Visita Domiciliar (VD)	103
17.4 Caracterização da normalidade do potencial evocado auditivo de longa latência P300 em adultos normo ouvintes	104
17.5 Qualidade de vida ao idoso hipertenso e/ou diabético: reflexões acerca de um grupo de convivência na Atenção Básica em uma Unidade de Saúde.....	104
 18. SAÚDE DO TRABALHADOR E CONDIÇÕES DO TRABALHO	105

18.1 Análise dos acidentes de trabalho com material biológico registrados no HCR/GHC, em 2011.	105
18.2 Análise dos exames periódicos realizados no hcr/ghc, em 2011: um estudo transversal.....	105
18.3 Implantação de um escore de carga de trabalho de enfermagem	105
18.4 Gentileza cura?	106
18.5 Terapia ocupacional e a síndrome de Burnout: um estudo junto aos trabalhadores de um hospital público de referência em Porto Alegre.....	107
19. SEGURANÇA E QUALIDADE NO CUIDADO: UM DESAFIO DO COTIDIANO	108
19.1 Análise das notificações de quedas no Hospital Conceição no ano de 2011.....	108
19.2 Ocorrência de úlceras por pressão	108
19.3 Solicitações de consultorias para lesões de pele no HNSC	109
19.4 Sensibilização dos funcionários do HNSC para os temas Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente	109
20. A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO	111
20.1 O processo de educação permanente em tuberculose no cotidiano de equipes de Atenção Primária em Saúde (resumo expandido)	111
20.2 Educação permanente em hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito.....	112
20.3 Oficinas de educação ambiental a partir do olhar dos trabalhadores.....	113
20.4 Experiência sobre a capacitação dos trabalhadores do ambulatório HNSC qualificar a atenção à saúde do usuário.....	113
21. A EMERGÊNCIA DE CONSTRUIR REDE.....	115
21.1 Descrição da população do território da Unidade de Saúde Barão de Bagé que procurou a Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição em 2011 (resumo expandido)	115
21.2 Usuários classificados como não urgentes em uma emergência do sul do país	116
21.3 O atendimento na sala de emergência como marcador da qualidade da atenção primária: a integralidade como desafio	117
22. ARTE, CULTURA E SAÚDE	118
22.2 Experiências Educacionais em Pontos de Cultura: Arte, Cultura e Saúde.....	118
22.3 Humanizando o cuidado - a visita da alegria	118
22.4 Recreação terapêutica e a construção de tecnologias de atendimento infantil.....	119
22.5 É uma Casa muito Engraçada – Relato da Política e cotidiano do Chalé da Cultura GHC	119
23. CUIDADOS OFTALMOLÓGICOS.....	120
23.1 Visor estereoscópico oftalmológico usando um smartphone: o desenvolvimento de uma nova ferramenta portátil.....	120
23.2 Teste de sobrecarga hídrica modificado (TSHm): novo método para estimar o pico da pressão intraocular (PIO) em pacientes glaucomatosos.	120
23.3 Relato de caso: Paralisia bilateral de oculomotor.....	121
23.4 Perfil do Setor de Glaucoma do Grupo Hospitalar Conceição.....	121
24. GESTÃO DE RISCO: ESTRATÉGIAS EM DESENVOLVIMENTO NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	123
24.1 Reimplantação do check-list cirúrgico no bloco cirúrgico do Hospital Nossa Senhora da Conceição	123
24.2 Aperfeiçoamento do sistema de notificação de eventos adversos no Hospital Nossa Senhora da Conceição.	124
24.3 Eventos adversos notificados no HNSC através do sistema informatizado de notificação.....	125
24.4 Observatório de tecnologias de informação e comunicação em sistemas e serviços de saúde.....	125
25. GESTÃO DO SISTEMA E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	127
25.1 Gestão compartilhada em saúde: o estudo de caso de uma unidade de atenção primária à saúde em Porto Alegre, RS	127
25.2 Portal da Higienização.....	127
25.3 O processo de gestão de tributos em uma instituição de saúde 100% SUS.....	127
25.4 Descarte adequado de filmes de RX.....	128
26. INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA PARA A GESTÃO, CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	129
26.1 Avaliação do nível de conhecimento dos médicos emergencistas, cirurgiões, neurologistas, radiologistas e técnicos em radiologia do Grupo Hospitalar Conceição sobre dose de radiação nos exames de tomografia.....	129
26.2 Sistematização da Informação Científica e Tecnológica no Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição.....	129

26.3 O uso da informação na tomada de decisão para gestão estratégica de estagiários remunerados de um hospital de grande porte de Porto Alegre.....	130
26.4 Relatório técnico-científico como instrumento de avaliação: um relato de experiência	130
27. PRODUÇÃO DE CUIDADO NO ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS CRÔNICOS	132
27.1 Avaliação da atenção à saúde em hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito, em Atenção Primária à Saúde.	132
27.2 Associação entre Índice de Massa Corporal (IMC), hemoglobina glicada e pressão arterial diastólica em pacientes com insuficiência cardíaca.....	133
27.3 A promoção da atenção Integral às pessoas com Tuberculose através de uma Linha de Cuidado.....	134
28. SAÚDE BUCAL: UM OLHAR SOBRE O PERFIL E VINCULO DOS USUÁRIOS	136
28.1 Grupo de manutenção de saúde bucal – relato de experiência da unidade de saúde vila floresta-SSC-GHC	136
28.2 Análise do vínculo e absenteísmo em dois modelos de acesso em saúde bucal na atenção primária à saúde.	136
28.3 Perfil de utilização dos serviços odontológicos na Atenção Primária à Saúde: experiência de duas unidades de saúde do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul	138

1. COM A PALAVRA OS USUÁRIOS

1.1 Avaliação da satisfação dos usuários de centro de referência para tratamento de hepatite C.

Alberi Adolfo Feltrin; Fernanda Pandolfo; Aline Lins

Sub-tema: Gestão do sistema e serviços de saúde. **Introdução:** A avaliação da satisfação dos usuários de serviços de saúde serve como um determinante da sustentabilidade e viabilidade destes serviços e conduz a adequada utilização dos recursos de saúde. São poucos os estudos desenvolvidos no Brasil sobre avaliação de satisfação de usuários de serviços farmacêuticos. **Objetivos:** avaliar o nível de satisfação dos usuários do centro de monitorização e aplicação de medicamentos injetáveis do hospital nossa senhora da conceição (CAMMI-HNSC). **Método:** Trata-se de um estudo transversal. Foram incluídos todos os pacientes em tratamento para hepatite C (HCV), que compareceram no CAMMIHNSC e aceitaram participar da pesquisa no período de 17 a 31 de maio de 2010. Os dados foram obtidos da ficha farmacoterapêutica do paciente e questionário aplicado diretamente ao paciente antes ou após a administração semanal de interferon peguilado. Para avaliação do nível de satisfação do usuário foi utilizado o *Questionário de Satisfação com os Serviços da Farmácia* (QSSF). Foi utilizada estatística descritiva. O trabalho foi submetido e aprovado pelo CEP do HNSC/GHC. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 129 usuários do CAMMI-HNSC. A maioria mulheres (52,7%), a idade média foi de $52,1 \pm 9,8$ anos, 55% faziam o tratamento para HCV pela primeira vez e o tempo médio de tratamento no serviço era de $24,8 \pm 15,3$ semanas. O genótipo e o grau de fibrose mais freqüente são tipo 1 (63,6%) e F2 (38,0%), respectivamente. O serviço foi classificado como “bom” a “excelente”. Os escores obtidos neste estudo são semelhantes aos encontrados em estudos internacionais, utilizando o mesmo questionário, e superiores à pesquisa desenvolvida no Brasil. **Conclusão:** Os resultados indicam que os usuários apresentam-se satisfeitos com o atendimento recebido no CAMMI-HNSC. O acolhimento, o respeito, o treinamento recebido e a experiência adquirida pela equipe podem ser percebidos nos escores obtidos nesta pesquisa de satisfação.

1.2 Ouvidoria Local de Saúde: uma experiência singular de escuta na Atenção Primária à Saúde.

Heloísa Arrusul Braga, Marina da Silva Sanes, Renata Pekelman, Lúcia Rublescki Silveira

A Ouvidoria Local de Saúde, uma experiência de gestão participativa na Unidade de Saúde Jardim Itu, é uma prática desenvolvida pelo Conselho Local de Saúde como forma de realizar a escuta da comunidade e equipe no local onde são geradas as demandas, bem como qualificar os conselheiros de saúde. Objetivou-se analisar as demandas e encaminhamentos da Ouvidoria Local de Saúde, realizada pelo Conselho Local de Saúde desta unidade; e identificar as potencialidades e dificuldades, na perspectiva de usuários. Metodologicamente, optou-se pelo estudo de caso. Para coleta de dados utilizou-se análise documental e entrevistas semi-estruturadas. Os sujeitos da pesquisa foram 05 usuárias que utilizaram a Ouvidoria Local de Saúde no período de julho de 2007 a fevereiro de 2011. A aproximação do controle social com a gestão participativa local tem se constituído num dispositivo de participação para além dos espaços instituídos, proporcionando à comunidade acesso a um recurso de escuta, diálogo, educação em saúde, informação. Foi possível conhecer a história da ouvidoria, dinâmica de criação e funcionamento, concepções sobre o espaço da ouvidoria. Mesmo não se constituindo

numa ouvidoria prevista legalmente, a experiência tem sido enriquecedora, à medida que qualifica a prática dos atores envolvidos e coloca à disposição da comunidade um espaço de escuta. Insere neste serviço de saúde novas formas de participação cidadã, fortalecendo a relação comunidade-gestão, contribuindo para o exercício da democracia participativa na saúde. Sugere-se, a partir deste estudo que a temática da ouvidoria e controle social siga compondo a educação permanente do Conselho Local de Saúde e integre também as pautas da equipe de saúde.

1.3 Absenteísmo às consultas em uma unidade de Atenção Primária a Saúde: uma pesquisa qualitativa.

Luciana Maria Brancher, Camila Samara Funk

O acesso está relacionado à oferta de serviços e, segundo Millman (1993) ao uso oportuno dos mesmos, sendo uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde. Para os usuários, indica a facilidade com que obtêm cuidados de saúde quando necessitam (TRAVASSOS E MARTINS, 2004). Dessa forma, oportunizar o acesso aos serviços não significa somente a oferta, mas o uso adequado e qualificado da atenção. E vários são os fatores intervenientes, que vão desde a política de atenção, passando pelos recursos disponíveis, chegando aos usuários. O acesso é considerado uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, ainda é alto o índice de absenteísmo verificado nas consultas. Sabendo-se que os princípios do SUS buscam atingir toda população e fornecer serviços de qualidade e de forma integral aos usuários, o absenteísmo pode ser visto como um impeditivo para que esses objetivos sejam alcançados. Acredita-se que, qualificando e otimizando o acesso é possível contribuir com a (re)organização e aprimoramento da atenção. O que chamou a atenção e motivou a realização desta pesquisa foi a constatação de um expressivo número de faltosos às consultas, apesar do acesso facilitado, na Unidade de Atenção Primária Divina Providência, do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre - RS. No intuito de mudar essa realidade, buscando uma maior participação e envolvimento da população, é fundamental revelar os motivos do grande número de faltosos, procurando obter a ajuda desses usuários na melhoria da qualidade da assistência e do acesso, através de uma maior adesão ao cuidado proposto.

1.4 Concepções dos cuidadores sobre o programa de assistência domiciliar da unidade de saúde Jardim Itu.

Lívia de Almeida Faller, Edelves Vieira Rodrigues

As situações de saúde no Brasil vem passando por mudanças significativas no seu perfil epidemiológico e demográfico. Em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativas de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos (MENDES, 2011). Esse fato gera uma grande demanda de pessoas aos serviços de saúde, em especial aos de Atenção Básica, com necessidades de Assistência Domiciliar. De acordo com este contexto o projeto tem como objetivo geral conhecer a concepção dos cuidadores sobre o assistência oferecida pelo o Programa de Assistência Domiciliar aos pacientes da Unidade de Saúde Jardim Itu do grupo hospitalar conceição. Pretende-se entender o que a comunidade assistida deseja, se as suas necessidades são atendidas, permitindo uma reflexão aos pesquisadores, aos profissionais de saúde, à equipe gestora a respeito do processo de fazer, planejar, organizar esta modalidade de assistência à saúde nas unidades de atenção primária em saúde. Metodologicamente, os caminhos da investigação seguirão a trajetória qualitativa,

utilizando-se formulários com os cuidadores dos pacientes assistidos pelo programa de assistência domiciliar sendo os mesmos analisados à luz do método de Análise de Conteúdo.

1.5 O olhar da população idosa sobre o acesso a uma unidade básica de saúde em Porto Alegre- RS

William de Nazareth Nogueira de Oliveira, Sérgio Antônio Sirena, Margaret; Ivanir Schneider, Daniel Demétrio Faustino-Silva*, Grupo Hospitalar Conceição- GHC, Porto Alegre-RS.

Com o crescente envelhecimento da população brasileira, fica evidente a necessidade de maior preparo e planejamento dos serviços de saúde para atender os idosos. **Objetivos:** Analisar como se dá o acesso da população idosa ao serviço de saúde em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre, pois nunca se obteve dados fundamentados para avaliar a assistência aos idosos nessa unidade de saúde. **Materiais e métodos:** Este estudo foi elaborado de uma forma descritiva e transversal, através de entrevistas semiestruturadas contendo quinze questões abertas e fechadas baseadas no PCATool como instrumento, com uma amostra de 61 pacientes idosos. **Resultados:** A Unidade de Saúde SESC foi lembrada pela grande maioria da população idosa como serviço de referência para primeiras necessidades em saúde. As maiores dificuldades de acesso se deram em relação às características geográficas do território onde a Unidade está inserida. É necessária uma reflexão sobre que medidas devem ser tomadas para solucionar este problema. O acesso dos idosos às modalidades de consulta médica, odontológica e de enfermagem foi considerado facilitado. Porém, a percepção desses usuários quanto às estratégias de priorização no atendimento não se apresentou tão evidente. **Conclusão:** A partir da opinião dessa população, apesar de algumas dificuldades assinaladas, o acesso ao serviço de saúde foi considerado facilitado para os idosos nessa Unidade de Saúde. **Palavras chave:** saúde do idoso; atenção primária a saúde; acesso aos serviços de saúde.

1.6 Experiência do serviço social na implementação de grupos sócio-educativos como proposta em uma sala de espera.

ARENA, Fernanda Xavier; BARROS, Maria Cristina Nunes; KIHS, Marcelli Parlatto

Este estudo trata da experiência do Serviço Social e tem sua execução vinculada a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição especificamente na ênfase de Oncologia e Hematologia e advém da prática profissional das residentes e preceptoria do núcleo de Serviço Social. Cabe ressaltar que a prática da residência na ênfase de Oncologia e Hematologia tem seu cenário de prática no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Este Hospital é integrante do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre – Rio Grande do Sul - e juntamente com o Hospital Fêmina, Hospital Cristo Redentor, Hospital da Criança Conceição, 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária e três centros de Atenção Psicossocial (CAPS) atendem exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde. O Hospital Nossa Senhora Conceição é caracterizado por ser referência no atendimento de alta complexidade, sendo denominado através da Política de Atenção Oncológica como um UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade) realizando atendimentos de cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Este último é realizado em parceria com os hospitais São Lucas da PUC e Complexo Hospitalar Santa Casa no Hospital Santa Rita. Conta ainda com atendimentos específicos de Oncologia, Cirurgia e Hematologia Pediátrica vinculados ao Hospital da Criança Conceição. O Serviço possui uma estrutura abrangente no tratamento de doenças oncológicas e hematológicas - benignas e malignas - dentre as quais se destacam a unidade de internação, o ambulatório médico, o ambulatório de quimioterapia, cirurgia oncológica e demais ambulatórios multidisciplinares respaldados pela Política Nacional de Humanização - PNH. Neste contexto pretende-se

chamar atenção para o fazer profissional do Assistente Social na área da saúde e as estratégias de enfrentamento para com as demandas apresentadas pelos usuários em tratamento oncológico ou hematológico. Sendo o Serviço Social uma profissão que tem como objeto de intervenção as múltiplas expressões da questão social, faz-se o reconhecimento destas questões como o “ponto de partida” na intervenção profissional. Prática na qual demanda uma atuação em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais. Os profissionais de Serviço Social, atuantes na Unidade de Oncologia e Hematologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, tem constatado em suas práticas cotidianas a necessidade de trabalhar na perspectiva de democratização e socialização de informações, pautando suas intervenções no Sistema Único de Saúde, na Reforma Sanitária, na Política de Humanização em consonância com o Projeto Ético Político Profissional. O assistente social que desempenha sua prática junto aos pacientes desta área não tem sua atuação diferenciada dos demais espaços profissionais de atuação, porém visa garantir acesso a informações iniciais e básicas, sobre este novo momento de vida do usuário, buscando sempre o estímulo na adesão de tratamento, entretanto respeitando a vontade do usuários e família. Sendo assim são realizados encaminhamentos para demais órgãos responsáveis por atendimentos em outras vias de direito. Baseado nesta constatação, tomou-se a iniciativa da criação de um Grupo Sócio- Educativo na Sala de Espera dos Ambulatórios do Serviço de Oncologia e Hematologia. A implementação deste Grupo partiu da crescente necessidade de criar um espaço que oportunizasse um atendimento integral, universal e equitativo ao usuário, sua família e comunidade, primando pela perspectiva de garantia e efetivação dos direitos, permitindo o contínuo repasse de informações relevantes pertinentes as diversas fases do tratamento e promovendo o exercício de cidadania dos sujeitos envolvidos no processo. O espaço do grupo sócio-educativo visa ainda proporcionar a desmistificação do câncer como certeza de morte, a participação família como referência de pertencimento destes usuários, o acesso à informação acerca dos direitos sociais que perpassam a realidade dos atendidos no ambulatório. Optou-se por realizar os encontros na sala de espera e corredores do ambulatório do Serviço focando esta intervenção especificamente aos usuários e seus respectivos familiares e/ou cuidadores que aguardam atendimentos médicos, multidisciplinares e quimioterapia. Muitos destes usuários vindos de localidades distantes e dependentes do transporte de suas Secretarias de Saúde ficando longos períodos nos corredores dos ambulatórios. Os dias e horários de realização deste grupo tem dia e horário fixo para que haja referência dos usuários sempre que voltarem aos atendimentos no Hospital e duram cerca de 1 (uma) hora. Como dinâmica de aproximação junto a estes usuários instituiu-se o emprego de técnicas como vivências em grupos; apresentações expositivas e dialogadas utilizando como aporte materiais impressos, folders, informativos e um painel com os principais direitos dos pacientes. As temáticas abordadas nestes encontros perpassam temas como: políticas públicas de saúde e assistência social, direitos sociais abrangentes e específicos de pacientes com câncer, legislação específica para portadores de doenças crônicas e controle social e redes de apoio governamentais, ONG's e entidades que auxiliam pacientes e familiares nas suas diversas localidades. Conta-se ainda com a possibilidade de agregar novas temáticas a partir da demanda dos usuários e o desenvolver dos grupos. A avaliação do desenvolvimento deste projeto de intervenção é feita em dois momentos: o primeiro realizado pelos participantes de maneira opcional à medida que sintam-se à vontade para fazer seus relatos, sugestões, críticas e elogios; o outro momento de avaliação é realizado pelos executantes do projeto (preceptoria e residentes) juntamente com a Coordenação Técnica do Serviço de Oncologia do Hospital Nossa Senhora Conceição semestralmente, reavaliando se os objetivos estão sendo contemplados. Pretende-se ainda utilizar esta prática para disseminar aos demais hospitais do Grupo Hospitalar Conceição que também absorvem a demanda de pacientes oncológicos.

2. PESQUISA E FORMAÇÃO EM REDE E PARA A REDE: OS ESTUDOS DE CASO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

2.1 Eritema nodoso associado à tuberculose: relato de caso

Abuchaim, M.O.; Porciuncula, N.P; Duarte, M.B; Rosa, R.V;

Introdução: Eritema nodoso (EN) é o tipo mais comum de paniculite. Sua incidência anual é de 1 a 5/100.000 pessoas. Presume-se que é uma reação de hipersensibilidade associada a diversas doenças sistêmicas, tais como: infecção estreptocócica, sarcoidose, doença de Behçet, tuberculose, entre outras. Pode também ser induzida por drogas, como o AAS. Muitos casos são idiopáticos. A tuberculose anteriormente constituía uma importante causa de EN. Atualmente esses números têm diminuído muito. O diagnóstico desta doença é clínico, reservando a biópsia para os casos atípicos. Caso: J.M.D.C, 56 anos. Desde 2008 queixava-se de nódulos associados a rubor e calor local em membros inferiores com caráter de remissão e recidiva. Foi realizada biópsia, que foi sugestiva de EN em estágio inicial. Após biópsia, screening negativo para as outras causas mais prevalentes de EN, mantoux fortemente reator e radiografia de tórax do dia 13/01/12 com lesões cicatriciais foi confirmado o diagnóstico de EN associado a tuberculose. Paciente é então reencaminhada à UBS Conceição em 27/01/12 onde foi cadastrada no programa de Tuberculose da unidade, iniciando tratamento padrão no mesmo dia. Segue em acompanhamento na unidade através do programa. **Conclusão:** Embora rara, em países com maior incidência de tuberculose, como o Brasil, sempre devemos levantar essa hipótese. Uma adequada investigação pode levar à confirmação diagnóstica, o que é essencial para adequado suporte e tratamento. Com isso, percebe-se também, a importância do programa de tuberculose, disponibilizado pela atenção primária, para acompanhamento e tratamento desses pacientes.

2.2 Doença de Whipple, uma breve revisão

Duarte, M.B; Silveira, L.L; Colvara, D.S; Duarte, L.P; Abuchaim, M.O; Porciuncula, N.P; Rosa, R.V.

A Doença de Whipple ou Lipodistrofia Intestinal foi descrita pela primeira vez em 1907 por George Hoyt Whipple. É uma rara desordem sistêmica, com incidência anual de 30 casos por ano, causada por um bacilo gram-positivo e PAS positivo – *Tropheryma whipplei*. Usualmente acomete indivíduos de meia-idade (por volta dos 50 anos) e é mais freqüente no sexo masculino. Sua patogenia ainda é obscura, mas há indícios de que haja predisposição genética, e que sua transmissão se de por contaminação fecal-oral. A DW se caracteriza por apresentar quatro manifestações sistêmicas cardinais, artralgia migratória, perda de peso, síndrome de má absorção com diarreia e dor abdominal, porém sintomas extra-intestinais são freqüentes, particularmente nos estádios precoces da doença. Achados neurológicos são comuns e variáveis, sendo mais comuns alterações cognitivas e em 20% dos casos pode ocorrer miopatia oculomastigatória, caracterizada por oscilações pendulares dos olhos síncrona com a contração involuntária rítmica dos músculos da mastigação, sendo esse um achado patognomônico desta doença. A suspeita diagnóstica é difícil, principalmente em pacientes sem o acometimento clássico. O diagnóstico definitivo é feito através de biópsia de tecido intestinal – com achado histológico de material PAS positivo na lamina própria. Atualmente a PCR quantitativa é considerada primeira linha para diagnóstico por métodos não invasivos, com grande sensibilidade e especificidade. A DW se não tratada pode ser fatal e o tratamento consiste em antibioticoterapia precoce com Sulfametoxazol + Trimetoprim, ou Ceftriaxone parenteral, variando o regime conforme os diferentes sítios da doença. Com a presente

revisão, conclui-se que com a identificação dos fatores de risco e da patogenia, o desenvolvimento de novas técnicas diagnósticas mais rápidas e o desenvolvimento de técnicas para testar a suscetibilidade aos antibióticos, vão permitir, no futuro, melhorar as estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença de whipple.

2.3 Cirrose Biliar Primária

Duarte, M.B; Silveira, L.L; Colvara, D.S; Duarte, L.P; Abuchaim, M.O; Porciuncula, N.P; Rosa, R.V.

A cirrose biliar primária é uma doença hepática auto-imune caracterizada pela destruição progressiva dos pequenos e médios ductos biliares intra-hepáticos. Acredita-se que sua patogênese seja relacionada com exposição ambiental em pacientes vulneráveis geneticamente. Afeta todos grupos étnicos, principalmente mulheres (10 mulheres : 1 homem), geralmente entre 30 e 65 anos, com pico de incidência na quinta década de vida. Sua incidência estimada é de 2,7 por 100 mil pessoas por ano, sendo sua prevalência de 65,4 mulheres e 12,1 homens por 100 mil pessoas. Os principais sintomas da CBP são fadiga e prurido. No entanto, devido ao diagnóstico precoce, 50 a 60% dos pacientes encontram-se assintomáticos inicialmente. Outros achados, menos prevalentes, são hiperpigmentação cutânea, xantomas, xantelasma, hiperlipidemia, queixas músculo-esqueléticas, doenças ósseas (osteoporose) e hipertensão portal. Além disso, associa-se com outras doenças auto-imunes, como Síndrome de Sjögren, esclerodermia, fenômeno de Raynaud e CREST. O diagnóstico desta patologia é realizado quando 2 dos 3 critérios estão presentes: evidência bioquímica de colestase com elevação de fosfatase alcalina por no mínimo 6 meses; presença de anticorpo anti-mitocôndria (AMA); e evidência histopatológica de colangite não supurativa e destruição de pequenos e médios ductos biliares na biópsia hepática. O AMA tem 95% de sensibilidade e 98% de especificidade, sendo considerado preditor de doença em assintomáticos. Ainda, observa-se a presença de anticorpos anti-nucleares (ANA) em um terço dos indivíduos com BCP, sendo estes relacionados com pior prognóstico. O tratamento de primeira linha da CBP é o ácido ursodesoxicólico, que parece reduzir a progressão da doença, alterando sua história natural. Infelizmente, um terço destes pacientes não responde adequadamente ao tratamento, com necessidade de transplante hepático em estágios avançados da doença.

2.4 Síndrome de Alagille: um relato de caso

Schreiber, A.F; Silveira, L.L; Ferreira, F.L.M; Duarte, L.P

A Síndrome de Alagille é um transtorno autossômico dominante, sem predomínio de sexo com uma prevalência de 1:100000 nascidos vivos, caracterizada por hipoplasia de vias biliares e malformações congênitas extra-hepáticas. O objetivo do presente trabalho é conhecer o caso de um lactente com colestase o qual se fez o diagnóstico de Síndrome de Alagille. RELATO DE CASO: S.P.S.C, 3 meses, masculino, encaminhado ao Hospital da Criança Conceição para investigação de colestase neonatal. Primeiro filho de casal jovem, hígido e não consanguíneo. Mãe realizou pré-natal adequado e sem intercorrências, nascendo a termo e de parto vaginal. Paciente em aleitamento materno exclusivo, iniciou com icterícia e acolia por volta dos 30 dias de vida. Exames investigatórios evidenciaram aumento de transaminases, bilirrubinas e Gama GT. Sorologias reagentes para Citomegalovírus IgM e IgG. Evidência radiológica de vértebra em borboleta e o ecocardiograma demonstrou estenose dos ramos pulmonares e sobrecarga de ventrículo direito. Biópsia hepática apresentando colestase com infiltrado portal leve e fibrose portal com formação de septos, além de ductopenia, sendo selado o diagnóstico. DISCUSSÃO: Os critérios diagnósticos incluem o quadro histológico (pobreza ou ausência de

ductos biliares intra-hepáticos), colestase crônica, fácies típica, alterações oftalmológicas, defeitos vertebrais e cardíacos. A presença de um ou mais critérios é suficiente para se considerar o diagnóstico. As manifestações hepáticas variam desde colestase leve a progressiva falência hepática. Fronte olímpica, micrognatia, nariz em sela são características fenotípicas freqüentes e a anormalidade esquelética mais encontrada é a vértebra em borboleta. Achados laboratoriais típicos incluem aumento de bilirrubinas, fosfatase alcalina, gama-GT e colesterol. Seu prognóstico é variável e dependente da gravidade do acometimento hepático e cardíaco. Doenças cardíacas complexas (estenose pulmonar é a mais comum) são responsáveis pela maioria dos óbitos neonatais, e a falência hepática pela mortalidade e morbidade tardias.

2.5 Canaliculite: relato de dois casos e conduta

Bruna Lima Rymer, Simone Stumpf, Martha Lang

Introdução: A canaliculite é uma infecção rara do canalículo lacrimal, sendo o *Actinomyces israelii* o agente causal mais comum. As manifestações clínicas mais freqüentes são epífora, irritação ocular, desconforto no canto medial, acompanhado por sinais de secreção ocular, eritema e espessamento da pálpebra medial, edema e refluxo de secreção no ponto lacrimal. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho é relatar uma doença rara, assim como seu manejo clínico e cirúrgico. **Relato de casos:** Caso 1: feminina, negra, com história de secreção ocular, hiperemia, dor e edema na região medial da pálpebra superior. Realizou tratamento tópico com colírio durante oito meses, sem melhora do quadro. Caso 2: feminina, branca, com história de dor ocular, com edema e secreção principalmente no canto medial há 1 ano. Realizou tratamento com higiene e colírio, sem melhora do quadro. **Evolução:** As duas pacientes tinham quadro clínico compatível com canaliculite do canalículo superior. Foram submetidas a intervenção cirúrgica sob anestesia local. Realizado dilatação do ponto lacrimal superior e 3 snips além canaliculotomia, com curetagem de dacriolitos e secreção. Após a curetagem realizada lavagem do canalículo superior com gentamicina diluída em soro fisiológico. No pós-operatório foi utilizado colírio de antibiótico durante 7 dias. Após 72h as duas pacientes referiam melhora total do desconforto e dor, ausência de secreção ocular e diminuição do edema. **CONCLUSÃO:** A canaliculite é uma infecção rara do canalículo lacrimal, que na maioria das vezes não é adequadamente tratada devido à confusão em seu diagnóstico. É importante conhecer a doença para encaminhar o paciente para tratamento o mais breve possível.

3. SAÚDE MENTAL: A PRODUÇÃO DO CUIDADO ACOLHEDOR E INTEGRAL

3.1 O que é processo terapêutico? Compartilhando as concepções dos trabalhadores de um CAPSad (resumo expandido)

Carlise Cadore; Carmem Lúcia Colomé Beck

Introdução: O presente trabalho se propõe a apresentar o recorte da Pesquisa de Mestrado intitulada “Processo Terapêutico em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad”, desenvolvida pela autora sob orientação da Prof^a Dr^a Carmem Lúcia Colomé Beck no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Destaca-se que as diretrizes atuais no campo da saúde mental vêm apontando para a necessidade da criação de novas estratégias de intervenção em saúde que possibilitem mudanças nos modelos de atenção e de gestão das práticas nos serviços de Atenção Psicossocial, as quais tenham como eixo central a participação ativa e o protagonismo do paciente no seu processo terapêutico. Então, apoiados nas contribuições de Oliveira (2007), apostamos que o dispositivo Projeto Terapêutico Singular (BRASIL 2007, 2009) pode servir de ferramenta “capaz de provocar processos de reflexão/ação nos trabalhadores de saúde abrindo possibilidades destes repensarem seu processo de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inscritos” (OLIVEIRA, 2007, p. 59). Além disso, faz-se necessário sublinhar que se aposta que a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (BRASIL, 2007, 2009) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pode servir como um dispositivo para a orientação do trabalho dos trabalhadores de saúde mental. Nesse sentido, entende-se que a utilização de tal estratégia no processo terapêutico ofertado nos serviços de Atenção Psicossocial, permitiria a organização e integração das equipes de saúde, constituindo-se numa proposta que visa práticas que superem o tradicional modelo médico-centrado e hospitalocêntrico, ampliando a perspectiva de intervenção com foco na doença e remissão de sintomas para ações que possibilitem produção de saúde. Nessa perspectiva, considerando-se que o processo terapêutico realizado em um CAPS é resultante das concepções e modos de atuação dos diferentes trabalhadores que compõe a equipe de tais serviços, justifica-se a realização do estudo pela necessidade de descrever e analisar as ações dos trabalhadores de saúde que atuam em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como forma de problematizar sua prática, e assim, apontar os impasses e dificuldades na construção e condução dos processos terapêuticos destinados aos usuários, bem como assinalar para possíveis soluções à tais questões. Para fins deste estudo, está sendo utilizada a denominação processo terapêutico em lugar de tratamento. Essa escolha se deu como forma de superar o modelo tradicional de atenção em saúde mental – baseado no princípio doença-cura, que compreende o processo saúde/doença/intervenção sob a uma ótica predominantemente orgânica, centrado no hospital e que tem como foco estratégias em torno da sintomatologia (YASUI e COSTA-ROSA, 2008). Nessa via, pretende-se contribuir para a construção de um novo entendimento em relação às estratégias de intervenção em saúde, com vistas a substituir o modelo tradicional por um novo, consoante com os pressupostos teóricos, epistemológicos e práticos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental. Dessa forma, a presente pesquisa se propõe a compreender como os trabalhadores, de diferentes especialidades, atuantes em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) de um município do interior do Rio Grande do Sul, constroem, propõem e conduzem os processos terapêuticos dos usuários em atendimento no referido serviço, e se, nesse processo, utilizam-se como referência os pressupostos e diretrizes do Ministério da Saúde em relação ao Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2007, 2009).

Método: Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, que utiliza como estratégia de investigação o Estudo de Caso (YIN, 2005), com o intuito de

responder ao problema de pesquisa e alcançar os objetivos do estudo. Foram realizadas sete entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores do CAPSad, correspondendo as seguintes especialidades: psiquiatria, fisioterapia, serviço social, psicologia, enfermagem e técnico em saúde mental. Além disso, foram realizadas observações de seis reuniões de equipe do CAPSad. Para favorecer a organização dos dados, as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, possibilitando uma maior fidedignidade dos dados coletados. A análise foi realizada de acordo com as três etapas da Análise Temática proposta por Minayo (1998; 2009). Destacamos a seguir um dos temas que surgiram com a análise dos dados: a concepção dos trabalhadores em relação ao processo terapêutico.

Resultados e discussão: A idéia que os trabalhadores do CAPS ad pesquisado têm em relação ao processo terapêutico converge com as concepções referentes ao modelo de atenção em saúde mental denominado psicossocial (COSTA-ROSA, 2000), que contrapõe o modelo tradicional de tratamento, manicomial e biomédico, também denominado de modo asilar, segundo Costa-Rosa (2000). Assim, as principais características do chamado modo psicossocial de cuidado em saúde mental – usuário do serviço de saúde como participante principal do seu tratamento, importância da participação da família e a ênfase para a reinserção social do sujeito que sofre (COSTA-ROSA, 2000) – são relacionadas pelos trabalhadores como componentes do processo terapêutico. Além disso, consideram o processo terapêutico como algo dinâmico, que requer transformações, adequações e reformulações após sua construção e implementação, baseadas nas necessidades e demandas do usuário do CAPS ad. Essas mudanças durante a condução do processo terapêutico são discutidas pela equipe do serviço nas reuniões semanais e levam em consideração os desejos dos usuários. Assim, demonstram que há uma consideração em relação à singularidade do sujeito em sofrimento psíquico, evidenciado na idéia de que o processo terapêutico não deve ser baseado em protocolos ou receitas prontas. Os trabalhadores do CAPS ad consideram que o processo terapêutico agrega ações e intervenções da equipe e também o comprometimento e envolvimento do usuário. E ainda, apontam que o processo terapêutico é algo amplo e que envolve o trabalho da equipe e todos os atendimentos individuais e grupais oferecidos no serviço, as condições de trabalho, o acesso à rede de saúde e também a participação dos familiares ou figuras de referência para que os objetivos do processo terapêutico sejam atingidos. Assim, destacamos que a relevância que se dá à temática dessa pesquisa diz respeito à necessidade de problematizar a prática dos trabalhadores para que o processo terapêutico seja orientado pelo paciente e seus familiares, em contraposição a propostas e dispositivos que muitas vezes mantêm o usuário do CAPS na condição de alienado, normatizado, apartado das decisões sobre seu próprio processo terapêutico, cabendo a instituição, definir o que é “melhor” para o usuário. Além disso, sublinhamos que os profissionais do CAPSad pesquisado não referem utilizar-se das diretrizes do Ministério da Saúde sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Porém, concebemos que a utilização do PTS como um dispositivo para a construção dos processos terapêuticos pode ser um indicativo do olhar específico que se dá ao sujeito que ingressa nos serviços de saúde mental, promovendo práticas singulares em contraposição às concepções universalizantes que predominam na organização do tratamento prestado ao usuário da rede pública de saúde. E é justamente esse impasse institucional que se percebe na prática nos CAPS, já que freqüentemente as ações dos profissionais acabam por tutelar o paciente ao serviço, no momento em que decidem por ele e lhe “aplicam” um tratamento, colocando-o numa posição passiva perante a instituição e sua própria condição subjetiva.

Conclusão: Podemos perceber que a concepção dos trabalhadores do CAPS ad estudado em relação ao processo terapêutico estão próximos aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do atual modelo de saúde mental. O que nos leva a entender que a prática desses trabalhadores, que tem como resultado o processo terapêutico, está direcionada ao modo psicossocial, mesmo com as limitações e dificuldades, em sua prática, para a superação do

modelo psiquiátrico tradicional de atenção em saúde mental. Essas questões não serão tratadas nesse trabalho.

Referências:

- BRASIL. **Cartilha do Ministério da Saúde: Clínica Ampliada, Técnico de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2ª ed. Site do Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2007.
- BRASIL. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 10 ed. São Paulo: Pedagógica, Universitária, 2007.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1998.
- MINAYO, M. C. S. (Org); DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O. J. GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Dissertação de Mestrado. Campinas-SP, 2007. Disponível em: libdigi.unicamp.br/document/?code=000409274.
- YASUI, S., COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan/dez, 2008.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

3.2 Atendimento psicológico na Unidade de Onco-Hematologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (resumo expandido)

HACKNER, Isabel Telmo*; CECCONELLO, Júlia de Stege e

Introdução: A Psicologia da Saúde é definida pela American Psychological Association (APA) como um campo de contribuição científica e profissional que visa a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças (Matarazzo, 1980). A Psicologia Hospitalar, enquanto especialidade da Psicologia da Saúde, centra-se nos âmbitos secundário e terciário da atenção à saúde. É demarcada, ainda, um campo de interface entre a Oncologia e a Psicologia, denominada Psico-Oncologia. A Psico-Oncologia pode ser descrita como um campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer (Costa Junior, 2001). Entre os principais objetivos da psico-oncologia está a identificação de variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares são submetidos. Gimenes (1994) define a psico-oncologia como uma área de interface entre a oncologia e a psicologia, tomando por base concepções de saúde e doença inerentes ao modelo biopsicossocial que se ocupa: (a) com a identificação do papel de fatores psicossociais, tanto na etiologia quanto no desenvolvimento da doença; (b) com a identificação de fatores de natureza psicológica envolvidos com prevenção e reabilitação do paciente portador de câncer; e (c) com a sistematização de um corpo de conhecimentos que possa fornecer subsídios tanto à assistência integral do paciente oncológico e de sua família, como também à formação de profissionais de saúde envolvidos com o seu tratamento. A inclusão do psicólogo nas equipes de cuidados oncológicos está relacionada diretamente com o reconhecimento da interação existente entre aspectos físicos e psicológicos, o que acabou por conduzir à estruturação de abordagens interdisciplinares para a administração das manifestações sintomatológicas que esses pacientes podem desenvolver (Torrano-Masetti et al, 2000). O Serviço de Psicologia da Unidade de Internação de Onco-Hematologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição conta com duas profissionais da área: uma psicóloga contratada e uma residente de Psicologia inserida por meio da Residência Integrada em Saúde. Implantado em 2008, além da atuação do Serviço na Unidade de Internação, o serviço também é desenvolvido no Ambulatório de Psicologia da Onco-Hematologia. O Serviço atua na assistência, ensino e gestão.

Objetivos: O objetivo do trabalho é descrever as principais formas de atendimento psicológico prestado, tanto na internação da unidade, como no ambulatório em um contexto de hospital público com uma clientela portadora de doença oncohematológica.

Metodologia: A metodologia do trabalho é orientada a luz de suporte teórico que contempla a realidade contextual específica ao local descrito, como o conhecimento acerca de psicoterapias, grupos, aspectos psicológicos do processo de adoecimento e do processo de trabalho com equipes em instituição hospitalar. A unidade atende pacientes jovens, adultos e idosos provenientes principalmente da capital e da região metropolitana de Porto Alegre/RS. As principais propostas de intervenção são: a) Prestar atendimento psicológico individual e/ou em grupo aos pacientes internados para identificar e intervir nos processos psicológicos decorrentes da hospitalização e do adoecimento; b) Atender e acompanhar familiares ou acompanhantes do paciente; c) Participar do grupo de cuidadores com a equipe interdisciplinar; d) Participar de reuniões com a equipe de saúde, para a discussão de casos e encaminhamentos; e) Participar de seminários de campo e de núcleo, para o aperfeiçoamento contínuo; f) Registrar informações em prontuários médicos e em registro interno do Serviço de Psicologia da Unidade do Hospital; g) Encaminhar o paciente e a família a atendimentos externos ao hospital após a alta, caso seja avaliada a necessidade; h) Entrevistar o paciente e a família como preparação de alta; i) Prestar atendimento psicológico individual aos pacientes do ambulatório.

Conclusão: A primeira etapa do atendimento é a entrevista de triagem onde é avaliada a necessidade de acompanhamento psicológico sistemático, e caso necessário, é proposto um plano terapêutico. O atendimento psicoterápico ambulatorial é oferecido aos pacientes que estão realizando tratamento/acompanhamento ambulatorial. O atendimento psicológico ambulatorial tem como foco as problemáticas relacionadas ao adoecimento, auxiliando no enfrentamento do adoecimento e do tratamento, na elaboração de conflitos emocionais e retomada da vida. Implantada recentemente nos serviços hospitalares, a Psico-oncologia já vem apresentando resultados reconhecidos por meio da melhora no enfrentamento do processo de adoecimento, na qualidade de vida e no fortalecimento psicológico para encarar cada momento da trajetória do paciente onco-hematológico: iniciando-se no diagnóstico, percorrendo o tratamento e alcançando situações posteriores de adaptação do paciente e sua família às conseqüências desse processo, inclusive em casos de recidiva da doença. Levando em consideração tais conhecimentos acerca da Psico-oncologia, buscou-se sistematizar um Serviço de Psicologia na Unidade de Onco-Hematologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre, considerando que em tal contexto institucional, o atendimento profissional deve ultrapassar os limites do consultório e da prática psicoterápica tradicional, trabalhando com o paciente no setting hospitalar e incluindo a participação ativa de diferentes profissionais. A partir do atendimento psicológico no contexto hospitalar é possível proporcionar a diminuição da ansiedade nos pacientes e familiares com relação ao processo de adoecimento e hospitalização, como também o aumento da compreensão destes sobre a situação vivenciada, o que se relaciona a uma maior adesão ao tratamento e adaptação às novas situações. O trabalho do psicólogo junto à equipe de saúde fomenta a melhoria na compreensão, por parte dos profissionais, de aspectos psicológicos desencadeados pelo período de internação, o que resulta em ganhos na qualidade do atendimento hospitalar na lógica de atuação orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde.

Referências:

ANGERAMI-CAMON, V. A. psicologia hospitalar: teoria e prática – O Psicólogo no Hospital. São Paulo: Pioneira, 1995. 2ª edição.
TORRANO-MASETTI LM; OLIVEIRA EA; SIMÕES BP & SANTOS, MA. (2000) Atendimento Psicológico numa Unidade de Transplante de Medula Óssea. Ribeirão Preto, p.161-169.
COSTA JUNIOR, Áderson L.. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2001. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 03 ago. 2011
Gimenes, M.G. (1994). Definição, foco de estudo e intervenção. Em: M.M.M.J. Carvalho (Org.). *Introdução à Psiconcologia*. (p.35-36). Campinas, SP: Editorial Psy.

3.3 Acolhendo a saúde mental na atenção primária à saúde

Paula Xavier Machado; Mario Roberto Garcia Tavares

Este trabalho objetiva apresentar uma proposta de acolhimento para adultos que estão passando por situações de sofrimento psíquico numa unidade de atenção primária à saúde (APS) do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). A saúde mental é uma das necessidades de saúde mais prevalentes no território de atuação da unidade e foi eleita pela equipe e pela comunidade, no planejamento participativo de 2008, como uma das demandas a serem qualificadas. Desde 2009, após discussão em equipe sobre acesso e fluxos dos atendimentos em saúde mental, decidiu-se implantar o acolhimento coletivo de saúde mental para adultos. A coordenação deste grupo é de responsabilidade da psicologia (psicóloga contratada ou residente de 2.º ano de psicologia) e de um médico de família e comunidade. Foi proposto um grupo mensal, fechado, com dois encontros e um número máximo de 12 participantes. Nos encontros, são ouvidas e compartilhadas as situações trazidas e são discutidos conjuntamente os melhores encaminhamentos para cada caso. As demandas trazidas pelos integrantes são as mais variadas e envolvem transtornos de ansiedade, pânico, depressão, transtorno bipolar, transtorno psicóticos, dependência química, dificuldades familiares e crises do ciclo vital (separação, perdas, dificuldades com o trabalho, aposentadoria), abandono, violência entre outras. O grupo, por vezes, é resolutivo por si mesmo. Quando isto não acontece, negocia-se com os usuários possibilidades de continuidade do cuidado. Algumas delas são: grupos de convivência ou de saúde mental, acompanhamento individual com médico, enfermeira ou psicóloga na APS, encaminhamentos para a rede de saúde mental ou para serviços da rede intersetorial. É importante salientar que este dispositivo tem sido um espaço importante na formação de residentes e estagiários dos diversos núcleos profissionais da saúde da família e comunidade, além de ter sensibilizado a equipe para a escuta da saúde mental. Neste tempo, foi qualificado o acesso ao sistema de saúde para os usuários que estão em sofrimento psíquico, assim como foi possível melhor coordenar o cuidado em saúde mental.

3.4 Consultório de Rua do SUS – Pintando saúde: produção do cuidado às pessoas em situação de rua.

Sílvia Regina Damião

O presente trabalho consiste no relato de experiência sobre a construção de elementos e ferramentas de assistência integral em saúde no que diz respeito a população em situação de rua através do Consultório de Rua do SUS /Grupo Hospitalar Conceição. A implantação deste serviço ocorreu a partir de 2010. O desafio de construir um serviço que alcance aqueles que vivem nas ruas implica em repensar as formas tradicionais de cuidado centradas nas competências disciplinares, buscando outro modelo, onde o trabalho interdisciplinar mostra-se como uma potente forma de realizar um cuidado a partir dos espaços da rua. Buscamos através da proposta do “Consultório de Rua Pintando Saúde” produzir cuidado onde o sujeito seja centro da atenção e o projeto terapêutico, seja realmente singular, construído a partir de suas demandas, e ancorado na produção de vínculos através da escuta. Nas abordagens o lúdico e a arte têm contribuído para construção de vínculo com os usuários através de jogos, fotografia, passeios e contação de história. A clínica em movimento que nos propomos inicia na rua e transita, nas praças, parques, casas, serviços de saúde, assistência social, e muitas vezes chega a construção de um espaço protegido para produção de outras histórias de vida. Outro elemento é a articulação com a rede intersetorial contribuindo com o cuidado integral em uma perspectiva de inclusão social, desde vínculos familiares fragilizados, necessidade de documentação, moradia, geração de trabalho e renda, entre outras tantas necessidades que surgem ao longo do processo de cuidado. Este modo de trabalhar foi se produzindo a medida que a equipe foi indo para rua e desenhando sua trajetória ao encontro do desconhecido, a

partir do momento em que essa população em situação de rua passa a fazer parte do nosso cotidiano, não apenas como atores de uma realidade observada, mas como protagonistas.

3.5 A integralidade na fonte dos consultórios de rua do SUS

CAZANOVA, Ricardo Flores; BULLA, Leonia Capaverde

Trata-se de uma pesquisa de mestrado, em fase de conclusão, que objetiva descrever como o Princípio da Integralidade se apresenta nas *fontes documentais* primárias e secundárias referentes a um dispositivo de saúde considerado inovador na atenção às pessoas em situação de rua, usuárias ou dependentes de drogas: o Consultório de Rua (CR) do SUS, Brasil. Qualitativa, descritiva, de amostragem não probabilística por conveniência e método dialético crítico de análise a pesquisa colhe seus dados basicamente por meio da internet (por email; redes sociais; páginas do governo, pessoais e institucionais). Constituem o *corpus* de análise documentos de fontes primárias (leis, projetos, políticas e materiais internos das organizações e arquivos privados) além das fontes secundárias (relatórios, manuais, artigos e reportagens). Os aspectos de Integralidade considerados no estudo são: Primazia das ações de promoção e prevenção; Garantia de atenção nos três níveis de assistência; articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação; abordagem integral do indivíduo e famílias. Outros elementos investigados se relacionam à metodologia do *diagnóstico situacional* (DS): perfil sociodemográfico dos usuários, perfil de consumo, avaliação integral, avaliação diagnóstica, motivação para o uso, acessibilidade à droga, perfil social local, composição da equipe, área física disponível, abrangência de atuação, redes, necessidades identificadas/atendidas. Análises preliminares indicam a presença de elementos do princípio da Integralidade nas fontes documentais estudadas. Em relação ao DS verifica-se que os materiais apesar de limitados e restritos indicam alguns caminhos a serem percorridos. As fontes também têm explicitado o momento histórico e as contradições, inerentes ao capitalismo que, de um lado forja barreiras à efetivação dos direitos, tanto no discurso moralizador da mídia quanto nos entraves burocráticos institucionais; e de outro, se apresenta como resistência dos trabalhadores e usuários. Unitermos: Integralidade. Consultório de Rua. Drogas. Diagnóstico Situacional. Atenção em Saúde Mental.

4. A IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS: COMO E PORQUE FAZEMOS ESTA ANÁLISE?

4.1 O paciente queimado internado em unidade de tratamento intensivo

Vanessa Pegoraro Maschke, Analise Moreira Medina, Patricia Hildebrandt dos Santos, Simone Gladzik

Introdução: O trauma por queimadura causa não apenas resposta tecidual local na área de lesão, mas também sistêmica devido a liberação de mediadores químicos vasoativos. Os principais efeitos da queimadura são a hipoperfusão tecidual, hipofunção orgânica e débito cardíaco diminuído, com fases hiperdinâmica e hipermetabólicas. Assim, a enfermeira que cuida do paciente queimado em unidade de tratamento intensivo (UTI) precisa buscar a eficiência do manejo através do devido reconhecimento das alterações clínicas. **Objetivo:** Identificar as manifestações clínicas no queimado, bem como tratamento e cuidados. **Materiais e Métodos:** Estudo de caso de uma paciente internada em UTI, sexo feminino, 28 anos, sem doença prévia, vítima de queimadura térmica por chama alcoólica. Coleta de dados realizada a partir da observação da paciente e exame do prontuário. **Resultados:** Paciente admitida em UTI com 58% da superfície corporal queimada, sendo 11% de terceiro grau e 47% de segundo grau. Áreas queimadas: tórax anterior e posterior, abdome, membros superiores e coxas. Utilizou-se a fórmula de Parkland/Baxter na reposição hídrica. Foi mantida em ventilação mecânica; efetuadas escarotomias nos membros superiores, abdome e coxa direita. Ainda, debridamentos nas áreas desvitalizadas, gerando instabilidade hemodinâmica. Na farmacoterapia, destacam-se a analgesia constante, sedação, uso de drogas vasoativas e utilização de antibioticoterapia devido sepse. Os curativos eram feitos com sulfadiazina de prata 1%, duas vezes ao dia, mantida técnica asséptica. Foi a óbito quinze dias após a admissão por choque hipovolêmico. **Conclusão:** Constata-se a necessidade de a enfermeira ter o real conhecimento das alterações clínicas advindas da queimadura a fim de promover o cuidado integral e eficiente. Palavras-chave: queimaduras, terapêutica, cuidados de enfermagem.

4.2 Saúde da População Negra

Antelina Leomar Ott

Estas informações contidas neste trabalho têm como objetivo fomentar a discussão a cerca da Saúde da População Negra, encarando as iniquidades ainda percebidas no Sistema Único de Saúde. Estes projetos propõem-se a estabelecer o diálogo entre os trabalhadores e gestores em saúde, com ênfase na saúde da população negra, seus agravos e a forma de enfrentamento das diferenças, a fim de restabelecer a saúde, por meio de Inclusão de Políticas Afirmativas, constantes na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua aplicabilidade no SUS.

4.3 Perfil dos idosos internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Sofia Louise Santin Barilli; Julio Baldisserotto

Introdução. O envelhecimento da população é tendência mundial. Sabe-se que idosos apresentam maiores chances de desenvolver doenças crônicas, que frequentemente se tornam

agudas, necessitando de monitorização intensiva e abordagem individualizada. Estima-se que aproximadamente 60% dos leitos das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) estejam ocupados por idosos. Para assegurar uma assistência individualizada e de qualidade, é fundamental que o perfil e as especificidades desses pacientes sejam conhecidos. **Objetivo.** Conhecer o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes idosos internados na UTI do HNSC. **Método.** Pesquisa transversal descritiva, com abordagem quantitativa. Os dados – coletados por meio de instrumento específico – serão oriundos de prontuários, totalizando 400 pacientes maiores de 60 anos e com tempo de permanência na UTI superior a 24 horas. Para testar a aplicabilidade do instrumento, foi realizado um projeto-piloto com dez pacientes. **Resultados.** Dos idosos pesquisados, a maior parte pertencia ao sexo masculino (70%). Em relação à etnia, 50% eram brancos, 30% pardos e 20% negros. Quanto à idade, a maioria pertencia à faixa dos 60 a 65 anos (40%) e somente 10% tinham acima de 80 anos. Sobre a origem, metade dos idosos procedia de Porto Alegre. Quanto às características clínicas, a maior causa de internação dos idosos na UTI foi por insuficiência respiratória (70%), seguido de sepse (20%) e infarto (10%). A quase totalidade necessitou de ventilação mecânica (80%) e 30% necessitaram de hemodiálise. Sobre o desfecho, 40% tiveram alta da UTI, enquanto 60% foram a óbito. **Considerações finais.** Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva, envolvendo maiores custos, tratamento mais prolongado e recuperação mais lenta e complicada. Conhecer suas particularidades instrumentaliza os profissionais de saúde para planejar ações mais eficientes, contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial e melhores desfechos.

4.4 Prevalência e perfil das dermatopatias á nível de atenção primária

da Porciuncula, N.P.; Abuchaim, M.O.; Duarte, M.B.; da Rosa, R.F.

Introdução: As dermatoses são doenças muito comuns na prática clínica à nível de atenção primária. **Objetivo:** Os objetivos desse estudo foram revisar artigos na literatura que demonstrassem qual a frequência desse tipo de patologia nesse meio e quais os diagnósticos mais comumente encontrados. **Métodos:** Foram revisados 13 estudos sobre o assunto, sendo selecionados 8 para análise final, dos quais foram obtidos dados de prevalência e descrição das cinco dermatopatias mais identificadas. **Resultados:** A prevalência de queixas dermatológicas em atendimentos do nível básico de atenção variou entre 8-36%. As afecções de pele mais encontradas foram: acne, alopecia, eczemas, escabiose, candidíase, celulite, cisto sebáceo, micoses superficiais, miliaria, nevo rubi, onicopatias, pioderma, purpura senil, queratose seborreica, transtornos de pigmentação, tumores benignos e verrugas. Sendo que os eczemas foram as doenças mais encontradas em três análises. **Conclusão:** Apesar do ainda limitado número de estudos que envolvem essa abordagem, os dados obtidos conseguiram refletir a importância no conhecimento em dermatologia que profissionais da rede básica de saúde devem ter, visto o significativo percentual de pacientes que procuram atendimento por queixas dermatológicas. E, para facilitar esse conhecimento, conseguimos descrever algumas das doenças mais encontradas afim de que haja uma familiarização com esses diagnósticos para melhor abordagem e manejo dessa população.

4.5 Perfil dos pacientes co-infectados com HIV/HCV que concluíram o tratamento para hepatite C: resultados de um centro de referência do sul do país

Giulia Caruline Lima Costa, Alberi Adolfo Feltrin, Paulo Roberto Lérias de Almeida, Carolina Vargas Schwarzbold

Sub-tema: Produção de cuidado: as pessoas como centro da rede. Estima-se que, aproximadamente, 3% da população mundial esteja infectada pelo vírus da hepatite C (HCV).

Devido às semelhantes formas de contágio, é comum a coinfecção pelo vírus HIV. No Brasil, em um estudo feito entre os anos de 2007 e 2010, esta co-infecção foi referida em 11,4% do total de casos confirmados. Este trabalho trata-se de um estudo observacional, longitudinal e retrospectivo que buscou identificar as características dos pacientes co-infectados (HIV/HCV) que realizaram tratamento com alfapeginterferona e ribavirina no Centro de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis do Hospital Nossa Senhora da Conceição, no período de sete anos. Os dados foram coletados das fichas farmacoterapêuticas dos pacientes, lançados e analisados no programa Epi-Info. Entre os 81 indivíduos que compõem a amostra constatou-se que o sexo masculino foi o mais prevalente (76,5%), a faixa de idade predominante foi entre 40 e 49 anos e a origem dos mesmos concentrou-se na região metropolitana de Porto Alegre. O grau de fibrose hepática predominante entre os pacientes ficou entre F0 e F2 e o genótipo mais prevalente foi o do tipo 1. Os motivos que foram relevantes para a interrupção dos tratamentos antes da semana 48 foram reações adversas a medicamentos (6,17%), desistência voluntária (7,40%) e suspensão por ausência de Resposta Viroológica Precoce (RVP) na semana 12 (55,56%). Do restante dos pacientes, 16 (19,75%) obtiveram Resposta Viroológica Sustentada (RVS). Constatou-se ainda uma elevada adesão ao tratamento em pacientes co-infectados. Os índices de RVS comparados a outros estudos com co-infectados resultaram em percentuais aproximados, porém quando comparados a mono-infectados com HCV estes índices mostraram-se inferiores.

5. ACESSO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO DA SAÚDE DA MULHER

5.1 Avaliação da qualidade da assistência na Linha de Cuidado Mãe-Bebê na percepção das usuárias (resumo expandido)

Dinara Dornfeld; Lisete Maria Ambrosi

Introdução: A integralidade da atenção, que visa o usuário como foco da assistência, vem sendo o eixo norteador das ações em saúde desenvolvidas no Grupo Hospitalar Conceição. Nesta perspectiva, em 2004, a maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) modificou sua estrutura de funcionamento e seus processos de trabalho no sentido de organizar o atendimento, centrando-o nas necessidades da mãe e do recém-nascido (RN) e priorizando um cuidado baseado em evidências científicas e no respeito aos direitos da usuária, instituindo assim a Linha de Cuidado Mãe-Bebê (LCMB). Considerando que a incorporação do usuário no modelo participativo de atenção à saúde tem início por meio da avaliação subjetiva deste quanto ao atendimento ofertado(1), esta pesquisa teve o objetivo de avaliar a qualidade do atendimento prestado a mães, bebês e seus familiares pela LCMB, pautando-se na percepção das usuárias. Igualmente, acredita-se que a avaliação da opinião do usuário estimula o desenvolvimento e a manutenção de boas práticas, assim como contribui para que processos de trabalho e estrutura de atendimento sejam revistos e melhor adaptados para um cuidado qualificado(1, 2).

Metodologia: Estudo exploratório-descritivo, com desenho transversal e abordagem quantitativa, realizado na LCMB do HNSC. Considerando um coeficiente de confiança de 95% e erro absoluto de 6% para uma média de 400 nascimentos/mês, 267 usuárias participaram da pesquisa. Foram incluídas as mulheres que internaram no Centro Obstétrico (CO) e pariram RNs normais, permanecendo junto com seus bebês no Alojamento Conjunto (AC). Para a coleta de dados foi elaborado um questionário que considerou: o respeito e a individualidade, as informações recebidas, o incentivo à presença do acompanhante, o oferecimento de métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto (MNFAD), a promoção do contato pele a pele (CPP) e da amamentação e a estrutura para o atendimento (alimentação, higienização, acomodação). Ele foi distribuído no período de maio a agosto de 2010, na 1ª e na 3ª semana de cada mês, às primeiras 05 usuárias que receberam alta hospitalar e aceitaram participar da pesquisa. Para a análise das variáveis pesquisadas foi utilizada a estatística descritiva. Os preceitos bioéticos foram respeitados e seguidos de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC (nº 10-053) e a coleta de dados teve início somente após aprovação deste comitê.

Resultados e Discussão: Uma breve caracterização da amostra evidenciou que a maioria das mulheres pesquisadas era procedente de Porto Alegre, estava contida na faixa etária entre 19 e 34 anos de idade, com escolaridade fundamental e média, morava com o companheiro, não exercia atividade econômica formal e realizou pelo menos seis consultas ou mais de pré-natal. Em relação à satisfação das usuárias, a análise dos dados revelou que 94,7% avaliou ter sido atendida com respeito e individualidade durante toda a internação hospitalar e que suas dúvidas e de seus familiares foram suficientemente esclarecidas. De fato, para as parturientes, a informação pode ser um fator relevante, influenciando na autonomia de escolher ou recusar os procedimentos que dizem respeito sobre seu corpo(3). Além disso, receber informações sobre a evolução do parto pode representar uma individualização e humanização da assistência, pois facilita a compreensão sobre o cuidado realizado, aumentando a percepção de estar participando desse processo(4). A maioria das mulheres também afirmou que se sentiu segura e apoiada pela equipe de saúde. Dentre as considerações, elas relataram que os

profissionais se mostraram qualificados, atenciosos, empáticos e preocupados com o bem-estar da mãe e do bebê. Esses relatos corroboram com outro estudo realizado na instituição, que identificou o desempenho do apoio empático por parte da equipe de saúde e a sua importância para a promoção de circunstâncias seguras de cuidado para a mãe e o RN(5). Dentre as mulheres pesquisadas, 95% relataram que foram informadas no momento da admissão no CO quanto à possibilidade de terem um acompanhante de sua escolha. As mulheres que tiveram acompanhante destacaram que ele foi importante, pois lhes transmitiu segurança e confiança. Estas percepções estão em consonância com a literatura sobre o tema, onde se afirma que o acompanhante representa para muitas mulheres uma reaproximação com seu ambiente familiar, sendo aquele com quem elas podem dividir o medo e a ansiedade, tendo o apoio desejado nos momentos difíceis(3). Durante o trabalho de parto, o MNFAD foi oferecido para 93% das parturientes, sendo esse resultado superior ao encontrado em outro estudo que avaliou o desenvolvimento dessa prática em dois hospitais vinculados ao SUS(4). As mulheres que realizaram um ou a combinação de alguns desses métodos (massagem, banho relaxante, caminhada, respiração controlada e bola obstétrica) afirmaram que sentiram alívio da dor, que acelerou o processo de parto e que principalmente ajudou na autoconfiança e no relaxamento. Estas constatações reforçam os benefícios do MNFAD no suporte à mulher durante o trabalho de parto, visto que lhe permite mais controle sobre o processo, diferente da analgesia farmacológica(4). O CPP, que consiste na colocação do RN sob o colo materno imediatamente após o nascimento por tempo prolongado, contribui para a estabilidade térmica e cardiorrespiratória do RN e favorece o vínculo mãe-bebê e a amamentação(6). A oportunidade do CPP foi mencionada em 94% dos questionários, e as usuárias expressaram sentimentos intensos de satisfação com essa prática. A promoção do aleitamento materno na LCMB foi relatada em mais de 90% dos questionários, evidenciando o empenho do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno/HNSC na sensibilização e capacitação de todos os profissionais atuantes na LCMB para o apoio e promoção dessa prática fundamental para a saúde da criança. O HNSC é credenciado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança desde o ano de 2000. Em relação ao meio no qual o cuidado de saúde é ofertado, mais de 80% das mulheres ficou satisfeita com a alimentação, a limpeza e as acomodações da LCMB. Esses valores são semelhantes aos encontrados em estudo realizado num hospital-escola de São Paulo que atende usuários do SUS(2). Finalmente, a grande maioria da amostra (96,3%) ficou satisfeita no geral com a LCMB, valorizando o bom atendimento, com profissionais atenciosos, simpáticos e qualificados. Esta avaliação é encorajadora, visto que a satisfação geral do usuário com o serviço prestado está diretamente relacionada à sua relação com a equipe de saúde que lhe atendeu(2).

Conclusões: Os resultados apresentados mostram que de fato existe um empenho por parte da equipe de saúde e da gestão da LCMB para uma qualificação da assistência ao processo de parto e nascimento, valorizando-o como um momento especial e único na vida da mãe, do bebê e de seus familiares.

Referências

1. Almeida CALT, Yoshimi O. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev Saúde Pública. 2008;43(1):98-104.
2. Ricci NAW, Silva F, Oliveira MS, Rebelatto JR. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(Supl 1):1125-34.
3. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCPdJ. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. Rev esc enferm USP. 2011;45(1):62-70.
4. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais. Cad Saúde Pública. 2008;24(8):1859-68.
5. Dornfeld D. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. Rev Eletr Enf. 2011;13(2):190-8.
6. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011.

5.2 Acesso, coordenação e integração do cuidado no acompanhamento de mulheres com lesões precursoras do câncer do colo do útero (resumo expandido).

Daniela Montano Wilhelms, Rui Flores, Mary Clarisse Bozzetti

Introdução: O câncer do colo do útero é precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva. Inicia a partir de uma lesão precursora (LP) curável na quase totalidade dos casos, quando detectado precocemente e seguido do efetivo tratamento. Entretanto, ainda é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres^{1,2}. A incidência e a mortalidade por este câncer declinaram nas últimas décadas em países desenvolvidos, principalmente após implantação de programas organizados de rastreamento utilizando o exame Papanicolaou ou citológico (CP)^{3,4,5,6,7,8,9,10}. O objetivo primordial do rastreamento é identificar mulheres que apresentem maior risco de desenvolver câncer. A prioridade seriam aquelas que nunca foram submetidas ao exame na faixa etária preconizada; e aquelas cujos resultados dos exames citológicos do colo do útero indiquem maior potencial de malignidade^{11,12,13}. Apesar das ações de prevenção e detecção precoce que foram desenvolvidas no Brasil (Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama¹⁴), houve discreta redução das taxas de incidência e mortalidade ao longo dos anos. Em documento do Instituto Nacional do Câncer (INCA) aponta-se que estes piores resultados devem-se ao diagnóstico tardio, a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde e, ainda, a dificuldade dos gestores em definir e estabelecer uma linha de cuidados que perpassasse todos os pontos de atenção¹⁵. O controle do câncer do colo do útero está diretamente relacionado com a possibilidade de diagnóstico correto e tratamento efetivo. Para tal as mulheres deveriam ter acesso fácil e ágil aos serviços, com flexibilidade para marcar e remarcar consultas e rapidez no atendimento. No entanto, supõe-se que um percentual significativo de mulheres que são encaminhadas para avaliação colposcópica não chega a fazê-la, e o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento¹⁶. O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Conceição tem orientado suas ações sob a perspectiva do modelo da atenção primária à saúde (APS), desde sua criação em 1983. Estudos apontam que sistemas orientados pela APS apresentam melhores resultados, no que se refere, à provisão de cuidados em saúde, ao alcance de maior equidade e eficiência, à continuidade da atenção e à satisfação dos usuários^{17,18,19,20,21,22,23}. Além disso, há certo consenso de que a atenção primária deve constituir-se como a base do sistema de saúde com capacidade para organizá-lo em sua totalidade^{19,23,24}. O SSC trabalha há mais de 20 anos com ações programáticas para o controle do câncer do colo do útero. Para monitoramento e avaliação destas atividades é analisada a base de dados de laudos de CPs do GHC (exames processados no laboratório de patologia do HNSC), compatível com o SISCOLO - sistema de informação em saúde de colo uterino do Ministério da Saúde do Brasil. Esta base de dados é relacionada com o cadastro de base populacional do SSC, permitindo o acompanhamento das mulheres do território. São monitoradas e analisadas a cobertura e a qualidade do exame citológico e, identificadas as mulheres com alterações no exame (rastreamento positivo). As informações são sistematizadas em relatórios, disponíveis para consulta no sistema de informação da US. Publicam-se as mulheres que não apresentam registro de realização do CP no SSC, na faixa etária preconizada para o rastreamento e as mulheres com resultados alterados. É possível fazer consultas específicas: por tipo de alteração, por profissional responsável, por ano, etc. Como existe associação entre não ter CP e maior risco de carcinoma, as equipes de saúde são incentivadas a planejar suas ações com foco nesta população. Os “casos positivos” no rastreamento são comunicados às equipes de saúde. Nas alterações com maior potencial para desenvolvimento de câncer (lesões precursoras) a comunicação também é realizada via telefônica, diretamente ao profissional responsável pela coleta do exame da mulher. A conduta clínica recomendada nestes casos é o encaminhamento ao ambulatório de ginecologia para o esclarecimento diagnóstico com realização de colposcopia e biópsia. Todas as mulheres com lesão precursora são monitoradas em relação à realização do diagnóstico, tratamento e

seguimento posterior. Em caso de dificuldade na adesão a qualquer etapa deste processo, as equipes de saúde são comunicadas, e é realizada busca ativa. Nas situações mais complexas de falha de adesão às recomendações orienta-se discussão multiprofissional para estabelecer o plano de abordagem e cuidado mais adequado de acordo com as particularidades de cada situação. Uma das metas do SSC é o acompanhamento de 100% das mulheres com lesões precursoras no CP, mas o serviço ainda não dispõe de uma avaliação sistemática desta ação ao longo do tempo. Nesta direção, este estudo descreve e avalia o rastreamento, diagnóstico/tratamento e acompanhamento de mulheres usuárias do SSC que apresentaram lesões precursoras em seus exames citológicos de colo uterino (rastreamento positivo) entre os anos de 2001 e 2007.

Metodologia: A análise foi realizada tendo como perspectiva a prática da atenção primária à saúde relacionada às dimensões de acesso, continuidade do cuidado e coordenação entre os pontos de atenção. Foi realizado estudo observacional do tipo coorte histórica. A amostra foram todas as 134 mulheres que apresentaram LP no exame citológico do colo do útero, no período entre 2001 e 2007, usuárias do SSC. A proporção de alterações identificadas no período foi 85% lesão intraepitelial de alto grau, 8% células escamosas atípicas, não pode excluir neoplasia e 7% carcinoma. Houve encaminhamento ao serviço de referência para 94% mulheres, destas, confirmaram o diagnóstico 80% dos casos (tabela 1). O tempo mediano entre a data do CP alterado e a data da consulta no ambulatório de ginecologia foi 25 dias.

Tabela 1 - Distribuição do número de mulheres de acordo com o resultado do CP, a condição prévia de rastreamento, consulta e o diagnóstico no serviço de referência. SSC/GHC. 2001-2007.

Variáveis	ASC-H		NIC II		NIC III		Carcinoma		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Condição prévia de rastreamento										
n de mulheres com CP anterior	3	5%	23	45%*	17	33%	8	16%*	51	38%
n de mulheres com CP anterior	8	10%	55	66%	19	23%	1	1%	83	62%
Encaminhamento ao serviço de referência										
Compareceu à consulta	10	91%	74	95%	33	92%	9	100%	126/134	94%
Diagnóstico	9	90%	72	97%	33	100%	8	89%	122/126	97%
Realizou exame histológico	9	100%	65	90%	32	97%	8	100%	114/122	93%
Confirmou alteração**	4	44%	48	74%	31	97%	8	100%	91/114	80%

* p=0,02 (teste exato de Fisher), resíduos ajustados significantes

** exame histológico (diagnóstico) com resultado NICII, NICIII ou carcinoma

No acompanhamento após o tratamento, 89% apresentaram CP posterior normal, sendo 66% com seguimento na APS (tabela 2). As mulheres com diagnóstico de carcinoma, foram tratadas e realizaram CP posterior com resultado normal.

Tabela 2 - Distribuição de mulheres segundo presença e local de realização de CP após os procedimentos terapêuticos. 2001-2007. SSC.

	seguimento completo*	seguimento parcial#	sem seguimento&
número de mulheres	57/122	51/122	14/122
registro de último CP na unidade do SSC	38/57	33/51	-
registro de último CP na ginecologia	19/57	18/51	-

seguimento completo* - ao menos um exame CP por ano, no primeiro, segundo e após 2 anos do CP alterado.

seguimento parcial# - ao menos um CP posterior ao CP alterado.

sem seguimento& - não tem registro de CP posterior ao CP alterado.

Identificou-se que as ações de vigilância em saúde desenvolvidas no SSC, e a presença de prontuário eletrônico facilitaram a coordenação e a integração dos cuidados. Altas

proporções de mulheres foram comunicadas sobre a alteração, realizaram diagnóstico/tratamento e seguimento (continuidade do cuidado). Estima-se que a articulação entre os serviços do GHC (coordenação do cuidado) promoveu acesso adequado com fluxo ágil de referência, o que pode ter influenciado na maior adesão aos cuidados.

Referências

1. Miller AB et al. Report on consensus conference on cervical cancer screening and management. *Int J Cancer* 2000; 86:440-447.
2. IARC - International Agency of Research on Cancer. Cancer screening and early detection of cancer [acesso em out. 2010]. Lyon. Disponível em: <http://screening.iarc.fr>.
3. La Vecchia C, Franceschi S, Decarli A, et al. Pap smear and the risk of cervical neoplasia: quantitative estimates from a case-control study. *Lancet* 1984; 2:779-82.
4. Berrino F, Gatta G, d'Alto M, et al. Efficacy of screening in preventing invasive cervical cancer: a case-control study in Milan, Italy. *IARC Sci Publ* 1986; 76:111-23.
5. Hakama M, Chamberlain J, Day NE, Miller AB, Prorok PC. Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer. *BrJCancer*.1985;52,669-73.
6. Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organized screening programmes. *Lancet* 1987;1:1247-9.
7. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen J. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ* 1999; 318:904-8.
8. Gustafsson L, Ponten J, Zack M, Adami H-O. International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. *Cancer Causes Control*.1997; 8:755-63.
9. World Health Organization. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2002.
10. Bray F, Loos AH, McCarron P, Weiderpass E, Arbyn M, Moller H, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:677-86.
11. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A. The 2001 Bethesda system: Terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287(16):2114-9.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de Atenção Básica-vol 13. Controle dos cânceres de colo de útero e mama. Brasília: 2006.
13. Instituto Nacional de Câncer - INCA (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Controle do câncer do colo do útero. Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino. Brasília, 2001.
15. Instituto Nacional de Câncer/INCA (Brasil). Estimativa 2008 - Incidência de Câncer no Brasil [acesso jul. 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
16. Zeferino LC. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(5):213-5.
17. Starfield B. Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.
18. Shi LSB, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002; 37: 529-50.
19. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38:831-865.
20. Starfield B. State of the Art in Research on Equity in Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006; 31:11-32.
21. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 2006; 23:308-16.
22. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007;37(1):111-26.
23. Kringos, DS et al. The breadth of primary care a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10:65.
24. Boerma WGW, Dubois CA. Mapping primary care across Europe. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Open University Press; 2006; 22-49.

5.3 Doação de sangue do cordão umbilical e placentário: a importância da informação para a tomada de decisão

Arleide Baseggio; Dinara Dornfeld

O sangue do cordão umbilical e placentário (SCUP) vem sendo utilizado para diversos procedimentos clínicos nos últimos anos, principalmente no transplante de medula óssea. Nas situações em que os pacientes necessitam de transplante de medula óssea e não encontram doadores compatíveis junto a seus familiares, o material proveniente da doação de SCUP torna-se uma alternativa valiosa. Contudo, os Bancos Públicos que armazenam esse material ainda são poucos e as informações disponíveis à população relativas à doação de SCUP são escassas. Dessa maneira, esta pesquisa busca conhecer a contribuição da informação para a tomada de decisão de mulheres que doaram o SCUP no momento do parto em uma maternidade pública no município de Porto Alegre/RS. Este será um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, que utilizará a entrevista semiestruturada como estratégia para a coleta de dados e a análise de conteúdo de Bardin para a análise dos resultados. Almeja-se que os

resultados deste estudo sirvam de subsídios para que gestores, profissionais da saúde, assim como os programas governamentais possam levar à população as informações relacionadas ao tema e, dessa maneira, sensibilizar as pessoas para a doação de SCUP.

5.4 Capacitação e atualização em aleitamento materno para profissionais da área da saúde

Beatriz Streppel; Maria Emilia de Mattos Soares; Kathiúscia Paul Gravina

Objetivos: Cumprir o Passo 2 – “Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma”, dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança da OMS/UNICEF/MS; Atualizar profissionais que atuam junto ao binômio - mãe/bebê. Este curso é aplicado no HF desde março de 1995, ocorria duas vezes/ano com 18h/aula e uma média de 20 participantes do HF. Em 2009 passou para 20h (conforme orientação do MS) e ocorre quatro vezes/ano com uma média de 40 participantes do GHC, UBSs do Município e profissionais de saúde do Estado. O conteúdo segue o modelo da Iniciativa Hospital Amigo de Criança (IHAC) da OMS, UNICEF e MS. É referência para Residentes de Nutrição do segundo ano da RIS/GHC e da Escola de Saúde Pública e UBS Murialdo, como pré requisito do estágio no Banco de Leite Humano do Hospital Fêmina.

5.5 Violência doméstica contra a mulher – Reflexões a partir da análise de documentos de uma unidade de saúde da zona norte de Porto Alegre-RS

Carolina da Rosa Reis

O caminho que propomos percorrer neste processo preliminar e inacabado que caracteriza o projeto de pesquisa, é o da violência, onde ela consegue mostrar sua face mais cruel, e onde ainda é possível invisibilizar-se: a Violência Doméstica Contra Mulher. Temos como objetivo analisar os acompanhamentos realizados pela equipe da Unidade de Saúde Santíssima Trindade aos casos de Violência Doméstica Contra Mulher em que a situação teve expressão no primeiro semestre de 2011. Será uma pesquisa documental de cunho qualitativo, que se propõe a refletir aspectos do trabalho da Atenção Primária em Saúde considerando as potencialidades bem como as fragilidades desta rede de atenção.

6. AS EVIDÊNCIAS QUALIFICANDO O CUIDADO CIRÚRGICO

6.1 Valor adicional do NT-proBNP pós-operatório em pacientes de risco intermediário e alto submetidos à cirurgia não-cardíaca

Flávia Kessler Borges, Mariana Vargas Furtado, Ana Paula Webber Rossini, Carolina Bertoluci, Vinícius Leite Gonzalez, Eduardo Gehling Bertoldi, Luíza Guazzeli Pezzali, Daniel Luft Machado, Denis Maltz Grutcki, Leandro Rech, Mariana Magalhães, Carisi Anne Polanczyk

Introdução: A avaliação clínica nem sempre é suficiente para prever complicações cardíacas. Embora a dosagem pré-operatória de NT-proBNP esteja associada com desfechos cardíacos adversos, não há consenso se a determinação de NT-proBNP no pós-operatório possa fornecer valor prognóstico adicional em pacientes submetidos à cirurgia não-cardíaca.

Métodos: Neste estudo, 145 pacientes com idade ≥ 45 anos, com pelo menos um fator de risco do Índice Cardíaco de Risco Revisado e submetidos a cirurgia não-cardíaca de médio ou alto risco foram arrolados prospectivamente. Níveis de NT-proBNP foram medidos no pré-operatório e no pós-operatório. Modelos de regressão logística foram construídos para avaliar preditores de eventos cardíacos a curto prazo. Curvas ROC foram utilizadas para definir os níveis discriminatórios ideais de NT-proBNP pré e pós-operatórios. **Resultados:** Durante um acompanhamento médio de 29 ± 9 dias, 17 pacientes (11,7%) tiveram eventos cardíacos maiores (14 infartos do miocárdio não fatais, 2 paradas cardíacas e 3 óbitos cardiovasculares). Os melhores níveis discriminatórios de NT-proBNP pré e pós-operatórios foram 917 e 2962 pg/ml, respectivamente. Níveis pré e pós-operatórios de NT-proBNP (OR = 4,7; IC 95% 1,62-13,73; $p=0,005$ e OR 4,5, IC 95% 1,53-13,16; $p=0,006$, respectivamente) foram associados significativamente com eventos cardíacos adversos na análise univariada. Após o ajuste para diversas variáveis perioperatórias, o NT-proBNP pré-operatório (OR ajustado 4,2; IC 95% 1,38-12,62, $p=0,011$) permaneceu significativa e independentemente associado a eventos cardíacos adversos. **Conclusão:** Este estudo confirma que o NT-proBNP é um poderoso marcador de eventos cardiovasculares perioperatórios em pacientes de alto risco. Embora significativamente relacionado com piores resultados, os níveis pós-operatórios foram menos informativos do que os níveis pré-operatórios. Uma única determinação pré-operatória de NT-proBNP deve ser considerada na avaliação de risco atual pré-operatório.

6.2 Optimal Timing no tratamento cirúrgico da colecistite aguda: uma atualização

Rosa, R. V.; Abuchaim, M. O.; Porciúncula, N. P.; Accorsi, B. F.; Silveira, L. L.; Duarte, M. B.

Introdução: O tratamento definitivo para a colecistite aguda é o cirúrgico, porém o tempo ideal para realização deste procedimento ainda é discutido. Ultimamente, a tendência é realizar colecistectomia em até 72h pós-admissão, nos pacientes em condições para tal. Estudos recentes têm suportado essa idéia, afirmando menores índices de conversão, complicações pós-operatórias, taxas de re-intervenção e internação hospitalar. **Objetivos:** Levar a profissionais e estudantes de medicina uma atualização sobre o tema, baseada em estudos de diversos países. Um tema diário na vida médica necessita conhecimento e constante atualização. **Metodologia:** Foram pesquisados artigos atuais e de expressão, de diversos países, em bancos de dados renomados, tais como PubMed, UpToDate e o NEJM. **Resultados:** Um recente grande estudo europeu com 4113 pacientes analisou diversas variáveis para o paciente colecistectomizado videolaparoscopicamente de acordo com o dia do procedimento em relação à admissão hospitalar. Foram relatadas maiores taxas de conversão para cirurgia aberta, re-operação, complicações pós-operatórias e estadia hospitalar para os

pacientes operados com 48h ou mais de internação. Isso sugere que quanto mais cedo instituído o tratamento cirúrgico, não só minimiza o impacto financeiro para a instituição, como também diminui morbidade. Outros dois estudos compartilham resultados, fixando, porém, o *cut-off* para maiores benefícios em 72h e 60h, respectivamente. Vale ressaltar que um estudo asiático achou resultados conflitantes, inclusive com aumento de infecção da ferida operatória e do tempo operatório para a cirurgia precoce, mas ao final recomenda também tratamento precoce. **Conclusão:** Diante dos resultados obtidos recentemente por diversos estudos, fica evidente a tendência para a realização precoce, de preferência dentro dos três primeiros dias de internação, da colecistectomia, de preferência videolaparoscópica, para o tratamento de pacientes com colecistite aguda, visando redução da morbidade e custos para a instituição assistente. Contudo, os resultados não são unânimes, inferindo necessidade de mantermo-nos sempre atualizados com o tema.

6.3 Uso clínico da troponina I ultrassensível em pacientes de intermediário e alto risco submetidos à cirurgia não-cardíaca: preditores e prognóstico

Flávia Kessler Borges, Mariana Vargas Furtado, Ana Paula Webber Rossini, Carolina Bertoluci, Vinícius Leite Gonzalez, Eduardo Gehling Bertoldi, Luíza Guazzeli Pezzali, Daniel Luft Machado, Denis Maltz Grutcki, Leandro Rech, Mariana Magalhães, Carisi Anne Polanczyk

Introdução: A elevação de troponina pós-operatória auxilia na detecção de complicações cardiovasculares em pacientes submetidos à cirurgia não-cardíaca. A nova geração de troponina I ultrassensível (TnI-US) poderia adicionar informação prognóstica mais precisa neste contexto. **Objetivos:** Avaliar o valor prognóstico da TnI-US pós-operatória em cirurgia não-cardíaca em pacientes de risco intermediário e alto, e identificar preditores de elevação de TnI-US. **Métodos:** 142 pacientes consecutivos com Índice Cardíaco de Risco Revisado ≥ 2 , submetidos à cirurgia não-cardíaca de intermediário e alto risco foram incluídos. Níveis de TnI-US foram medidos no primeiro e segundo dias pós-operatórios. Os pacientes foram acompanhados durante a internação e 30 dias após a cirurgia para identificação de eventos cardiovasculares adversos maiores. **Resultados:** A elevação TnI ($\geq 0,04 \mu\text{g/L}$) ocorreu em 47 (33%) pacientes. Entre estes, 14 (30%) preencheram critérios para o diagnóstico de infarto do miocárdio (IM). Depois de 29 ± 9 dias de acompanhamento, 16 pacientes (11,3%) tiveram eventos cardiovasculares adversos maiores e 9 (6,3%) morreram. Excluindo pacientes com diagnóstico final de IM, os preditores de elevação da TnI foram diálise, história de insuficiência cardíaca, sangramento maior trans-operatório e níveis de NT-proBNP pré e pós-operatórios. Valores máximos de TnI tiveram a melhor sensibilidade combinada (94%), especificidade (75%), valores preditivos e acurácia geral (AUC 0,89; IC 95% 0,80-0,98; $p < 0,001$) para eventos cardiovasculares adversos maiores. Após análise multivariada, os fatores de risco independentes para eventos cardiovasculares adversos maiores foram níveis máximos de TnI pós-operatórios (OR 9,4, IC 95% 2,3-39,2; $p = 0,002$) e níveis pré-operatórios de NT-proBNP $\geq 917 \text{ pg/ml}$ (OR 3,47, IC 95% 1,05-11,6 $p = 0,041$). **Conclusão:** Níveis pós-operatórios de TnI-US foram um fator prognóstico independente para eventos cardiovasculares adversos. Sua dosagem deve ser considerada como um componente da avaliação do risco perioperatório. Insuficiência cardíaca, insuficiência renal dialítica, sangramento intra-operatório maior e níveis de NT-proBNP pré e pós-operatórios estão relacionados com a elevação da troponina.

6.4 Experiência Inicial com Ablação por cateter sem uso de fluoroscopia

Leonardo Martins Pires, Tiago Luiz Luz Leiria, Marcelo Lapa Kruse, Rafael Ronsoni, Caroline Saltz Gensas, Gustavo Glotz de Lima

Objetivos: Avaliamos a possibilidade de realizar ablação por cateter com uso exclusivo de mapeamento eletro-anatômico (MEA), dispensando a fluoroscopia. Comparamos o tempo total de procedimento e taxas de sucesso contra a técnica com uso de fluoroscopia (FLUORO) com emissão de Raios X, bem como comparar taxas de sucesso de procedimentos entre estas duas técnicas. **Métodos:** Foram selecionados e comparados todos os casos (total de 87) de ablações realizados no IC-FUC de maio a julho de 2011, sendo excluídos estudo eletrofisiológico diagnóstico, ablação de fibrilação atrial e casos em que as duas técnicas foram usadas. Destes, 82 foram com FLUORO e 5 apenas com MEA. Não houve diferença de idade e sexo entre os grupos. Não ocorreu diferença entre o tempo de realização do exame (FLUORO = $80,9\text{min} \pm 27,8\text{min}$ – MEA = $83,4\text{min} \pm 20,3\text{min}$; $p=0,84$) nem diferença entre sucesso imediato (na alta hospitalar) dos procedimentos (FLUORO = 80,5% - MEA = 80%; $p=0,57$). Não houve complicações durante os procedimentos. **Conclusão:** A introdução do MEA abriu novas possibilidades terapêuticas para pacientes portadores de arritmias, diminuindo riscos da radiação em procedimentos que envolvam a fluoroscopia. Neste estudo, de maneira inicial, foi possível demonstrar que é viável a realização de ablações apenas com o uso do MEA, com tempo e sucesso semelhantes aos com uso de fluoroscopia. É necessário estudos maiores e randomizados comparando as duas técnicas.

7. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

7.1 Avaliação da compatibilidade de medicamentos administrados por sonda nasoesnteral em pacientes de um hospital público de Porto Alegre.

Luciane Lindenmeyer, Luiza R Grazziotin Lago e Alice Velho

Introdução: O conhecimento sobre os riscos inerentes ao cuidado permite a identificação de potenciais fontes de agravo e adoção de medidas preventivas. Entre elas está a intervenção farmacêutica (IF), que consiste em um ato planejado, efetuado junto a outros profissionais, que visa resolver ou prevenir problemas que interferem na farmacoterapia. A IF é particularmente importante quando realizada em pacientes que recebem a terapia medicamentosa através da sonda nasoesnteral (SNE), pois nestas situações pode ocorrer perda das propriedades do medicamento, interações com a dieta e conseqüente redução de eficácia do tratamento.

Objetivos: Identificar incompatibilidades, interações entre medicamentos e alimentos em prescrições de pacientes em uso de SNE e a aceitação das IF. **Métodos:** De agosto a dezembro de 2011, as prescrições de medicamentos dos pacientes que utilizam SNE foram avaliadas quanto à compatibilidade do medicamento com a via nasoesntérica, horário de administração e interações dos medicamentos administrados com a dieta. Quando estes problemas foram identificados, realizou-se a IF através da inserção de lembrete no prontuário eletrônico. **Resultados:** Foram realizadas 108 IFs, sendo que destas, 73% refere-se à incompatibilidade da FF (cápsulas ou comprimidos revestidos) à SNE (omeprazol, levotiroxina, metoprolol, fluoxetina e sulfametoxazol/trimetoprima). Vinte IFs foram realizadas para adequação do horário de administração, em 13 sugere-se monitorar a terapia, 10 por interações medicamentosas e 6 por interações com alimentos. Das IFs realizadas 66 foram aceitas e as prescrições alteradas, 22 não foram aceitas, e em sete prescrições não foi possível verificar o resultado da intervenção (mudança da dieta, alta hospitalar e/ou óbito). **Conclusão:** As IFs foram úteis, pois identificaram possíveis fontes de incompatibilidades e interações, apontando a equipe alternativas para otimizar a terapia medicamentosa.

7.2 Busca ativa de eventos adversos relacionados a medicamentos utilizando o “trigger tool” dexclorfeniramina.

Luciane Lindenmeyer, Luiza Grazziotin Lago, Gabriela Valentin Duarte

Introdução: “Triggers tools” têm sido definidos como “bandeiras ou gatilhos” facilmente identificáveis de ocorrências nos registros dos pacientes, que alertam para potenciais erros ou eventos adversos. A dexclorfeniramina é empregada como trigger, pois pode indicar a ocorrência de reação alérgica relacionada ao uso de medicamentos ou eventos adversos.

Objetivo: Acompanhar a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos (reações adversas) utilizando o rastreador dexclorfeniramina. **Métodos:** Estudo prospectivo de avaliação de prontuários de pacientes com prescrição de dexclorfeniramina para identificação de possíveis reações adversas (RA) ou outros eventos relacionados a medicamentos. Para os casos em que houve suspeita de RA, foi aplicado o Algoritmo de Naranjo para avaliação da relação de causalidade. As RA possivelmente relacionadas a quimioterápicos foram classificadas de acordo com os critérios CTCAE versão 4.0. As reações adversas consideradas relevantes ou de interesse para a farmacovigilância são notificadas a ANVISA. **Resultados:** De agosto a dezembro de 2011 foram verificados 306 prontuários, sendo que em 36 pacientes (12,41%) foram identificadas suspeitas de reações adversas. Destas, oito foram notificadas à ANVISA: hepatotoxicidade por aciclovir, farmacodermia por risperidona, necrólise epidérmica

tóxica por fenitoína, neutropenia febril grau IV por ARA-C (citarabina altas doses) e Hyper CVAD (Metotrexato, Citarabina, Doxorubicina, Ciclofosfamida, Vincristina), pancitopenia grau IV por Hyper CVAD, mielotoxicidade por sulfadiazina, síndrome de Stevens Johnsons por sulfadiazina e antirretrovirais, astenia por paclitaxel. **Conclusão:** A utilização da ferramenta gatilho dexclorfeniramina mostrou-se útil para a detecção de RAM, pois foi possível identificar reações adversas graves e de interesse da farmacovigilância como síndrome de Stevens Johnson, necrólise epidérmica tóxica e mielotoxicidade. Porém como ferramenta única de detecção, não foi capaz de detectar eventos adversos como erros de medicação.

7.3 Avaliação de incompatibilidades medicamentosas em prescrições do serviço de emergência de hospital público de Porto Alegre

Maitê Telles dos Santos – Farmacêutica Residente - Grupo Hospitalar Conceição, Fabiana Wahl Hennigen – Farmacêutica - Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Introdução: Incompatibilidades medicamentosas são reações físico-químicas ocorridas *in vitro* quando dois ou mais medicamentos são misturados no mesmo recipiente ou equipo, e o produto obtido é diferente do esperado. **Objetivo:** Avaliar as prescrições da unidade de pacientes críticos da emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição quanto à possibilidade de incompatibilidades entre os medicamentos intravenosos. Estimar a economia considerando o custo dos medicamentos mais envolvidos nas incompatibilidades e que as mesmas tenham sido evitadas. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo de agosto a outubro de 2011, por meio da avaliação das prescrições quanto a incompatibilidades, utilizando o *software Drugdex – Thomson Micromedex*. Foram analisados a média de medicamentos intravenosos nas prescrições, total de prescrições com incompatibilidades e frequência dos medicamentos e incompatibilidades mais envolvidos. As incompatibilidades foram informadas à equipe com sugestões para evitá-las. Para estimar os gastos com as incompatibilidades foi considerado o valor de aquisição dos produtos pela instituição no período do estudo. **Resultados:** Foram analisadas 152 prescrições, sendo 4,8 a média de medicamentos intravenosos na mesma prescrição. Dessas prescrições, 42,1% apresentaram pelo menos uma incompatibilidade. Foram verificadas 171 incompatibilidades, sendo os medicamentos mais envolvidos: midazolam (17,8%), fenitoína (9,4%) e azitromicina (8,2%) e as incompatibilidades: midazolam *versus* piperacilina + tazobactam (11,1%), azitromicina *versus* fentanil (5,8%) e ampicilina + sulbactam *versus* midazolam (5,8%), caracterizadas por precipitação. O impacto econômico foi estimado considerando o custo dos medicamentos mais envolvidos, R\$ 2336,60 no período em que o estudo foi realizado. **Discussão:** A análise farmacêutica das incompatibilidades é de extrema importância para o uso racional dos medicamentos, contribuindo para segurança do paciente e economia para o hospital. Com os dados encontrados, foi elaborada para a equipe uma tabela de consulta rápida com as incompatibilidades dos medicamentos mais utilizados e realizado treinamento relativo à importância da prevenção.

7.4 Seguimento farmacoterapêutico na hepatite c crônica – resultados obtidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC

Roberto Rocha Bystronski, Giulia Caruline Lima Costa, Alberi Adolfo Feltrin3, Paulo Roberto Lérias de Almeida, Aline Lins Camargo

Introdução: A hepatite C crônica é importante causa de morbidade. O Ministério da Saúde estabeleceu Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da doença e foram implantados Centros de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis (CAMMI) com

interferon peguilado e ribavirina (PEG/RBV). O atendimento nestes centros prevê seguimento farmacoterapêutico, visando uma melhor adesão, adequação da terapia de acordo com os efeitos adversos observados, comunicação ágil com o médico e suspensão do tratamento quando não se obtêm resposta virológica precoce (RVP). **Objetivos:** apresentar características dos pacientes atendidos, frequências de intervenções farmacêuticas e efeitos adversos e resultados obtidos após tratamento no CAMMI-HNSC. **Metodologia:** Coorte de pacientes em tratamento com PEG/RBV atendidos no CAMMI-HNSC, de março de 2004 a dezembro de 2010. Os dados foram coletados das fichas farmacoterapêuticas dos pacientes, lançados e analisados no programa Epi-Info. **Resultados:** No período analisado 745 pacientes foram atendidos, a maioria homens (55,3%), com genótipo 1 (79,7%), fibrose avançada (52,1%) e idade média de 50,3 anos. Intervenções farmacêuticas foram necessárias para 311 pacientes (41,7%). Contato farmacêutico-médico foi necessário em relação a 35,4% (264) dos pacientes. As reações adversas mais frequentes foram cefaléia (60,1% dos pacientes), astenia (59,1%) e mialgia (52,1%). Em relação aos resultados terapêuticos obtidos, 446 (59,9%) pacientes concluíram as 48 semanas de tratamento, destes 382 (51,3%) obtiveram PCR negativo. No entanto, ao considerar o resultado do PCR na semana 72, levando em conta a intenção de tratar, apenas 239 pacientes (32,1%) obtiveram resposta virológica sustentada (RVS). **Discussão e Conclusão:** Em função do atendimento prestado, a adesão ao tratamento é bastante elevada (98,1%). No entanto, os resultados obtidos indicam que a RVS obtida na prática clínica assistencial é inferior às apresentadas nos ensaios clínicos.

8. CONSTRUINDO UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO EM CÂNCER

8.1 Resiliência em Oncologia: construção de um espaço para diálogo entre enfermeiros da rede SUS (resumo expandido)

Quadros, de Alexander; Stobäus, Claus Dieter.

Resumo: Estudo com abordagem qualitativa, descritivo-exploratório com o objetivo de identificar quais os fatores de risco e proteção estão envolvidos no cuidar em oncologia e criar um espaço para discussão da construção da resiliência neste ambiente. Desenvolvido em um hospital de grande porte na rede SUS de Porto Alegre. Os sujeitos foram 37 enfermeiros que responderam a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993). E 8 enfermeiros que responderam a uma entrevista semi-estruturada, realizada entre agosto e setembro de 2011. A análise qualitativa complementar através da Análise de Conteúdo possibilitou a evidência de três categorias: O enfermeiro no cenário de oncologia; Sentimentos do Enfermeiro no Trabalho de Oncologia e o Encontro da resiliência no cenário da oncologia: fatores de proteção dos enfermeiros. Constata-se que no cenário estudado a maioria dos enfermeiros apresentam aspectos da resiliência, advindos de estratégias positivas encontradas e originadas pelo cotidiano e pela prática do trabalho, pelos fatores de proteção desenvolvidos frente às situações adversas que esses profissionais estão expostos. Mas percebe-se que ainda existem profissionais com baixa nível de resiliência o que se faz necessário desenvolver estratégias de combate ao estresse e promoção dos fatores de proteção como indispensáveis para melhoria da assistência prestadas aos pacientes com câncer e benéficas à saúde do trabalhador. Sugerimos mais investigações neste segmento da área da saúde e aspectos de educação continuada em Educação para a Saúde.

Palavras-chave: Resiliência, Oncologia, Educação, Enfermagem, Educação para a Saúde.

Introdução: Conforme Yunes (2003, pág. 76) a resiliência surge inicialmente de uma área do saber oriunda da física, como sendo a capacidade que um material possui de absorver energia sem sofrer alguma deformação plástica ou permanente. Para Rodríguez (2005) falar sobre resiliência “[...] é um conceito fácil de entender, mas difícil de definir e impossível de ser medido ou calculado exaustivamente”. Apesar de parecer um tema fácil de entender e captar se faz necessário que se tenha muita cautela, pois em alguns momentos, pode nos levar a andar sobre uma areia movediça. Conforme Melillo, Ojeda e Rodrigues (2004) em suas pesquisas sobre resiliência, revelam que sua nascente esteve no hemisfério norte, com papel importante nos Estados Unidos e Inglaterra, com uma perspectiva contemporânea e pragmática com foco no indivíduo. Estendeu-se por toda a Europa recendo enfoque psicanalítico. Na América Latina, o enfoque foi na comunidade, como uma forma de reação aos problemas sociais com ênfase na criança, estendendo-se depois nas demais etapas da vida e especificidades do cotidiano. A palavra resiliência origina-se do latim, resílio, re+salio, que significa “ser elástico”. Para Timosheiro, (1983, In YUNES, 2003) o termo resiliência vem sendo utilizado há muito tempo pelas ciências da Física e Engenharia. O cientista inglês Thomas Yong é considerado como um dos maiores precursores, que em meados de 1807, depois da compreensão de tensão e compressão, introduz pela primeira vez a noção de elasticidade. Seus experimentos sobre tensão e compressão de barras, visavam buscar a relação entre a força que estava sendo aplicada a um corpo, e a deformação que a mesma produzia. Para Tavares (2001) e Yunes (2001) vão ao encontro de que a resiliência pode ser entendida como uma qualidade, onde as pessoas possuem a capacidade individual ou em grupo, de resistirem a situações adversas, sem perder o equilíbrio anterior ao evento agressor. A pessoa se acomoda e equilibra-se constantemente. Consegue relacionar-se com todo o tipo de evento negativo, que quando presentes podem apresentar ao indivíduo problemas físicos, sociais e emocionais. Na prática

de enfermagem prestada ao paciente com câncer, onde o ambiente da oncologia parece muitas vezes adverso, o enfermeiro acaba se deparando com muitas situações de sofrimento. Neste sentido, o desenvolvimento da resiliência neste ambiente, seria a oportunidade para que os profissionais possam responder de forma mais positiva as dificuldades encontradas. Como enfermeiro e atuando na área de oncologia, exercendo atividades diretas a esses pacientes e suas famílias nas unidades de internação oncológica, pude perceber que o trabalho dos profissionais de enfermagem e em específico de enfermeiros se dá num coexistir de pessoas. De acordo com Bittencourt, (2009, pág. 19) com o aumento da expectativa de vida, hábitos de vida pouco saudáveis e com conseqüente envelhecimento populacional são alguns dos agravantes para o aumento de câncer no Brasil. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA,2010), o termo câncer é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações. Importante causa de doença e morte no Brasil, desde 2003, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Encontrar políticas de saúde que consigam combater novos casos de câncer requer dos profissionais de saúde aprimoramento científico e experiências que vão desde o conhecimento dos complexos mecanismos de regulação molecular intracelular até às escolhas individuais do estilo de vida das pessoas. A Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, define, para o país, abrangente controle do câncer, e considera vários componentes, desde as ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade, integradas em redes de atenção oncológica, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade. Para Camargo (2000) o câncer é uma doença que causa medo, pois apesar dos avanços tecnológicos existentes, o que vem permitindo uma melhoria na taxa de sobrevida e qualidade dos pacientes, permanece o estigma do câncer como uma doença dolorosa, incapacitante, mutilante e mortal. Para o autor, apesar dos recentes avanços no diagnóstico e tratamento do câncer, se asseguram a diminuição da doença e sua cura mas segue o estigma de ser uma doença relacionada com a desesperança, o medo, dor e morte. Conforme Radunz e Souza (1998), o setor oncológico possui um alto nível de estresse entre a equipe de enfermagem que acaba vivenciando momentos constantes de tristeza e depressão. Este estresse profissional pode ser evidenciado nos demais profissionais envolvidos no contexto da oncologia. Fatores como a dupla jornada de trabalho vem contribuindo para as elevadas taxas de estresse no cotidiano das instituições empregadoras. Neste sentido, o desenvolvimento da resiliência neste ambiente, seria a oportunidade para que os profissionais possam responder de forma mais positiva as dificuldades encontradas.

Metodologia: Estudo de cunho qualitativo, do tipo descritivo-exploratório, desenvolvido em um hospital de grande porte da rede SUS de Porto Alegre. Os interlocutores foram 8 enfermeiros que participaram da entrevista semi-estruturada e 37 que responderam a Escala de Resiliência validada por Wagnild e Young (1993). Tavares et al (2010) refere que a escala de resiliência criada por Wagnild e Young e traduzida para o português por Pesce et al., (2005.pg.39) para sua validação teve uma amostra de 977 jovens brasileiros, de ambos os sexos, entre 12 e 19 anos. Possui 25 itens, numa escala *Likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) com escore máximo de 175 pontos. Altas pontuações indicam elevada resiliência.

Resultados e discursões: Todas as respostas foram analisadas a partir de categorias discursivas de acordo com a regularidade que determinados elementos emergiam e se repetiam nas mensagens, observando a importância de cada detalhe dos diálogos. Apesar das pequenas variações individuais do trabalho em oncologia, percebeu-se que a maioria dos enfermeiros entrevistados são resilientes. Encontram no seu cotidiano mecanismos protetivos frente às adversidades do ambiente hostil do qual se encontram. A maioria dos enfermeiros apresentam-se fortes frente às adversidades inerentes desse trabalho, sente-se felizes e importantes por estarem realizando suas atividades assistenciais junto aos pacientes com

câncer e orgulham-se em trabalhar desencadeando um fazer enfermagem de forma dinâmica e de profunda forma estética. Evidenciam-se 4 enfermeiros com baixo nível de resiliência aspecto observado pelos enfermeiros recém chegados na unidade através de concurso público. Mais da metade dos sujeitos entrevistados apresenta alto nível de resiliência o que determina que o tempo de trabalho talvez seja um marco importante para que esses profissionais adquiram estratégias positivas para lidar com as adversidades advindas do trabalho em oncologia. A superação das dificuldades e as crescentes mudanças no tratamento, novas quimioterapias, levam esses enfermeiros a buscar mais conhecimento e sentirem-se numa posição superior aos demais enfermeiros de outras unidades hospitalares. Ao mesmo tempo aparece uma ambivalência nas falas, entre sofrimento e alegria no trabalho. Sentimentos de perda relacionados ao momento da terminalidade de um paciente, impotência frente ao prognóstico ruim, levam esses enfermeiros ao sofrimento e consequentemente a busca por estratégias para alívio desses sentimentos. Buscando atenuar as situações estressantes advindas do trabalho, muitos enfermeiros encontram na espiritualidade, nos vínculos com amigos e familiares, boa alimentação e exercícios físicos mecanismos de proteção para o cotidiano adverso. Esta pesquisa certamente servirá como subsídio para posteriores estudos dentro da instituição, grupos de estudo sobre resiliência com o objetivo de focar em formas para que estes profissionais possam encontrar estratégias que favoreçam o desenvolvimento do trabalho, combatendo os fatores agressores que por ventura possam acometer os trabalhadores e comprometer a assistência, bem como proporcionar bem estar aos profissionais. Os fatores protetivos essenciais ao enfermeiro de oncologia precisam ser discutidos na sua teoria e aplicação na prática. Devido à complexidade do tema e do pouco conhecimento do constructo da resiliência no ambiente hospitalar e para o objeto de ciência da enfermagem que é o cuidado humano, se faz necessário maiores estudos, com objetivo de ampliar o tema para todos os profissionais que de certa forma lidam com os pacientes oncológicos.

Referências:

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Rio de Janeiro: 70, 2009.

CAMARGO, T. C. O existir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger. 2000. Tese (Doutorado em enfermagem) Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/tabelaestados.asp?UF=RS>. Acesso em: 08 fev. 2012.

MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S.; RODRIGUEZ, D. Resiliencia y Subjetividad. Buenos Aires: Paidós, 2004.

RADUNZ, V. Uma filosofia para enfermeiros: o cuidado de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout. Florianópolis: PEN/UFSC; 2001.

RODRIGUEZ, Daniel. El humor como indicador de resiliencia. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. Resiliencia descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós. 2005.

TAVARES, José. (Org.). Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez, 2001.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva: o foco no indivíduo e na família. Positiva e Resiliência. Rev. Psicologia em Estudo, Maringá, v.8, n. especial, 2003.

8.2 As expectativas dos cuidadores de pacientes internados em um serviço de dor e cuidados paliativos

Amanda Christie Duarte Da Silva, Tamara Viera Cavedini, Renata Pekelman, Simone Pellin De Nardi

Objetivos: A pesquisa teve como objetivos desvendar as expectativas do cuidador de paciente oncológico assistido pelo Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre/RS; apreender qual o entendimento do cuidador sobre os Cuidados Paliativos; apreender como ocorre a comunicação entre o cuidador e a equipe de saúde sobre a situação de Cuidados Paliativos; e verificar a percepção do cuidador sobre o atendimento prestado pelo Serviço de Dor e Cuidados Paliativos em relação ao seu familiar. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso. A coleta foi realizada através de entrevista semi-estruturada e, para a análise

utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Em relação à percepção sobre Cuidados Paliativos, os relatos apontaram para uma compreensão sobre essa abordagem. As expectativas em relação ao cuidado levantadas foram: a comunicação entre a equipe e o familiar; integração entre as equipes e o cuidado; controle da dor; e cuidado diferenciado. Essas demonstram que a situação de finitude está clara para os cuidadores e que as necessidades de cuidado apresentadas condizem com os princípios dos Cuidados Paliativos. No que se refere à *percepção do cuidado* os resultados apontam para um satisfatório controle da dor e resolutivo acompanhamento da equipe no que tange as intercorrências relativas ao paciente. **Conclusão:** Melhorar a comunicação entre a equipe e o familiar se faz necessária, visando um cuidado diferenciado. Sugere-se a organização do fluxo institucional, do cuidado com os trabalhadores e capacitação profissional.

8.3 Modelos de Acompanhamento de pacientes diagnosticados com câncer de mama metastático em uso de capecitabina: Uma Revisão Sistemática Integrativa

Guilherme Ehrenbrink, Diego Wüst, Vanessa Hegele, Paula Stoll, Luiza Graziottin e Luciane Lindenmeyer

Introdução: O câncer mais comum entre as mulheres é o de mama, e seu tratamento inclui, principalmente, cirurgia e quimioterapia (QT). A capecitabina tem se mostrado ativa e bem tolerada no câncer de mama avançado, consolidando-se como uma das principais opções terapêuticas após falha a antraciclina e taxanos. Contudo, os pacientes apresentam várias reações adversas a medicamento (RAM) necessitando de acompanhamento sistematizado para detecção e manejo das mesmas. **Objetivos:** Realizar uma revisão sistemática integrativa de estudos que descrevam modelos de acompanhamento da terapia com capecitabina em pacientes com câncer de mama. **Material e Métodos:** Realizou-se busca sensibilizada nas bases de dados MEDLINE, EMBASE, LILACS e Cochrane Central de ensaios clínicos randomizados (ECRs) e estudos de coorte prospectivas de pacientes com câncer de mama metastático em uso de capecitabina, de acordo com as indicações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os estudos foram avaliados por dois revisores independentes. **Resultados:** A busca resultou em 288 ECRs e 194 coortes. Quatro ECRs foram incluídos sendo que dois ECRs foram identificados por handsearch. Nenhum estudo de coorte atendeu aos critérios de inclusão. Os ensaios descrevem procedimentos de avaliação de resposta que incluem: avaliação clínica, exames radiológicos e hemogramas periódicos. Para manejo de RAMs, recomenda-se redução, atraso e omissão de dose ou ainda suspensão completa do tratamento, de acordo com o grau da RAM. **Discussão e Conclusão:** Os estudos possuem recomendações importantes que podem ser utilizados para montar um modelo de acompanhamento. Embora nenhum trabalho apresente um modelo de acompanhamento completo, todos contêm algumas ações importantes no seguimento do tratamento relacionado à capecitabina. Por outro lado, nenhum apresenta a frequência na realização destas condutas. Considerando estes resultados, a criação de um modelo de seguimento estruturado se faz necessária.

8.4 Modelo de acompanhamento farmacêutico a pacientes com linfoma não-hodgkin em terapia com rituximabe

Vanessa Hegele, Juliana Caregnato, Paula Stoll, Diego Wüst, Luiza Graziottin, Guilherme Ehrenbrink, Luciane Lindenmeyer

Introdução: A introdução do rituximabe ao esquema quimioterápico tem melhorado significativamente o tempo livre de doença e a sobrevida global de pacientes com linfoma não-

Hodgkin. A segurança de sua utilização em curto prazo tem sido descrita, porém, a segurança em longo prazo segue pouco estudada. **Objetivo:** Elaborar revisão da literatura sobre modelos de acompanhamento com foco na segurança do tratamento com rituximabe. **Método:** Revisão da literatura para identificação de revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados na Biblioteca Cochrane, Embase, Lilacs, Medline e Scirus. Adicionalmente, livros-texto e periódicos sobre atuação farmacêutica e endereços eletrônicos de instituições foram consultados. Os desfechos de interesse foram modelos de acompanhamento e reações adversas graus III, IV e V. **Resultados:** Foram identificadas cinco revisões sistemáticas e oito ensaios clínicos (ou atualizações) que descreveram a realização de acompanhamento ou reações adversas graus III, IV ou V. Apenas uma revisão sistemática e sete ensaios clínicos apresentaram condutas de seguimento dos pacientes que receberam rituximabe, incluindo informações sobre estadiamento, períodos de reavaliação e exames a serem solicitados, além de condutas pré-infusão de rituximabe e na presença de reações adversas. Cinco revisões sistemáticas e quatro dos ensaios localizados apresentaram dados de reações adversas com significância estatística. Além disso, localizou-se quatro *guidelines* institucionais direcionados ao tratamento e seguimento de pacientes em uso de rituximabe. Foram identificados outros sete estudos voltados para a descrição de experiências na implementação de atenção farmacêutica a pacientes onco-hematológicos, mas nenhum específico à população estudada. **Conclusão:** Embora tenham sido identificadas orientações sobre o seguimento de pacientes, não foram identificados modelos de acompanhamento sistemático validado com enfoque na segurança. Considerando o perfil desconhecido de toxicidade em longo prazo destes novos tratamentos, há a necessidade do desenvolvimento e implantação de estratégias de monitoramento, visando o uso seguro e otimizado dos medicamentos recentemente introduzidos na prática em hematologia e oncologia.

8.5 Atenção Terciária: atendimento psicológico na Unidade de Internação de Onco-Hematologia do HNSC

Hackner, Isabel Telmo; Cecconello, Júlia de Stege e

O Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição conta com uma Unidade de Internação em Onco-Hematologia com equipe multiprofissional: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêuticos e psicólogo, além de residentes da medicina e da residência integrada em saúde, com o intuito de prestar assistência aos usuários a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde. Considerado um problema de saúde pública, o câncer atinge indivíduos de todas as idades em todos os continentes e é a segunda causa de morte por doença no mundo, sendo responsável por 6 milhões de mortes anuais (INCA, 2000). Considerando o aumento do número de novos casos de câncer no Brasil e reconhecendo o processo de adoecimento como um instante de crise, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil dos pacientes atendidos pela Psicologia na Unidade de Onco-Hematologia de Janeiro de 2010 a Setembro de 2011. Foi realizado um levantamento das Fichas de Avaliação e Atendimentos da Psicologia, assim como uma consulta aos prontuários eletrônicos destes pacientes. Neste período, foram atendidos 167 pacientes, a maioria do sexo feminino (52%) e com idade entre 41 e 60 anos (46%). As patologias mais frequentes dos pacientes atendidos foram: Linfoma Não-Hodgkin (17%), Câncer de intestino, reto e ânus (14%), Câncer de cabeça e pescoço (9%), Leucemia Mielóide Aguda (7%), Linfomas (7%) e Leucemia Linfóide Aguda (6%). Dentre os motivos de demanda para acompanhamento psicológico durante a internação mostraram-se prevalentes: dificuldades na aceitação/enfrentamento da doença (27%), sintomas depressivos (23%) e ansiedade importante (16%). A partir dos resultados encontrados torna-se possível o desenvolvimento de uma postura profissional condizente com a demanda deste cenário de atuação, viabilizando atividades interdisciplinares no campo do Sistema Único de Saúde, desde a pesquisa científica básica até os programas de intervenção clínica.

8.6 Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama atendidas em um ambulatório de fisioterapia em mastologia

Pacheco, Mariana Noldei, KIHS, Marcelli Parlattoi; OLIVEIRA, Aline Marcadentiii; LORENZ, Renata Heliav.

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, sendo o mais comum entre o sexo feminino e representando a primeira causa de morte em mulheres no Brasil. Mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama podem apresentar além das limitações nas atividades de vida diária e da mutilação causada pelo procedimento cirúrgico, diversas consequências sociais e emocionais alterando suas percepções e modificando seu estado de saúde e sua qualidade de vida. Sendo assim, o objetivo do estudo é verificar o impacto da reabilitação fisioterapêutica na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama submetidas à intervenção cirúrgica no Ambulatório de Mastologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A pesquisa é caracterizada como um experimento do tipo antes e depois (abordagem quantitativa) e também uma abordagem qualitativa descritiva. Fazem parte do estudo mulheres com idade igual ou acima dos 18 anos, que tenham realizado cirurgia para tratamento do câncer de mama e que aceitem participar deste processo. Os instrumentos utilizados durante o estudo são os questionários de qualidade de vida para pacientes com câncer (EORTC QLQ- C30) e o questionário de qualidade de vida específico para câncer de mama (EORTC QLQ-BR23), aplicados em dois momentos distintos (no início e ao término do tratamento fisioterapêutico). Também serão realizados dois questionários complementares com dados demográficos, socioeconômicos e com dados clínicos do paciente (no início e no término do tratamento fisioterapêutico) e uma entrevista para avaliação dos atendimentos prestados pela equipe de fisioterapia. Cabe ressaltar que este estudo faz parte da pesquisa que originará o Trabalho de Conclusão de Residência das residentes de Serviço Social e Fisioterapia, possibilitando uma visão multiprofissional sobre o tema, não obstante informamos que a pesquisa vem sendo aplicada desde dezembro de 2011 com término previsto para agosto de 2012.

8.7 Experiência do uso de rituximabe em um hospital público do sul do Brasil

Luiza R. Grazziotin Lago; Vanessa Hegele, Paula Stoll, Guilherme Ehrenbrink, Diego Wüst e Luciane Lindenmeyer

Introdução: Rituximabe é um anticorpo monoclonal, aprovado pelo FDA em 2000, cujo alvo é o marcador de superfície CD20, expresso em células B. Sua associação à quimioterapia no tratamento do linfoma não-Hodgkin demonstrou aumento nas taxas de resposta e sobrevida global. No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), foi padronizado em 2009 como fármaco de uso restrito para tratamento de 1ª linha de pacientes com linfoma difuso de células B (LDGCB) CD20+, com sorologias negativas para hepatite B, C e HIV. Considerando tratar-se de um medicamento de uso recente, torna-se necessário avaliar o seu perfil de segurança. **Objetivos:** Descrever a utilização e as reações adversas a medicamentos (RAM) ao rituximabe no GHC. **Métodos:** Estudo transversal descritivo de avaliação dos prontuários dos pacientes que utilizaram rituximabe entre janeiro-dezembro/2011 quanto a indicações de uso, idade dos pacientes e RAMs descritas. **Resultados:** Quarenta e um pacientes utilizaram rituximabe neste período, sendo que 33 para o tratamento de LDGCB, três para púrpura trombocitopênica refratária a outros medicamentos, dois para síndrome nefrótica refratária, um para doença linfoproliferativa ligada ao X, um para lúpus eritematoso sistêmico e um para linfoma folicular. A mediana de idade foi de 47 anos (3-81 anos). Foram registrados cinco óbitos; oito pacientes continuam em tratamento enquanto que 28 já o completaram. As RAMs mais descritas foram

neutropenia (12 pacientes, sendo 6 grau IV), náuseas e vômitos (14 pacientes, sendo 1 grau III), reação na primeira infusão como tremores e rash cutâneo (6 pacientes) e leucopenia (3 pacientes, todos grau IV). **Conclusão:** Na maioria das situações o rituximabe foi utilizado nas indicações padronizadas no GHC. Seu uso em outras situações foi justificado pela iminência de um desfecho desfavorável. Todas as reações adversas registradas são descritas em bula. Estudos a longo prazo são necessários para que os dados de segurança sejam mensurados nesta população.

8.8 Análise atualizada sobre o acompanhamento do epitélio de barrett sem displasia

Rosa, R. V.; Abuchaim, M. O.; Porciúncula, N. P.; Accorsi, B. F.; Silveira, L. L.; Duarte, M. B.

Introdução: Sabemos que o epitélio de Barrett, transformação do epitélio escamoso estratificado do esôfago em epitélio colunar contendo células intestinais, é uma complicação importante da DRGE e potencial precursor de adenocarcinoma do esôfago. Dessa forma, estudos e Guidelines sugerem um acompanhamento com exames de EDA mesmo antes do aparecimento de displasia, baseados em uma chance de 0,5% ao ano de malignização, entretanto estudos atuais de diversos países colocam em dúvida o real benefício desse acompanhamento. **Objetivo:** Levar a profissionais e estudantes de medicina uma visão atual sobre o tema, através de grandes estudos, com resultados conflitantes frente aos conhecidos e aceitos até então, o que provoca uma tendência a rever as metas para acompanhamento destes pacientes. **Metodologia:** Foram pesquisados artigos atuais de diversos países, em bancos de dados renomados, tais como PubMed, UpToDate e o NEJM. **Resultados:** Um grande estudo realizado na Dinamarca, com 11028 pacientes, analisou variáveis ao momento do diagnóstico de Epitélio de Barrett, displasia e adenocarcinoma esofágico e trouxe resultados como: risco de 0,12% ao ano (66,5% destes no 1º ano após diagnóstico) de evolução maligna da metaplasia sem displasia (até então tido como 0,5%). Além disso, 92,4% não tinham Barrett prévio ao diagnóstico de adenocarcinoma. Outra importante informação recente é que o acompanhamento com EDA não diminui mortalidade nesses pacientes. **Conclusão:** De posse dessas informações, fica a certeza da necessidade das duas EDA preconizadas no 1º ano, mesmo quando não há displasia associada à metaplasia, pois a grande maioria das transformações malignas ocorre nesse período. Contudo, fica a dúvida sobre a sequência no acompanhamento, visto que o custo é demasiadamente alto para insignificante benefício na mortalidade. Por fim, vale ressaltar que, quando há displasia associada à metaplasia, o risco para evolução maligna aumenta de modo que parece adequado o acompanhamento atual para esse grupo de pacientes.

8.9 Obesidade: fator de risco independente para adenocarcinoma de esôfago?

Rosa, R. V.; Accorsi, Bruna F.; Abuchaim, M. O.; Porciúncula, N. P.; Silveira, L. L.; Duarte, M. B.

Introdução: A prevalência de obesidade na população mundial vem aumentando nas últimas décadas, paralelamente, evidencia-se aumento da incidência de adenocarcinoma de esôfago. Sabemos ser a obesidade um fator de risco para a DRGE e esta, por sua vez, influencia no aparecimento do epitélio de Barrett e consequentemente no adenocarcinoma, porém, estudos recentes de diversos países vêm sugerindo impacto direto da obesidade na transformação maligna de células esofágicas, através do aumento de IGF-1 e seus receptores. **Objetivo:** Levar aos profissionais e estudantes de medicina essa importante associação, evidenciada por diversos estudos atuais, em vista de estimular a prevenção e orientação da população sobre a possibilidade deste desfecho vinculado à obesidade. **Metodologia:** Foram pesquisados artigos

de diversos países, publicados nos últimos seis meses, em bancos de dados renomados, tais como PubMed, UpToDate e o NEJM. **Resultados:** Cinco grandes estudos Irlandeses e um Americano encontraram forte associação entre obesidade (definida por IMC) e o adenocarcinoma de esôfago. Um deles encontrou associação em 40% dos pacientes com essa malignidade. Estudos sugerem que o tecido adiposo esteja relacionado ao aumento da expressão gênica (MMP-9) para IGF-1 e seu receptor e estes, não só estão relacionados à transformação maligna das células esofagianas, bem como à maior agressividade, invasão tecidual e consequentemente menor sobrevida. Por outro lado, foi encontrada maior sobrevida e menor agressividade em pacientes com menor expressão desses gens. Ainda, uma mutação gênica (P-53) e sua expressão podem estar relacionadas à supressão do tumor. Cabe informar que um estudo Ucrâniano não encontrou evidências para a associação obesidade-adenocarcinoma esofágico. **Conclusão:** De posse dessas informações, a relação obesidade-adenocarcinoma esofágico adquire nova importância. Cabe aos profissionais da área da saúde orientar seus pacientes quanto à prevenção e tratamento adequados da obesidade, visando diminuir a probabilidade de evolução das células do esôfago para essa condição de alta morbimortalidade.

8.10 Evolução dos custos do tratamento oncológico com quimioterapia e radioterapia, em Porto Alegre, RS, no período de 2000 a 2010.

Ericlea Suely Leão de Souza

Objetivo: analisar os valores gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com o tratamento ambulatorial do câncer (quimioterapia e radioterapia), comparando-os aos custos da produção ambulatorial total em Porto Alegre, RS, Brasil, no período de 2000 a 2010. **Métodos:** estudo de delineamento exploratório descritivo, utilizando dados secundários produzidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) do Ministério da Saúde, processados pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS) e disponibilizados, publicamente, via Internet (TABNET) e analisados através de medidas percentuais. **Resultados:** no período considerado, houve um aumento de 174% do custo médio mensal de quimioterapia e radioterapia, enquanto que o aumento do custo médio mensal da produção ambulatorial total foi de 102%. Evidenciou-se também que, em 2000, o tratamento ambulatorial em oncologia (quimioterapia e radioterapia) representava 14,3% do custo médio mensal de toda a produção ambulatorial em Porto Alegre. Em 2010, os valores gastos em radioterapia e quimioterapia passaram a representar 19,4% da produção ambulatorial total no município. **Conclusão:** o tratamento do câncer, especialmente em fases tardias, que quase sempre necessitam de quimioterapia e/ou radioterapia, tem ficado progressiva e relativamente mais oneroso, com custos crescentes ao longo dos dez anos analisados. Palavras-chave: registros de câncer; custos em oncologia, prevenção do câncer, quimioterapia e radioterapia.

9. O DESAFIO PARA CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO ADOLESCENTE

9.1 Estratégias para capacitação e implantação da política estadual de atenção integral à saúde de adolescentes no RS em parceria com os serviços de atendimento a adolescentes do HCPA e HNSC/GHC (resumo expandido)

Dra. Anna Miranda; Psic. Berenice do Canto; Enf. Fulvia Schuster; As.Soc Maristela C.Oliveira; Dra.Maria Aparecida Pretto; Psic. Maria da Gloria Telles da Silva; Dra Priscila Amaral;Dr.Prof.Ricardo B.Feijó, Dra.Wilian Penafiel e Dra LÍlian Day Hagel.

Introdução: A Organização Mundial de Saúde caracteriza como adolescente o indivíduo com idade entre 10 e 19 anos.O aumento populacional desse segmento, ocorrido nas três últimas décadas, resulta de uma transformação na estrutura etária da população, em função da queda da fecundidade, do crescente declínio da mortalidade infantil e do aumento da esperança de vida ao nascer. A importância da adolescência na formação de hábitos e estilos de vida bem como a vulnerabilidade deste grupo às questões sócio-econômicas e à determinados agravos de saúde determinaram a necessidade de uma atenção específica deste segmento populacional, que no Rio Grande do Sul representa 16% da população.Como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde e é dever do Estado garantir este acesso, no âmbito do SUS.No entanto, esse atendimento vinha ocorrendo de forma esporádica, desarticulada e heterogênea nos diversos municípios. Em 2009 o Ministério da Saúde, Área da Saúde do Adolescente, publicou as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde e distribuiu aos Estados a Caderneta de Saúde de Adolescentes.O Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde–DAS/SES/RS elaborou e aprovou a partir de 2010 , a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes com a finalidade de sensibilizar e capacitar profissionais de saúde e educação para a implementação de ações direcionadas a essa faixa etária,tendo três eixos centrais:crescimento e desenvolvimento saudáveis,saúde sexual e saúde reprodutiva,e redução da morbimortalidade por causas externas. Dar visibilidade e atender as necessidades em saúde de adolescentes com impactos positivos na sua vida, não se restringindo à prevenção de doenças e agravos ou ao atendimento clínico, buscando estratégias setoriais e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro de vulnerabilidade a doenças e agravos, influenciando no desenvolvimento saudável desta população, desencadeou a relevância da implantação desta Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Objetivo: Desenvolver metodologia de trabalho com a parceria dos Serviços Especializados de Atenção ao Adolescente: Serviço de Adolescentes do Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC/MS) e da Clínica para Adolescentes do Serviço de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA/UFRGS). A estratégia aproveitar valorizando a experiência acumulada dos serviços de atendimento já existentes desse segmento populacional, para facilitar e ampliar os recursos humanos e compartilhando experiências já exitosas.

Metodologia: O processo iniciou em 2009 com a criação de grupo multidisciplinar de trabalho envolvendo profissionais do DAS/SES/RS, HCPA e GHC para elaboração e implantação da Política nos municípios do Estado.Inicialmente foi realizado Seminário de Sensibilização e de debate com a participação de representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde(CRSs) e profissionais de saúde e de educação , de Ogs e ONGs , Conselhos Profissionais e Universidades. Este seminário foi coordenado pelas equipes de ambos hospitais junto com governo estadual. Neste momento foram apresentadas as ações já existentes nos diversos municípios do estado. A seguir, foram desencadeadas, em Porto Alegre e outros municípios do Estado, diversas oficinas e cursos de sensibilização e qualificação de profissionais de saúde,

cujas temáticas incluíram o referencial teórico e a abordagem clínica de aspectos relacionados à promoção, prevenção e assistência de adolescentes. A metodologia foi fazer uma sensibilização com aulas expositivas e após discussão de casos em pequenos e depois grande grupo. Foi desenvolvido instrumento específico de avaliação descritivo com perguntas abertas para serem respondidas antes e após o trabalho. O público-alvo contou com técnicos de CRSs, das Seções do DAS e das Secretarias Municipais de Saúde, profissionais de saúde das Unidades Básicas e da Estratégia de Saúde da Família. Foi realizado um projeto-piloto de implantação das Cadernetas no Serviço de Adolescentes do HNSC/GHC e na Clínica para Adolescentes do HCPA (Hospitais Escola/MS/MEC);

Resultados: Desde julho de 2009, foram atingidos nos cursos 153 (30%) municípios do Rio Grande do Sul, sendo 60 desses municípios (54%) considerados prioritários. Foram sensibilizados e qualificados 480 profissionais de saúde e enviadas 213.345 Cadernetas de Saúde de Adolescentes aos 87 municípios que elaboram um Plano Municipal de Implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes no primeiro momento. No ano passado foram realizados mais 3 cursos com participação de 38 profissionais de 11 municípios na 3ª CRS, de 108 profissionais de 55 municípios de 13 CRS em Porto Alegre e de 77 profissionais de 29 municípios de 3 CRS na 19ª CRS. No momento foram capacitados: na Região Metropolitana: 4 municípios; na Serra: 6 municípios; na região dos Vales: 8 municípios; na região Norte do estado: 30 municípios; na região Missioneira: 11 municípios e da região Sul 14 municípios.

Conclusões: Consideramos positiva e facilitadora a parceria entre SES/RS, HCPA e HNSC/GHC visando a qualificação de profissionais na atenção integral à saúde de adolescentes, a sensibilização para utilização da Caderneta de Saúde de Adolescentes e a implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nos diversos municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Nosso desafio é ampliar as ações a partir da atenção básica, construindo uma rede de saúde e o desenho dos fluxos assistenciais que compõe, mas linhas de cuidados, bem proporcionar articulações intra e intersectoriais. O maior desafio é continuar estabelecendo parcerias e co-responsabilidades para a elaboração, condução e avaliação de ações destinadas à prevenção de agravos, promoção e assistência à saúde de adolescentes, integrando-as seja qual for o motivo de entrada no serviço de saúde, facilitando o vínculo com a equipe e ampliando o acesso aos serviços. Nesse sentido, a capacitação segue acontecendo no ritmo de cada município.

Referências:

Lei Orgânica da Saúde 8.080/90

Marco Teórico e Referencial de Saúde Sexual e de Saúde Reprodutiva de Adolescentes e de Jovens

Diretrizes de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens –MS 2005

Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes no Rio Grande do Sul-2009

Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e da Caderneta de Saúde de Adolescentes pela Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul.

9.2 Linha de cuidado do adolescente (resumo expandido)

Lílian Day Hagel

Introdução: A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano situada entre a infância e a vida adulta, e marcada por profundas transformações biopsicossociais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência. No Brasil, em 2004, a população de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos representava 54.286.535 milhões correspondendo a aproximadamente um terço da população. A população de adolescentes e jovens no Estado do Rio Grande do Sul, composta por indivíduos de 10 a 24 anos, representa aproximadamente um quarto da população. Dados da Fundação de Economia e Estatística da Secretaria de Planejamento e Gestão/RS projetaram para 2008 um total de 10.727.937 habitantes no Estado, sendo 2.665.186 habitantes entre 10 a 24 anos, ou seja, 24,8% da população, distribuídos da

seguinte forma: 8,1% (870.207) de 10 a 14 anos, 8,2% (885.535) de 15 a 19 anos e 8,5% (909.444) de 20 a 24 anos. No GHC o adolescente é atendido em todos os setores atenção básica, ambulatorios gerais, especializados, emergência e internação. Representando no HNSC 10 % de toda a internação clínica e 30% dos eventos obstétricos. Os adolescentes aparentemente não procuram serviços de saúde quando não estão efetivamente doentes. Muitas vezes buscam as unidades de saúde por diversos motivos - solicitar preservativos, fazer curativo, vacinar-se, consulta odontológica. Independentemente da demanda inicial, o profissional deve avaliar o jovem na sua integralidade, buscando identificar outras necessidades de seu bem-estar, e envidar esforços para engajá-la em outras ações e serviços de saúde - grupos educativos, atendimento clínico, planejamento familiar etc., abrindo novas perspectivas. Sendo fundamental o resgate de trabalhar e evitar oportunidades perdidas. O Ministério da Saúde vem articulando esforços no sentido de promover a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, sobretudo nas áreas essenciais para o desenvolvimento integral dessa população. Sendo fundamental que a política de saúde, privilegiando o princípio da intersetorialidade, possa intervir junto a eventos da vida dos adolescentes. Possibilitem e estimulem os desenvolvimentos físicos, psicológicos e sociais, minimizando as dificuldades de acesso à educação formal, ao lazer e aos serviços de saúde; à exposição à violência, ao envolvimento com álcool e outras substâncias psicoativas e em algumas situações à própria ausência de projeto de vida, incluindo os segmentos populacionais mais vulneráveis e muitas vezes excluídos, como o de pessoas com deficiência. Em consonância com as propostas do Ministério da Saúde, Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, torna-se relevante e imprescindível à formulação e implantação da linha de cuidado visando à integralidade de serviço já existente como os demais setores do GHC. A Linha de Cuidado do Adolescente do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) visa, por meio da atenção multiprofissional, envolver profissionais da saúde e da educação, instituições públicas e da sociedade civil na busca da prevenção, cura, melhora ou estabilização de doenças e problemáticas que se manifestam nesse período da vida. Prioriza o acolhimento por qualquer profissional da linha, como fundamental ferramenta do atendimento. O atendimento específico para adolescentes no GHC iniciou em 26 de outubro de 1987 ao nível do ambulatório sendo organizado com atendimento multidisciplinar e que este fosse integrado. Em 1995, iniciou acompanhamento ao nível da internação tendo em vista não só como proposta inicial de serviço, mas com necessidade de seguir lei do Ministério da Justiça que determinava que o adolescente tinha direitos específicos ao nível da hospitalização, por exemplo, permanência dos pais ou responsáveis junto com a criança e o adolescente em casos de internação. Nos demais hospitais do GHC, havia atividades pontuais sem uma integralidade com os diferentes setores. O eixo principal inclui linhas de ação, definidas a partir do reconhecimento das questões prioritárias na atenção à saúde de adolescentes e jovens: 1) crescimento e desenvolvimento saudáveis; 2) saúde sexual e saúde reprodutiva; 3) redução da morbimortalidade por violências e acidentes. No GHC foi acrescentada como linha de ação prioritária a atenção à cultura priorizando a participação dos adolescentes através dos pontos de cultura do GHC. Utilizando como estratégia fundamental a articulação intra, inter-institucional e intersetorial. O cuidado com adolescentes implica diferentes níveis de atenção: primária ou básica nos posto de saúde; secundária ou média complexidades, ambulatorios especializados e terciária ou de alta complexidade – internação hospitalar. O esforço deve ser feito para minimizar a necessidade de internações dos adolescentes, buscando que os recursos da atenção primária e secundária tenham uma maior resolutividade no tratamento e prevenção de situações patológicas na adolescência, que, sabemos, inclui o cuidado com o próprio adolescente e familiar. A identificação apropriada de determinantes e condicionantes que produzem os principais quadros sintomáticos e de adoecimento neste período (físico, psíquico e social) é fundamental para a busca do meio mais adequado de intervenção. Os pacientes são atendidos através de encaminhamento dos postos de saúde, egressos, procedentes da emergência e oriundo da internação. Os Serviços de Adolescentes do Hospital

da Criança Conceição e do Hospital Nossa Senhora da Conceição são integradas tanto ao nível de ambulatório com internação. As ações interdisciplinares entre diferentes instituições de saúde e da sociedade para abarcar os diversos níveis de intervenção que promovam a melhora e auxiliem na cura ou na manutenção de doenças numa estabilidade, podendo minimizar recaídas dos quadros patológicos ou as sistemáticas buscas de atenção médica, são fundamentais quando se pensa numa proposta de linha de cuidados.

Objetivos: Promover a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens, de 10 a 19 anos, no âmbito de uma política nacional integrada, visando à promoção de saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade. Capacitar a assistência com o treinamento técnico, aprimoramento profissional, trabalhar com a especificidade de cada profissional, embasamento das leis e condutas científicas. Qualificar os serviços para que ofereçam uma atenção resolutiva e de qualidade às pessoas jovens, respeitando as suas características biopsicossociais. Melhorar o acolhimento, ter sensibilidade para com as demandas e necessidades do/da adolescente. Para o estabelecimento de um vínculo de confiança e respeito, fundamental para a continuidade do acompanhamento e êxito do tratamento. Integrar os profissionais e organizar fluxo para melhorar o atendimento.

Ações da Linha de Cuidado do Adolescente: #Objetiva a implantação do conceito amplo de saúde pela integração das ações já existentes de atendimento aos adolescentes. #Prioriza crescimento e desenvolvimento, saúde sexual e reprodutiva e prevenção da morbi-mortalidade por causas externas. #Atende pacientes ambulatoriais nas áreas de assistência social, medicina do adolescente, odontologia, psicologia e psiquiatria. Além disso, conta com o apoio de outras especialidades como enfermagem, ginecologia, neurologia, nutrição, pediatria, entre outras. #Acompanha o paciente internado em enfermaria específica para adolescentes e através de consultorias para as demais áreas médicas de internação. Mantém reuniões sistemáticas semanais para atualização e estudo de casos. #Realiza treinamento para profissionais do Programa de Residência Médica em Pediatria, Medicina Interna e Saúde de Família e Comunidade e para alunos da graduação dos cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia. #Atuar em atividades junto à comunidade com palestras, treinamentos e oficinas para escolas associadas a programas como Jovem Aprendiz, Estágios e Pontos de Cultura. #Realizar consultorias e treinamento para profissionais do Ministério da Saúde, secretarias da Saúde estadual e municipal. #Contato com as outras linhas de cuidado, serviços, instituições estaduais e municipais é realizado sempre que necessário, visando melhorar referência/contrareferência na atenção à saúde.

9.3 O estagiário como agente e usuário do sistema de saúde dentre da linha de cuidado do adolescente

Priscila Amaral, Leonardo Severo, Zinid Ricardo Diniz, Carla Ketzer, Maria da Glória Telles da Silva, Suzana Nussemeyer da Rosa, Sandra Evers, William Penafiel, Lilian Day Hagel

Objetivos: O GHC tem em seu quadro de funcionários servidores, estagiários, residentes, Voluntários e usuários do SUS. A Linha de Cuidado do Adolescente do GHC se propoe atender os adolescentes entro do conceito amplo de saúde com suas peculiaridades e especificidades dos profissionais de saúde e pacientes. Os estagiários com idade de 16 a 19 anos prestam serviços nas áreas administrativas após seleção. Foi identificado que estes adolescentes são admitidos sem avaliação medica previa. Avaliar os estagiários em que prestam serviços ao pacientes do SUS no atendimento em diferentes setores. Dentro do conceito da linha de cuidado de adolescente e que quem presta atendimento ao SUS é prestador e usuário. Avaliou –se a expectativa de atendimento específico destes adolescentes. **Material e Métodos:** A equipe multidisciplinar do Serviço de Adolescentes – formada por médico de adolescentes, clínico, psiquiatra da adolescência, psicólogo, odontólogo, assistente social, residentes da

pediatria e odontologia e estagiários do curso de psicologia - apresenta e discute os casos atendidos. Avaliar os estagiários que prestam estágio no HNSC com idade entre 16 e 19 a. O estagiário era atendido no serviço de adolescentes pelo clínico. Realizado anamnese dirigida, exame físico com medidas ponderais, medidas de TA e solicitados exames após avaliação. **Resultados:** Foram avaliados 53 estagiários no período de maio a outubro de 2011. Participaram adolescentes de ambos os sexos, 33 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, a idade variou entre 16 e 19 anos. Todos eram estudantes do ensino médio e procedente da grande POA. Após a avaliação foi constatado: 33 adolescentes (62%) eutróficos ; 18 (33%) com patologias de leve a moderadas e com indicação de acompanhamento sistemático 2, 3%]. Todos os adolescentes examinados não tinham nenhum tipo de acompanhamento anterior e não faziam qualquer tipo de acompanhamento clínico. Todos foram muito receptivos a esta iniciativa e desconheciam serem portadores de quaisquer patologias. Foi identificado: obesidade, dislipidemia, hipotireoidismo, HAS, infecção urinária, vaginose e acne. **Conclusão:** A quantidade expressiva de patologia clínica e cirúrgica não tratada diagnosticada chama atenção principalmente, pois este adolescente presta serviço aos usuários dos SUS, mas não consegue ser atendido pelo mesmo. Quando se trata de linha de cuidado todos os elos e ligações necessitam estarem protegidos. Serve de alerta para melhorar o atendimento dos adolescentes trabalhadores.

9.4 Projeto de vida dos adolescentes atendidos pela equipe de saúde bucal de uma unidade de saúde de porto alegre: conhecer para qualificar a atenção

Panmella Pereira Berti, Vera Celina Candido Farias, Christiane Silveira Kammsetzer

A adolescência é produto da sociedade moderna, “uma das formações culturais mais poderosas de nossa época” (CALLIGARIS, 2011; p. 9). É uma fase em que são depositadas muitas expectativas, constituindo-se em um preparo para exercício da autonomia plena nas fases da vida que se seguirem (SÃO PAULO, 2006). No entanto, o olhar dos adultos não reconhece os sinais da passagem para a idade adulta, tornando a adolescência um período de moratória: o corpo já chegou à maturação necessária e já houve tempo de assimilar os valores compartilhados socialmente, porém, ainda se tem que esperar para ser reconhecido como adulto, o que pode trazer conflitos e, ao mesmo tempo, possibilidades de mudanças e aquisições de novos valores e lugares sociais (CALLIGARIS, 2011). Há um momento na vida do adolescente, dentro do processo de fortalecimento da identidade pessoal, cultural e da auto-estima, em que ele começa a pensar no futuro e pode garantir que seus desejos sejam alcançados, percebendo-se como autor de sua própria vida. A essa construção pessoal e única tem se chamado “projeto de vida”. Pensamentos, sentimentos, sonhos e ações dos adolescentes são marcados profundamente pelas interações com as pessoas que fazem parte do seu universo pessoal e do seu contexto social, econômico e cultural (BRASIL, 2011e). Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer os projetos de vida dos adolescentes moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde Santíssima Trindade, a fim de gerar dados que possam favorecer a organização de ações e estratégias para produzir cuidado integral, de acordo com a realidade dos adolescentes, incluindo o estabelecimento de parcerias entre outros setores e o da saúde.

9.5 Educação em Saúde na Escola: Conversando sobre sexualidade

Moara Aelane Thum

Conhecendo a promoção de saúde como atributo da Atenção Primária e a necessidade de trabalhar com a população jovem, que dificilmente acessa os serviços de saúde, realizou-se uma atividade de educação em saúde na Escola Municipal de Ensino Fundamental Jean

Piaget, localizada no território de abrangência da Unidade de Saúde Parque dos Maias, pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. O trabalho foi realizado pelo Grupo de Trabalho de Educação em Saúde (GTES), constituído por funcionários da equipe de saúde, residentes e estagiários de diferentes categorias profissionais que atuam na Unidade. O desenvolvimento contou com duas etapas descritas a seguir: **Etapas I – levantamento das necessidades e planejamento:** A partir de reuniões com a direção da escola, foram indicadas algumas turmas consideradas prioritárias para o início do trabalho (alunos do 6º, 7º e 8º ciclos do ensino fundamental com idade entre 11 a 13 anos). Definido o público-alvo fez-se um levantamento de suas necessidades. Distribuíram-se urnas nas salas de aula que permaneceram nas mesmas durante dois dias, onde os alunos depositaram um registro anônimo de seu tema de interesse, que mais tarde foi recolhido para o levantamento das demandas e planejamento das atividades. Temas como diferenciação de gênero, relações amorosas e sexuais, virgindade, métodos contraceptivos, gravidez, masturbação e mudanças no corpo foram elencados. Ao contrário do que se esperava, assuntos relacionados ao uso de drogas quase não apareceram. O assunto majoritariamente referido foi a sexualidade e seus diversos desdobramentos. O interesse dos estudantes mostra uma relação com dados do IBGE/2007, segundo os quais, houve um aumento na proporção de meninas entre 15 a 17 anos com filhos, além do mais, os adolescentes iniciam a sua vida sexual cada vez mais cedo tornando-se vulneráveis às DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e gravidez precoce, modificando, assim, o seu ciclo vital. Pensando nisso, entendemos que as ações de educação em saúde podem prevenir estes problemas considerados, atualmente, de saúde pública e fomentar o empoderamento e consciência dos jovens. Logo, o trabalho organizou-se com a equipe levantando eixos principais de abordagem: sexualidade e subjetividade; transformações do corpo, DST's e reprodução. O GTES optou por trabalhar em pequenos grupos, onde os profissionais foram divididos conforme seu interesse frente a tal demanda. Assim, cada grupo pensou em uma estratégia metodológica para abordar da melhor maneira o tema e, a partir daí, foram elaboradas oficinas desenvolvidas em espaços intitulados “portas”. A Porta 1 trabalhou as transformações físicas e comportamentais da puberdade; a Porta 2 abordou a estrutura e funcionamento do aparelho reprodutor humano e DSTs; e a Porta 3 tratou de questões vinculadas à subjetividade na puberdade e adolescência. Priorizando o direito de escolha e a individualidade de cada um, os alunos, previamente à oficina, tiveram o acesso a um *folder* com um “cardápio”, para que pudessem refletir sobre suas dúvidas e interesses. Dessa maneira, nas datas de realização das oficinas, os estudantes já decididos, encaminharam-se para a “porta” de sua preferência. **Etapas II- Execução e Avaliação:** A execução deu-se nos meses de setembro e outubro de 2011, em três ciclos – onde os alunos de séries diferentes participaram das atividades. A metodologia aplicada foi bem flexível tendo distintos tipos de abordagem/ linguagem frente à mudança nas faixas etárias dos estudantes. **PORTA I -** A porta 1 intitulada “A revolução do corpo: o que está acontecendo comigo?”, tratou das transformações que ocorrem no corpo nos períodos da puberdade e adolescência. A atividade teve início com a apresentação de um vídeo mencionando essas mudanças. Após, os alunos foram divididos em grupos e para cada grupo foram entregues materiais (papel pardo, lápis, borracha) para que eles pudessem desenhar seus corpos e as transformações percebidas por cada um deles. A partir dos desenhos, foi aberto um espaço para o levantamento de questões, discussão e esclarecimento de dúvidas, também foi disponibilizada, para os mais tímidos, uma pequena urna para que eles pudessem depositar suas perguntas sem receio de serem identificados. **PORTA II -** A porta dois, “Me preparando para a adolescência” trabalhou sobre anticoncepção, reprodução humana, DST's, menstruação e ovulação. Para tal, usou da dinâmica “mitos e verdades” na forma de gincana, onde os jovens foram divididos em duas ‘equipes’ e através de perguntas e respostas ou atividades lúdicas, eles mesmos respondiam as questões trazidas, e conforme as respostas obtidas, as dúvidas eram sanadas pelos profissionais. Considerando que o conhecimento do próprio corpo e de como ele funciona é importante para que se entenda o que está acontecendo e o que é normal ou não, a porta II

abordou questões como: A partir de quando pode-se engravidar? Usar duas camisinhas ao mesmo tempo protege mais contra uma DST ou gravidez?; DST se pega na primeira vez? Considerando a possibilidade de estes serem temas de mais difícil compreensão, ou de maior complexidade em relação à idade dos jovens, o espaço não obteve um número grande de participantes, porém, foi um sucesso nos momentos de execução. No total, participaram das oficinas 142 jovens distribuídos nas atividades e representando respectivamente 61, 42 e 39 alunos por porta. **PORTA III-** A porta três denominou-se “Tudo que você gostaria de saber sobre você mesmo e nunca teve coragem de se perguntar”, os participantes se propuseram a conversar sobre situações típicas da faixa etária, que por vezes, os jovens não têm a coragem de perguntar a si mesmos, ou não têm disponibilidade de dialogar com pessoas próximas, familiares ou não. Inicialmente colocou-se vários balões (de cores diversificadas) e, neles, com um cordão afixou-se papéis com diversas frases relacionadas à temática proposta. A ideia era que onde se agrupasse o maior número de alunos iniciar-se-ia a conversa, conforme a frase, ao passo que todas as frases colocadas nos balões seriam comentadas. No primeiro momento, houve um certo silêncio. Entretanto, paulatinamente, os alunos foram desinibindo-se e a oficina ocorreu conforme planejado. Após cada atividade, realizou-se uma avaliação com os alunos, que assinalaram o conceito ótimo/bom em todas as portas quanto aos quesitos: participação dos profissionais (97%); maneira como foi explicado o assunto (95%); assunto abordado (96%); recursos materiais (85%); tempo de duração (82%). E ainda apontaram a vontade de que a oficina fosse repetida em outros momentos. A direção e professores também trouxeram um balanço positivo, inclusive a solicitação para que o projeto seja oferecido às turmas de EJA tendo continuidade em 2012, e ainda que oportunizou aos alunos um espaço de reflexão e oportunidade para o esclarecimento de suas inquietações. Quanto a equipe, houve uma satisfação na medida em que a atividade proporcionou a vivência de aspectos diferenciados dos fluxos da unidade de saúde, ou seja, um trabalho extramuros fazendo a articulação com a rede local, além da prática de promoção da saúde tida como objetivo da APS, principalmente com jovens numa faixa etária tão vulnerável. Concluímos que o planejamento foi essencial para que não houvesse atravessamentos na execução do processo e que esta é uma atividade a ser pensada e instituída no trabalho da US, considerando a lógica da longitudinalidade para que se possa colher resultados a longo prazo.

10. DIRETRIZES, PROTOCOLOS E SISTEMATIZAÇÃO DO E PARA O CUIDADO

10.1 Adaptação transcultural do instrumento Agree II (Apraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) para avaliação de diretrizes clínicas

Gleide Simas Custódio Khan, Ailton Tetelbom Stein

Com o aumento da produção de diretrizes clínicas observadas nos últimos anos, há uma necessidade premente de critérios internacionalmente reconhecidos para avaliação nos diferentes países, tanto para os elaboradores de diretrizes como para os usuários. Instrumentos como o *Apraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II)* foram criados para avaliar a qualidade e o rigor metodológico no desenvolvimento de diretrizes clínicas. O objetivo do estudo foi descrever o processo de adaptação transcultural do instrumento *AGREE II* para o português do Brasil e aplicá-lo a diretrizes clínicas sobre asma. A adaptação transcultural seguiu normas internacionalmente aceitas com as etapas de tradução, síntese, retro-tradução, avaliação por um comitê de especialistas e avaliação externa, seguido da aplicação a duas diretrizes clínicas (uma elaborada por uma sociedade de especialidade brasileira e outra elaborada por órgão vinculado ao Sistema Nacional de Saúde da Escócia). Todas as etapas definidas pelo *AGREE Trust* (órgão oficial de gestão dos interesses do Instrumento AGREE) foram seguidas. A contribuição dos experts na avaliação externa, apesar de não obrigatória, foi importante para a redação final do instrumento. As diretrizes sobre asma tiveram uma avaliação elevada em relação aos domínios escopo e finalidade e clareza da apresentação. A diretriz elaborada pela sociedade de especialidade brasileira obteve uma pontuação baixa nos domínios relacionados ao envolvimento das partes interessadas, o rigor do desenvolvimento, à aplicabilidade e independência editorial. A diretriz escocesa obteve pontuação superior a 50% em todos os domínios. Palavras-chave: Guias de Prática Clínica, Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa, *Asma.Practice Guidelines, Evaluation of Research Programs and Tools, Asthma*.

10.2 Implantação do bundle de ventilação na UTI do HCR

Patrícia Fisch, Nara Beloni Gonçalves saraiva, Beatriz Azambuja Baptista.

As infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS) são definidas como complicações infecciosas de doenças preexistentes ou de procedimentos médico-cirúrgicos aos quais o paciente foi submetido. São consideradas um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morbimortalidade, além de aumentar o tempo de hospitalização e os custos extras com tratamento. São classificadas em urinárias, cirúrgicas, pulmonares e relacionadas a cateteres. As pneumonias são responsáveis por aproximadamente 15% de todas as infecções hospitalares e 27% de todas as infecções adquiridas na unidade de cuidados médicos intensivos (UTI). A ventilação mecânica é considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento da pneumonia bacteriana hospitalar. Quando se refere a pacientes politraumatizados, aproximadamente 30% desses desenvolvem infecção, sendo que esta taxa cresce para 60% nos pacientes que permanecem internados em UTI por mais de cinco dias. A pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos pacientes com trauma, acometendo cerca de 44% dos pacientes submetidos à ventilação mecânica. Na perspectiva de reduzir eventos adversos da assistência à saúde com ações cientificamente comprovadas, o Institute for Healthcare Improvement (IHI), liderou a campanha “5 Milion Lives Campaign”, com uma série de programas que estabelecem ações simples, de baixo custo, fácil aplicação e cientificamente comprovadas. Um dos

programas dessa campanha popularizou os “bundles”. O conceito de “bundles” foi desenvolvido para melhorar o atendimento aos pacientes submetidos a tratamentos especiais com riscos inerentes. Trata-se de um conjunto de práticas baseadas em evidências que, quando executadas coletivamente e de forma confiável, melhoram os resultados. Guidelines baseados em evidência sugerem que o uso de um “bundle” apropriado é altamente efetivo na redução das PAV's. A perspectiva de reduzir as taxas de PAV do HCR, com ações simples, baratas e aplicáveis, tornam a implantação do bundle de PAV uma necessidade imediata. O CIH-HCR em conjunto com as equipes da cirurgia bucomaxilofacial, enfermagem e UTI organizou a implementação deste bundle na UTI do HCR.

10.3 Nursing Activities Score: resultados da unidade de terapia intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Sofia Louise Santin Barilli, Adriana Alves dos Santos, Fernanda Braga Azambuja, Michelle Villas Boas Fernandes, Nara Selaimen Gaetner de Azeredo, Andresa Fontoura Garbini, Silvia Urrutigaray da Cunha Aloy.

Introdução. O *Nursing Activities Score* (NAS) surge a partir da modificação do *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28), com objetivo de mensurar a gravidade dos pacientes e calcular a carga de trabalho de Enfermagem em UTI. Divide-se em sete categorias e apresenta 23 itens, contemplando 80,8% das atividades de Enfermagem, tendo o escore máximo de 177 pontos equivalente à maior necessidade de cuidados. **Objetivo.** Verificar as necessidades diárias decuidados de Enfermagem segundo o NAS conforme a RDC 07 (24/02/2010), que recomenda a utilização de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem em UTI. **Método.** Preenchimento diário do instrumento nos 59 leitos, fomentando banco de dados com média diária. Os valores obtidos correlacionam-se à carga de trabalho: 100 pontos equivalem à necessidade de um profissional de Enfermagem. **Resultados.** Inicialmente algumas divergências no preenchimento do instrumento geraram resultados superestimados: a pontuação média do NAS em março, abril e maio foi respectivamente 94,1; 95,6 e 85,5. Por isso, necessitou-se capacitar periodicamente os enfermeiros para obter resultados próximos aos encontrados na literatura. A pontuação média do NAS de junho/2011 a janeiro/2012 foi 89,9; 83,4; 82,6; 81,7; 77,6; 77,5; 77,7 e 76,2 respectivamente. Esses valores, semelhantes aos de outros serviços, refletem a importância das capacitações realizadas para uniformizar o preenchimento do instrumento. **Considerações Finais.** O emprego de indicadores que avaliem a condição clínica do paciente, bem como a necessidade diária de cuidados, tornou-se instrumento indispensável na busca da qualidade da assistência e redimensionamento da equipe. Além da escolha de um instrumento adequado à realidade, faz-se necessário um programa de educação que permita ao profissional utilizá-lo de maneira correta. As médias obtidas representam a necessidade de aproximadamente um profissional a cada leito.

10.4 Implantação da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) no bloco cirúrgico (BC) do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC)

Cecília Glanzner, Cintia Vargas, Patricia Colatto, Gislaine Saurin, Mirna Pedroso

A SAEP no BC teve início considerando a importância da fase operatória enquanto crítica e complexa e da assistência de enfermagem individualizada e sistematizada. Embasado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, nos Diagnósticos de Enfermagem (DE) a partir da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), Intervenções de Enfermagem (IE) com base na prática clínica e *Nursing Interventions Classification* (NIC) e

resultados esperados conforme a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), os enfermeiros do serviço criaram um instrumento com o objetivo de implantar a SAEP no BC. Trata-se de um estudo quantitativo, analisado através da estatística descritiva com a questão: Quais os DE e as IE prioritárias no BC? Realizado no período de maio a junho/2011 Foi implantado após capacitação e aprovação pelo Comitê de Ética 232/07. A aplicação do instrumento inicia na entrada do BC, trans-operatório até a sala de recuperação pós-anestésica (n=12). Foram selecionados 100% os DE de Risco de Dignidade Humana Comprometida; Lesão Perioperatória de Posicionamento; Desequilíbrio da Temperatura Corporal e de Infecção. Medo 92%; Risco de Sangramento 75%. Quanto às IE, as selecionadas 100% foram: Certificar o nome do cliente, explicar procedimentos ao paciente e solicitar o consentimento antes de realizar; manter portas da sala cirurgica fechadas, verificar a integridade da pele; manter a mesa operatória travada, manter o alinhamento do corpo, aquecer as soluções endovenosas quando adequado, manter paciente coberto durante os transportes. Percebe-se a importância da implantação da SAEP, pois os DE e as IE selecionadas pelos enfermeiros, foram consideradas prioritárias, melhoram a assistência, diminuem os riscos e efeitos adversos no paciente. As vantagens percebidas estão na qualificação dos cuidados aos usuários do serviço, o que implica em reorganizar o trabalho no setor, com enfermeiro designado para tal atividade. A SAEP reforça o registro da assistência do enfermeiro, permitindo a visibilidade e valorização profissional.

10.5 Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) na Sala de Recuperação (SR) do Hospital Nossa Senhora Conceição

Cecília Glanzner, Cintia Vargas, Mirna Pedroso, Jaqueline Vargas, Luciana Oliveira

A assistência de enfermagem individualizada e sistematizada no pós operatório é muito importante por ser um momento crítico e complexo. Por isso, enfermeiros do serviço criaram um instrumento com o objetivo de implantar a SAEP na SR. Foi embasado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, nos Diagnósticos de Enfermagem (DE) a partir da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), Intervenções de Enfermagem (IE) com base na prática clínica e *Nursing Interventions Classification* (NIC) e resultados esperados conforme a *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Trata-se de um estudo quantitativo (n=10), analisado através da estatística descritiva com a questão: Quais os DE e as IE prioritárias na SR? Realizado no período de maio a junho/2011 e implantado após capacitação e aprovação pelo Comitê de Ética 232/07. A frequência dos DE foram: Risco de infecção 90%; Risco de sangramento e Hipotermia 80%; Medo 60%; Náusea 50%; Dor aguda 50%. E 3 DE com frequência menor de 50%. Quanto às IE, em 100% dos instrumentos foram selecionadas: monitorar sinais vitais e alterações sugestivas de hipovolemia. Em 90%, observar pulsos periféricos, temperatura da pele, controle da dor. Em 80 %, observar ferida operatória. Observar indicadores não verbais de desconforto; padrão ventilatório e comunicar alterações; Observar e comunicar sinais de hipotermia, usar medidas de controle da dor, antes do agravo, manter paciente aquecido e livre de umidade apareceram em 70% dos instrumentos. Demais IE abaixo de 60%. Foi possível perceber a importância desse trabalho que inicia na entrada do bloco cirúrgico, continua no trans-operatório, até a SR. Isso repercute diretamente nos usuários desse serviço que terão qualidade de atenção, assistência e segurança. E, assim, contribuindo na diminuição dos eventos adversos e melhora dos registros de enfermagem. Concluímos a necessidade da continuidade e implantação da SAEP em todos os pacientes admitidos na SR.

11. EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES: AS EXPERIÊNCIAS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

11.1 Qualificação profissional em higienização hospitalar – perfil dos egressos

Daniela da Motta Esteves, Maristela Vargas Losekann, Suzana Rolim Tambara, Márcio Neres dos Santos

A infecção hospitalar por microorganismos multirresistentes e panresistentes é alvo de atenção em relação ao controle e disseminação, portanto, voltamos nossos olhares para uma higienização correta dos ambientes de saúde. As instituições hospitalares, em grande parte, terceirizam essa atividade, recendo profissionais leigos e despreparados quanto às técnicas e rotinas do trabalho. Os profissionais que atuam na higienização hospitalar são estratégicos para melhora dos indicadores da qualidade assistencial e redução das infecções hospitalares. Nesse sentido, foi identificado a necessidade de qualificar os atores envolvidos nesse processo através de curso de aperfeiçoamento em higienização hospitalar, aberto ao público interno e externo. O objetivo deste trabalho é identificar o perfil dos egressos do Curso de Qualificação Profissional em Higienização Hospitalar. Os dados foram obtidos a partir das fichas de inscrição dos alunos, utilizou-se a metodologia descritiva analítica. A análise dos dados foi realizada com auxílio do programa Epi Info versão 3.5.1. Os resultados obtidos demonstram que 61 alunos concluíram o curso nas duas edições oferecidas, entre os anos de 2009 e 2010. Na primeira edição, entre os egressos, 86% eram do sexo feminino, 34% acima de 40 anos, 71% morava na própria cidade em o curso foi ofertado, 81% possuíam ensino médio incompleto, 62% possuíam alguma experiência na área, 76% estavam empregados naquele momento. Na segunda edição, entre os egressos, não houve uma modificação significativa nesse perfil. Predominou a presença de mulheres, com faixa etária acima de 40 anos e residentes na cidade que ofertava o curso. Entretanto, a maior parcela dos egressos estava empregada naquele momento. A procura do curso pelo público feminino assemelha-se aos padrões encontrados na profissão e apesar da maioria dos alunos já estar trabalhando na função, estes buscam qualificar-se e, mesmo tendo experiência hospitalar, percebe-se que não os mesmos traziam conceitos e práticas inadequadas sobre o tema abordado.

11.2 A construção de materiais educativos para o serviço de higienização hospitalar

Márcio Neres dos Santos, Daniela da Motta Esteves

O avanço nas políticas públicas de vigilância em saúde vem tensionando os estabelecimentos assistenciais de saúde a adequar as práticas de higienização hospitalar. Dessa forma a educação permanente é fundamental para consolidação das melhores práticas. Embora as principais causas de infecção hospitalar estejam relacionadas com o doente susceptível à infecção e com os métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados, não podemos deixar de lembrar que existe uma parcela de responsabilidade relacionada aos padrões de assepsia e de higiene do ambiente. Para isso, a qualificação dos profissionais do serviço de higienização é necessária, e a partir disso, existe uma carência de materiais educativos nessa temática. O presente trabalho trata-se de um relato de experiência dos enfermeiros do Serviço de Higienização de um hospital público de ensino, na cidade de Porto Alegre-RS, na elaboração de materiais educativos no contexto da higienização hospitalar. A partir de oficinas com os trabalhadores e de um curso de qualificação profissional, foram elaborados coletivamente diversos materiais. Dentre estes, é construído um Manual de Limpeza e Higienização Hospitalar e um Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde:

Procedimentos Operacionais Padrão da Higienização, tendo por objetivo auxiliar e orientar dúvidas no cotidiano do trabalho. Para tanto esse material foi distribuído de forma impressa aos supervisores do serviço de limpeza, aos participantes do curso. Assim como, foi disponibilizado na intranet da instituição. Os materiais foram construídos respeitando as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as recomendações do Controle de Infecção Hospitalar e da Segurança do Trabalho da instituição. A padronização de material educativo proporcionou uma prática mais qualificada levando a uniformização das ações, a melhoria dos indicadores assistenciais e, aumentando a segurança dos trabalhadores e usuários.

11.3 A ilustração como ferramenta de apoio e integração de programas de saúde

Maria Lucia Medeiros Lenz

O presente trabalho busca apresentar como os profissionais de saúde e os familiares de crianças com asma percebem as ilustrações contidas em diferentes materiais de apoio às ações de um programa de atenção à saúde de crianças com asma – Programa da Asma. O objeto de estudo são desenhos inseridos nesse contexto e que se caracterizam por um estilo que pretende comunicar, considerando as diferentes funções que uma ilustração pode exercer, entre outras, a de pontuar, representar, descrever, motivar, simbolizar, expressar, integrar ou conectar. Programas de saúde são dinâmicos, partem das necessidades de saúde evidenciadas e compreendem múltiplas ações que se relacionam. Entre as ações prioritárias do Programa da Asma do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre observa-se: estimular a educação permanente dos profissionais, motivar os profissionais para as ações e melhor integrá-las nos diferentes pontos de atenção do sistema de saúde. Buscou-se de avaliar, por meio de uma análise textual discursiva, a percepção dos profissionais e dos familiares sobre as ilustrações. Relacionando os problemas de saúde identificados às ações propostas e às funções apontadas para as ilustrações, o trabalho aborda os seguintes temas: a ilustração como ferramenta de sensibilização, educação e integração de programas de saúde. **Palavras-chave:** Comunicação e Saúde. Programas de Saúde. Avaliação Qualitativa. Ilustração.

11.4 A educação permanente como agente de mudança de práxis no serviço de higienização de um hospital de ensino

Daniela da Motta Esteves, Marcio Neres dos Santos

Serviços de saúde são ambientes propícios a infecções, sendo necessário o controle rigoroso através de rotinas e técnicas de limpeza específicas para o setor saúde. A limpeza hospitalar é uma das medidas para manter os ambientes asseados, além de ser eficaz na prevenção e controle das infecções. No entanto, não é derresponsabilidade exclusiva da higienização hospitalar, sendo necessária acolaboração dos gestores, trabalhadores e usuários na perspectiva da co-gestão. A educação permanente dos profissionais diretamente envolvidos pode disparar mudanças no processo de trabalho e qualificação da assistência prestada. O presente relato aborda educação permanente na equipe de limpeza de um hospital de ensino e, relata a importância na modificação de práxis desses trabalhadores. Durante os anos de 2008 a 2011 foram ofertadas diversas atividades (oficinas, palestras, cursos, rodas de conversa, entre outros) para a equipe de limpeza focadas no controle e redução da infecção hospitalar. Durante esses três anos como produtos da educação permanente foram elaboradas rotinas de limpeza, rotinas de recolhimento dos resíduos de serviços de saúde, procedimentos operacionais padrão (POP). Nas rodas de conversa foi discutido o serviço de limpeza como uma atividade meio e, sua importância nos serviços de saúde, visto que não realizá-lo ou realizá-lo de forma inadequada interfere diretamente na assistência. As oficinas

proporcionaram a elaboração das rotinas e POPs diminuindo consideravelmente as infecções no ambiente hospitalar. Além disso, houve a otimização das tarefas e redução de custos, melhorias no processo de trabalho, redução de acidentes ocupacionais e infecção cruzada. Essa experiência demonstrou que a educação permanente no serviço de higienização quando conduzida por enfermeiros apresentou melhores indicadores, tais como a maior satisfação dos participantes, adesão ao temas trabalhados e mudanças na práxis dos trabalhadores. A educação permanente foi uma ferramenta útil na mudança e qualificação da práxis do serviço de higienização.

11.5 Educação permanente (EP) no bloco cirúrgico (BC) do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC)

Cecília Glanzner, Adriana Quevedo, Andrea Gil Mello, Márcia Klipel, Patrícia Nottle de Collato

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de 3 anos, com o objetivo de descrever o trabalho de profissionais enfermeiros e auxiliares de enfermagem do BC do HNSC, relativo a EP no setor. A EP em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Na EP, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação se definem desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. No final de 2007 iniciaram-se discussões no BC do HNSC sobre metas do setor, dentre elas, atingir 15 horas de EP por trabalhador. A EP iniciou em 2008, com palestras nos turnos manhã e tarde, com diversos temas apontados pelos trabalhadores no seu planejamento. Assim, as necessidades de qualificação do BC foram identificadas a partir da problematização do processo de trabalho possibilitando garantir a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. Foram realizadas 24 palestras anuais nos turnos M e T, totalizando 51, 31 e 21 hs por trabalhador nos anos 2009, 2010 e 2011. A experiência da EP no BC se mostra positiva, uma vez que está sendo possível a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do BC e proporcionam qualidade do trabalho oferecido aos usuários e aos próprios trabalhadores.

11.6 Construção de um curso técnico de enfermagem para o SUS: a participação dos docentes

Alexander de Quadros

Este estudo busca retratar a experiência de enfermeiros docentes do Curso Técnico de Enfermagem do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. Conforme a lei do exercício profissional, o técnico de enfermagem participa da equipe multiprofissional de saúde, desenvolvendo ações integradas de prevenção, educação, recuperação e reabilitação de acordo com as necessidades individuais e coletivas, visando à promoção da saúde. Por acreditar que a formação atualmente ofertada para esta categoria profissional atende a uma lógica de mercado e não leva em conta as necessidades demandadas pelo SUS, a Escola GHC propôs a criação de um curso técnico que formasse profissionais capazes de atuar nos diferentes setores, de modo a atender às necessidades da sociedade por atendimento qualificado, na perspectiva da integralidade da atenção e dos princípios do SUS. Ao considerar que a experiência de trabalhador do SUS teria fundamental

contribuição para a formação proposta, foi realizado um processo seletivo que incluiu os enfermeiros do GHC, os quais passaram a desempenhar a função de docente, mas não se afastaram da assistência. Com o desenvolvimento do curso surgiram dificuldades, como o não reconhecimento e valorização da atividade docente por parte de alguns gestores e colegas assistenciais, a pouca experiência dos docentes com a educação construtivista proposta pelo curso e a heterogeneidade dos discentes selecionados mediante sorteio público. Esta vivência tem exigido muitos enfrentamentos e desencadeado diversas reflexões e avaliações que evidenciaram a necessidade de qualificação profissional dos docentes para atender às demandas que se apresentam. Nesta perspectiva os docentes estão realizando um curso de formação pedagógica oportunizado pela Escola GHC (parceria com a UFRGS) e constituindo um grupo de pesquisa para desenvolver estudos relacionados à implementação do curso Técnico de Enfermagem, entre outros.

11.7 Educação permanente: o olhar do trabalhador sobre a aprendizagem no trabalho

Fernando Santos Lerina

As unidades hospitalares são ambientes complexos que apresentam situações que envolvem tanto o profissional da área da assistência quanto os trabalhadores administrativos. Há, portanto a necessidade de constantemente atualizar os profissionais destas instituições no sentido de oferecer-lhes informações não só sobre rotinas administrativas, mas também questões relacionadas ao ambiente hospitalar que permeiam as atividades desses trabalhadores. Esse trabalho busca estabelecer debates, cujas induções e pensamentos, localizem o problema da necessidade de um processo educativo como ação pedagógica no cotidiano do trabalho a partir de capacitações desenvolvidas na Gerência de Administração do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A Gerência de Administração é composta de quatro coordenações, que são: Coordenação de Apoio Administrativo, Coordenação de Segurança Física, Coordenação de Higienização e Coordenação de Processamento de Roupas. Ao total são 14 equipes e 370 trabalhadores entre administrativos, seguranças e auxiliares gerais. Capacitação compreende cursos, seminários, treinamentos, oficinas e atividades similares, relacionadas aos processos de educação, que tem como objetivo o aperfeiçoamento, a qualificação e a especialização dos empregados em temas relacionados ao seu processo de trabalho e fazer profissional. Entre os anos de 2007 e 2009, foram oferecidos cursos em diferentes áreas de conhecimento que atenderam as demandas de cada setor da Gerência de Administração do HNSC. Atendimento ao público, trabalho em equipe, conflito no ambiente de trabalho, motivação, relacionamento pessoal, liderança, resíduos hospitalares, infecção hospitalar, entre outros, são temas desenvolvidos com o objetivo de oferecer ao público interno, visando qualificar o profissional inserido no processo de trabalho, de modo a prepará-los para desenvolver ações integradas com as necessidades do hospital.

11.8 Profissionais da saúde e a educação para o envelhecimento

Ângela Gomes, Simone Nenê Portela Dalbosco

Este estudo é parte integrante de nossas dissertações de Mestrado em Educação (UFRGS), as quais discutiram sobre a inclusão do tema envelhecimento nos currículos do ensino básico, bem como na formação dos profissionais da área da saúde. Com o aumento da população idosa, a área da saúde tem grandes desafios a superar. Dessa forma, é importante orientar, desde cedo, os profissionais dessa área quanto às suas contribuições frente a essa nova realidade demográfica, principalmente no que se refere à promoção da saúde e à prevenção das doenças crônico-degenerativas. Tal orientação também deve servir para que esses profissionais despertem para os seus papéis no âmbito psicossocial da gerontologia na

assistência, na docência e na pesquisa, e finalmente, para que sua compreensão de saúde ultrapasse o entendimento de “saúde como exclusivamente questão médica”, buscando-se a consideração de tudo o que se associa à vida. Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde. Educação.

11.9 Integrar pela educação: o administrativo também assiste

Maria Salette Verdi da Silva, Rosane Maria B. Fritzen

O projeto intitulado “Integrar pela Educação: o administrativo também assiste”, faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar de 2006 pela Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde e o Grupo Hospitalar Conceição Grupo Hospitalar, na cidade de Porto Alegre, RS. O objetivo geral deste projeto é o de que os trabalhadores sintam-se capazes de prestar um atendimento de qualidade, respeitando princípios éticos e adotando uma postura adequada no trato ao usuário e aos profissionais da equipe de trabalho, com o intuito de aprimorar a qualidade da atenção integral e de um atendimento mais humanizado, eficiente e eficaz. A metodologia proposta é implementada através do método de oficinas, dentro do tema: “Se fosse eu, como gostaria de ser cuidado?”, desenvolvendo o conceito do “aprender fazendo”, aplicando técnicas de comunicação que possibilitem um entendimento da posição do outro no fluxo do processo de trabalho, e simulando a inversão de papéis entre a assistência, o paciente e o administrativo, que vem contribuir com a idéia de comparar a figura da enfermagem com a do administrador na medida em que ambos utilizam a administração do seu dia-a-dia como uma prática, “um fazer que se aprende à medida que se pratica” e que ambos se coloquem no lugar do paciente. Através das oficinas propostas, pretendemos oportunizar espaços para discutir a percepção dos trabalhadores sobre as principais dificuldades encontradas pelos usuários que buscam os serviços de saúde. Dessa forma, acreditamos que é de fundamental importância, implantar ações dirigidas à formação dos profissionais de saúde, além de processos que permitam a apropriação de novas tecnologias, é preciso propiciar espaços de discussão, análise e reflexão das práticas assistenciais no cotidiano de trabalho, levando em consideração as diretrizes e princípios que norteiam o SUS.

12. - HUMANIZAÇÃO E AÇÕES INTERSETORIAIS

12.1 Humanização em saúde: da história à prática atual (resumo expandido)

SILVA, Carla Maria Pinto,. Dr. Jorge Castellá Sarriera

Resumo: Este estudo propõe reflexão sobre o tema humanização da atenção à saúde, bem como as políticas públicas já implantadas e dificuldades para se alcançar as mudanças propostas. Na Grécia Antiga, Sócrates questionava a luta pela liberdade individual, a vida e os valores humanos. Nos dias atuais, a humanização em saúde tem mostrado grande relevância pública, pois gera reflexão sobre a política de saúde do País, a assistência prestada a população e as práticas profissionais nos serviços. Tal reflexão requer um repensar cotidiano dos profissionais sobre sua práticas e a organização do trabalho. Atualmente, no Brasil, a Política Nacional de Humanização em Saúde propõe um pacto entre trabalhadores, gestores e usuários para, através de uma construção coletiva baseada na troca de saberes, obter-se a humanização do cuidado em saúde. Por isso na Atenção Primária em Saúde é vista como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e se constitui no espaço onde a humanização do cuidado melhor se concretiza. Refletiu-se sobre a prática e o cotidiano do trabalho dos técnicos e usuários de um complexo hospitalar em diferentes unidades de saúde. Membros das equipes referem que a sobrecarga de trabalho os expõe a riscos físicos-psicossociais, e os torna vulneráveis as doenças do trabalho. Concluiu-se que a humanização da Saúde deve começar pelos seus técnicos e equipes na melhora das condições de atendimento à Comunidade.

Palavras-chaves: APS; Humanização; Práticas em saúde; Trabalhadores em Saúde

Introdução: Por séculos tem se discutido a respeito da humanização, o direito do homem, da vida e valores humanos. A palavra 'humanismo' deriva do *latim humanus*, que na Grécia Antiga deu início com as reflexões de Sócrates sobre o problema humano. No decorrer dos séculos o conceito de humanismo foi ganhando outras definições, em meio a Revolução Francesa a Declaração Universal dos Direitos Humanos, vence o obscurantismo das sociedades européias. Será visto por intermédio deste trabalho, que o tema humanização tem se destacado como parte fundamental nas políticas públicas de saúde, provocando transformações profundas nas instituições e assistindo novas formas de trabalho onde o repensar as práticas baseia-se em novos conceitos fortalecendo as parcerias, redes e a criatividade no trabalho. Na década de 70, no Brasil, houve várias discussões, reflexões entre os movimentos sociais, políticos, associações, sindicatos e trabalhadores da saúde para a transformação no atendimento mais humanizado na saúde em nosso país, a chamada Reforma Sanitária. Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ter o reconhecimento ao bem ao qual todo o cidadão tem direito, acesso igual e igualitário nas ações e serviços, num sistema único de saúde – SUS, gerando assim as chamadas leis, normas conselhos que regulamentaram o SUS. Vigente desde 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS propõe um SUS humanizado, esta política em Saúde tem como plano diminuir os obstáculos encontrados durante o tratamento, adquirindo novamente a comunicação entre a equipe de profissionais de saúde e os usuários. Veremos que uma das propostas na PNH é humanizar a prática de atendimento, que propõe reflexões sobre os serviços e nas práticas de saúde. Com isso surgirá um novo profissional da saúde, mais questionador, mais humano e com um novo olhar no conhecimento, cuidador de sua própria saúde, conhecedor de si e de seus limites.

Conteúdo: Falar sobre humanização em saúde é pensar na qualidade e na resolução dos serviços hoje oferecidos pelas redes de saúde no país, é rever o quanto à política pública em saúde poderá intervir para mudança no processo de trabalho da saúde, já que o SUS (Sistema

Único de Saúde) um dos maiores projetos públicos de saúde de inclusão social, ainda não conseguiu atingir seus objetivos em sua rede em todo o Brasil. Acredito que esta monografia trouxe à reflexão do termo humanização e sua história, mostrando que nos dias atuais ainda pensamos e discutimos como trabalhar melhor nossas relações com o outro, mostrou que o movimento de mulheres na década de 70 discutia e reivindicava novas práticas no atendimento à mulher e que em união aos movimentos sindicais e sociais e os trabalhadores de saúde modificaram o curso da saúde no Brasil. Mostrou que estas ações humanizadoras também ocorreram na política, que no decorrer destes anos às políticas públicas em saúde evoluíram em favor dos profissionais e do usuário. A humanização enquanto política pública de saúde propõe mudanças nos serviços e sistema saúde, criando espaços, parcerias e propondo melhores condições de trabalho aos trabalhadores, utilizando a transversalidade uma nova comunicação e relação entre profissional/usuário/gestor.

Conclusão: Como conclusão desta monografia acredito que as mudanças não deverão ser só via política, e que os trabalhadores enquanto conhecedores da dor e da qualidade de vida procurem outros meios de transformar o cotidiano em aprendizado pessoal. Utilizando novas práticas no trabalho como a troca de saberes, capacitações das equipes, avaliações de metas e indicadores. Discutir problemas do processo de trabalho em equipe, avaliando o trabalho desta equipe e em conjunto criar ações e melhores alternativas para desempenhar com resolutividade e qualidade o trabalho na saúde.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde (2001) Programa Saúde da Família. Manual de Enfermagem. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde.(2004) *HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/ Ministério da Saúde*, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 10 de agosto de 2007, de www.saude.gov.br/bvs/humanizausus
- Brasil. Senado Federal (1988) Constituição: República Federativa do Brasil.
- Brasília. Benevides, R e Passos, E (2005) *HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: um novo modismo?* Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17.São Paulo.
- Betts,J.(2005) *Considerações sobre o que é o Humano e o que é Humanizar*. Recuperado em 26 de junho de 2007, de <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>
- Brasil, Ministério da Saúde (2006) *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde.*
- Ballone, G.J. e Moura E.C.(2008) *Síndrome de Burnout* – in. PsiquWeb. Recuperado em 15 de setembro,2008 de <http://www.psiqweb.med.br>
- Ballone, G.J. e Moura E.C.(2008) *Estresse no Trabalho* - in. PsiquWeb. Recuperado em 15 setembro, 2008 de <http://www.psiqweb.med.br>
- Brasil, (2005). *Política nacional de humanização. HumanizaSUS*. Recuperado em 10 de agosto, 2008 de http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389
- Brasil, (2002) *Programa de Humanização da Assistência Hospitalar*. 2ª ed. Revista: Brasília – DF
- Dejours, C.(1992) *A loucura do trabalho. Estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª ed. São Paulo:Cortez-Oboré.
- Deslandes, S. F.(2004) *Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar*. Ciênc. Saúde Colet., v.9, n.1.
- Deslandes, S. F.(2006). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos dilemas e práticas*. / S.F. Deslandes (orgs). Rio de Janeiro,RJ: Ed. FIOCRUZ.
- Maslach,C. & Leiter, M. P.(1999). *Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa* (M.S.Martins, Trad.). Campinas, SP: Papirus.
- Martins, M.C.F.(2001). *Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sarriera, J. C.(2004). *Psicologia Comunitária: estudos atuais*. Porto Alegre: Sulina
- Starfield, B.(2006) *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Bárbara Starfield*. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Vicentino, C.(1994) *História memória viva. Da pré história à Idade Média*. Gráfica Editora Hamburg.

12.2 Biblioterapia para pacientes adultos internados em uma unidade hospitalar: uma proposta de humanização

Luciane Berto Benedetti

Este projeto de pesquisa pretende analisar a importância da Biblioterapia no processo de tratamento de pacientes adultos internados em uma unidade hospitalar. Apresenta conceitos, objetivos e a importância da prática biblioterapêutica. Destaca sua aplicação em diversos hospitais do país com a finalidade de minimizar a tensão dos pacientes em tratamento hospitalar, como também de seus acompanhantes, proporcionando um ambiente mais

agradável e familiar. Relata sobre a leitura com objetivo terapêutico e como ela vem sendo aplicada em ambientes hospitalares, amenizando a solidão e a tristeza, proporcionando momentos de felicidade, de sonho, de magia e de descontração. Avalia se esta prática pode vir a ser desenvolvida como uma estratégia de humanização, visando à qualidade no atendimento e uma internação mais humanizada. Terá como participantes pacientes adultos internados no Setor de Hematologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição, localizado em Porto Alegre/RS. O estudo será realizado através de uma pesquisa qualitativa. Os instrumentos utilizados para a coleta das informações serão a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Os dados serão analisados através da técnica de Análise de Conteúdo. Pretende-se assim, obter a opinião dos pacientes adultos internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição sobre a prática da Biblioterapia. Os dados serão comparados com a literatura existente a fim de verificar se esses confirmam a teoria, ou seja, analisar se a Biblioterapia tem ou não função terapêutica para pacientes adultos e se eles têm ou não interesse em participar dessa prática em um ambiente hospitalar.

12.3 Humanização no atendimento hospitalar

RIBEIRO, Arli Aguiar[1]

Este trabalho tem como finalidade desenvolver um conjunto de resultados ao trabalho humanizado de atenção à saúde, baseados na atenção primária. Humanizar não diz respeito apenas ao trato do paciente. Refere-se a todos que entram em contato com ele: médicos, enfermagem, enfim, todos que fazem parte de um complexo hospitalar com o propósito de possibilitar promoção e fortalecimento da política de humanização na assistência hospitalar. A humanização é fundamental. Sejam defensores de grandes mudanças. É disso que trata um hospital: a vida, em sua dimensão maior. Realizei uma pesquisa bibliográfica, utilizando a Biblioteca do GEP/HCR, fazendo leituras, análises, críticas e experiência prática, para possibilitar a realização deste trabalho. É preciso reduzir o tempo de internação e aumentar o bem-estar geral dos pacientes. A humanização resulta de uma percepção sobre as instituições de saúde. Capacita profissionais hospitalares para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana e da cidadania, tornando-se a hospitalização adequada o que refletirá na maneira de cuidar. Conceber e implantar novas iniciativas de humanização beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde. Os procedimentos hospitalares acontecerão da melhor forma e os reflexos sobre os tratamentos se farão presentes cada vez mais. O tema humanização motiva-nos à modificação de nossas práticas profissionais no sentido de uma atuação mais humana, gerando mudanças que tornam-se um ponto fundamental para que o acolhimento, através da atenção, atinja a todos, onde se embasa o respeito afetivo ao outro em todos os sentidos, porque “é impossível lidar com a fragilidade humana sem questionar a própria vida aumentando a confiança dos pacientes no profissionais.

Os cuidados significam atenção e dedicação. Os pacientes necessitam que seu sofrimento seja acolhido e compreendido percebendo que os envolvidos na sua assistência tem um objetivo comum: atendê-los humanamente, por isso a Humanização no Atendimento Hospitalar.

12.4 Mamãe Pinta e Borda: Incluindo com arte

Bertamoni, Lêda Fernandes e Baptista, Carla Souza, Lêda Fernandes Bertamoni

O Grupo Hospitalar Conceição é o maior complexo hospitalar da região sul, situado na cidade de Porto Alegre (RS) com seu atendimento 100% SUS, garantindo a sociedade o acesso à saúde pública qualificada e humanizada, focando nas reais necessidades da população. É formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor, Fêmea, doze

Unidades de Saúde Comunitária e três CAPS, sendo que prestam atendimento para álcool e drogas e infantil. Esse complexo hospitalar tem mais de sete mil trabalhadores, é vinculado ao Ministério da Saúde e atua integrado à rede de saúde local e regional. Mamãe Pinta e Borda é um Programa realizado pela Gerência de Administração do Hospital da Criança Conceição destinada a mães de pacientes atendidos/internados na instituição. As atividades desenvolvidas objetivam a diminuição do estresse sofrido por estas mulheres quando da internação de seus filhos e estímulo à produção de peças artesanais que venham a permitir incremento de renda, além de promover a escuta e discutir questões referentes a mulheres (direitos, violência doméstica), com profissionais especialistas nas áreas. O Programa é desenvolvido dentro da unidade hospitalar com as mães junto ao leito dos filhos ou em sala destinada a este. Crianças maiores são estimuladas a participarem das atividades junto com suas mães, transformando um momento de troca e produto, que podem gerar oportunidade de renda. O material utilizado é oriundo de doações da comunidade, de trabalhadores da instituição e das mães participantes.

13. INTERSETORIALIDADE: A REDE ALÉM DA SAÚDE

13.1 Trauma e Sintoma Social: o sujeito entre história individual e história da cultura

(resumo expandido)

Eliana Dable de Mello

Em alguns territórios do Serviço de Saúde Comunitária constata-se enorme demanda por atendimento “psicológico” de crianças, por problemas referidos a “agitação”, “agressividade”, “indisciplina” ou “dificuldades escolares” – encaminhadas seja pelas escolas públicas da região, pelo Conselho Tutelar, pelos profissionais da própria equipe, ou mesmo por pedido dos pais. Concomitantemente, é expressivo o contingente de jovens envolvidos na delinquência ou na criminalidade, vinculadas principalmente a assaltos e ao tráfico de drogas. As disputas entre gangues rivais são constantes e apresentam um expressivo saldo de mortes, configurando-se como uma “guerra”, na denotação dos moradores, que sustenta-se sobretudo por uma cultura calcada na *vendeta*, a qual determina quem está jurado para ser o próximo a morrer. A relação entre os fenômenos descritos é sugestiva da organização de algo como uma “linha de montagem”, comandada em hegemonia pela pulsão de morte, suscitando interrogações sobre seus fundamentos e força de manutenção. Uma intensa agressividade entre os pares é elemento em comum, assim como a construção de uma zona limítrofe entre esta intensa agressividade/rivalidade e o apelo ao simbólico (jogos de linguagem, grafismos). Além disso, observa-se, em grande parte dos casos clínicos, a pouca coesão de um “mito das origens”, a precária apropriação de uma história familiar, o que obstaculiza uma estruturação subjetiva capaz de sustentar um “Eu” em posição enunciativa. Para Sandra Pesavento, “a autenticidade de um mito não se mede pela sua adequação ou não à realidade objetiva, mas, sim, *pelo poder de evocação e mobilização dos discursos e imagens*”. Poder de evocação este, que, para a psicanálise, se relaciona à fundação de uma memória, que diz respeito aos efeitos de inscrição de um significante paterno (que suporte o registro da lei cultural) a situar o sujeito na referência a uma filiação. Em uma leitura psicanalítica, a não transmissão de uma herança simbólica, que possa indicar um lugar para o sujeito no social, situa, por consequência, o traumático da objetualização como legado. Entende-se que a violência, nestas condições, é a resposta que indica o fracasso do psiquismo em construir processos intermediários de anteparo ao mandato superegóico de gozo imediato. Pois, “se o que propicia a experiência psíquica dos contornos que separam sujeito e Outro não estiver presente, está-se diante de uma posição de sujeito completamente situada nocalampo do estranho. Tudo no mundo lhe diz respeito e, paradoxalmente, não é possível reconhecer-se em absolutamente nada” (Simoni e Rickes). Configura-se aqui o que chamamos de sintoma social, na medida em que estas manifestações inscrevem-se no discurso dominante de nossa sociedade, como uma das principais fontes de seu mal-estar. “Eles” são assunto recorrente na cidade, como reafirmando a “civilidade” dos “não-eles”, e em exclusão ao seu Ideal. É de se notar que essa palavra, “exclusão”, tornou-se hoje um dos principais nomes do sintoma social contemporâneo. Em contraponto, a convivência com pessoas, no mesmo território, em quem é perceptível uma indubitável consistência subjetiva (discretas dignidades) – evidenciada por potente capacidade de transmissão simbólica –, tornava o território e a configuração de nosso problema de pesquisa ainda mais complexo, mas indicava também um novo caminho. Pois o que havia viabilizado a diferença de um protagonismo? Questões que percorrem o estudo:

- Quais condicionantes estruturais e históricos estabeleceram esta realidade que observamos no presente?
- Qual o legado de um passado de mais de três séculos sob a vigência de um sistema escravista para a subjetividade do brasileiro, e para a subjetivação do porto-alegrense em especial?

- Como se relacionam as produções da memória social e a constituição de mitos fundadores que alicerçam a subjetividade?
- Como alguns conseguiram construir uma versão das origens que legitimasse o nome sob o qual se distinguem, apesar das terríveis adversidades experienciadas pelo lado obscenamente frágil da relação escravista?

A aposta deste trabalho foi a de que localizar e compreender os pontos de “passe” e de “impasse” que se produziram na história – do país, do estado e da cidade –, no que concerne à constituição de um anteparo simbólico, a se tecer na inter-relação entre as produções da memória e de mitos fundadores, podia também trazer maior clareza quanto à direção a ser apontada pela intervenção clínica e institucional. Constatando a existência de fecundos aportes teóricos na psicanálise – que contribuem para elucidação de determinações estruturais –, a proposta deste estudo foi a de reuni-los e articulá-los com registros historiográficos, no sentido de contribuir para a composição de um campo de saber, capaz de ancorar um trabalho clínico e institucional no âmbito público e de fazer frente a seus desafios e interrogações. Ao buscarmos a contextualização histórica das formações sociais que deram corpo ao mal-estar que se atualiza no tempo presente das tensões nas relações sociais das cidades gaúchas, encontra-se o descompasso entre a historiografia tradicional – que minimiza a herança do período escravista no sul – versus a historiografia contemporânea – que a afirma desde os primórdios da colonização do estado, com papel preponderante na economia sulista a partir do ritmo industrial das charqueadas, no século XVI. Além disso, descortina-se o embate teórico entre historiadores, e mesmo entre psicanalistas, sobre a escravidão: o escravo apenas como objeto ou como agente (mesmo precarizado) que tensionou o sistema escravista e contribuiu para a abolição. Tomando o sistema escravista enquanto campo de tensões, apostou-se na possibilidade de algum agenciamento discursivo (palavra própria), ainda que fragmentário, próprio à posição do escravo, construído nas zonas de sombras do olhar senhorial. Pois, no vacilo dos senhores e nas estratégias de resistência dos cativos à dominação, não seria factível supor um camuflado deslocamento de uma posição passiva a uma posição ativa no discurso, exercitada apenas em condições propícias? Destas estratégias, entendemos a apropriação do “rito de compadrio”, oferecido pela Igreja Católica brasileira, em sua incauta intenção de “salvar as almas” dos infiéis, como o que possibilitou a formação de fato de uma noção de “comunidade escrava”, pelo estabelecimento de redes de solidariedade para além das fronteiras dos plantéis. O ato sacramental do batismo trouxe a possibilidade de multiplicar os laços de parentescos espirituais, dentro e fora do cativo, e preservar heranças culturais. Houve, por certo, aqueles que não conseguiram se inserir ou tecer relações suficientemente fortes, para assegurar sua pertença a uma construção narrativa a se reter. Esta esteve circunscrita às pessoas que, apoiadas nas diferentes vozes verbais da gramática pulsional, exercitada com algum semelhante, puderam sustentar um processo de descolagem do trauma imposto por tal organização de subjugação, legitimado por alguma outra ordem filiatória, que não a ordem senhorial. Sabe-se que a produção de novas formas de saber pressupõe trabalho subjetivo de construção de novos mitos e memórias que sustentam a possibilidade de outras formas de filiação. Em seu sentido inverso, entende-se que, quando, no confronto com a lógica do capitalismo nascente, houve impossibilidade real para tal construção, isso acarretou também a impossibilidade de constituição de uma posição de agenciamento no discurso, e, portanto de transmissão simbólica às novas gerações. O trabalho clínico em saúde mental nos territórios do Serviço de Saúde Comunitária é farto em testemunhos tanto da resiliência subjetiva quanto das manifestações sintomáticas ligadas à herança histórica que nos constitui.

Referências:

ALADRÉN, Gabriel. *Liberdades Negras nas Paragens do Sul: alforria e inserção social de libertos em Porto Alegre, 1800-1835*. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2009.

PAULA, Juliano V. de Paula. *Relações de compadrio entre a população escrava e liberta da Freguesia de São Tomé das Letras (1841-1859)*. História e-História. Publicação organizada com apoio do Grupo de Pesquisa Arqueologia Histórica da UNICAMP. Atualizado em 10/03/2009. Em: <http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=alunos&id=167>. Acesso em 15/07/2010.

13.2 A intersectorialidade das políticas públicas no processo de remoção da Vila Dique: tecendo a rede da promoção da saúde?

Tiana Brum de Jesus, Tatiane Moreira de Vargas e Felipe Anselmi Correa

Este estudo discute a intersectorialidade das políticas públicas a partir da experiência de uma comunidade em processo de remoção. A discussão é resultado de pesquisa que teve como objetivo identificar a intersectorialidade das políticas públicas no processo de remoção da Vila Dique (Porto Alegre/RS), a fim de analisar como se dá a relação com a promoção da saúde. A pesquisa foi do tipo qualitativa, com realização de entrevistas com trabalhadores executores das políticas públicas de saúde, educação, assistência social e habitação, envolvidos diretamente com a remoção dessa população. Através dos dados obtidos, foi possível identificar ações que possibilitam a articulação das políticas públicas, mas que ainda são incipientes diante de um processo de remoção de famílias de grande porte como o estudado. Verifica-se que o *modus operandis* das políticas públicas ainda continua com um foco setorial, pautado em ações compartimentalizadas, mas ainda assegura minimamente um processo coletivo para pensar ações de enfrentamento de problemas a partir da remoção. No entanto, considera-se que a condução do processo de remoção não vem contemplando pressupostos da Política Nacional de Promoção da Saúde, sem a garantia universal de acesso dos usuários aos direitos sociais como saúde, assistência social, educação e lazer, referências mínimas para a promoção de uma saúde integral. Assim, a experiência estudada evidencia a necessidade de ações mais compartilhadas, tanto na gestão, quanto na execução das políticas públicas para que sejam minimizados os impactos sociais causados na vida dos sujeitos, bem como garantido os direitos básicos durante um processo de remoção.

13.3 Saúde no trânsito: uma questão de educação.

Karen Araujo Willrich; Camila Durante; Elise Soares; Matheus Fernandes; Veridiane Andrzejewski; Gisele Nader; Aline Gerlach.

Introdução: Os acidentes de trânsito são uma das principais causas de óbito no Brasil, representando um grave problema de saúde pública, o que inclui custos diretos e indiretos, através da perda de vidas e seqüelas. Através da utilização do método do arco, acadêmicos da UFCSPA, participantes da disciplina Pet-Saúde, perceberam que o território de uma das Unidades de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição apresentava risco aumentado para a ocorrência de acidentes de trânsito devido ao seu fluxo intenso de veículos no território de abrangência. Há uma escola na região, e segundo relato da diretora, diversos alunos se deslocam até mesma sozinhos. **Objetivos:** Sensibilizar os professores a abordarem o tema educação no trânsito em sala de aula e realizar atividade de prevenção de acidentes de trânsito com alunos da escola estadual de ensino fundamental. **Metodologia:** Foram realizadas duas intervenções, visando à prevenção de acidentes e educação no trânsito. A primeira ocorreu na escola, já a segunda, ocorreu na Fundação Thiago de Moraes Gonzaga, tendo por foco alunos da sexta série. No local, foi apresentada uma peça de teatro sobre as conseqüências de um comportamento de risco no trânsito. **Resultados:** os professores mostraram-se bastante motivados com a oportunidade de discutir o assunto e se propuseram a utilizar o material em sala de aula. Os alunos apresentaram-se muito compenetrados durante o teatro, interagiram com os atores sobre o tema e se propuseram a mudar suas atitudes e disseminar o conhecimento adquirido. **Conclusão:** Abordar educação no trânsito com alunos e professores da escola foi uma estratégia eficaz na mobilização dos mesmos em relação à modificação de comportamento frente ao trânsito. Além disso, essas iniciativas aproximaram a

Unidade de Saúde da escola, demonstrando a importância da intersetorialidade na busca pela eficácia de ações educativas e de saúde.

13.4 Religiões de matriz africana no Grupo Hospitalar Conceição

Bertamoni, Lêda Fernandes e Bertamoni, Camila Fernandes

Com o objetivo de assumir um compromisso com a responsabilidade social, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) iniciou um projeto inovador com a primeira experiência participativa para dentro do Grupo, onde usuários, funcionários e gestores decidem juntos onde e como aplicar os recursos públicos destinados à instituição. Com o compromisso para questões sociais, cria a Participação Cidadão, composta por comissões que buscam discutir questões raciais, de gênero, de acessibilidade. A principal responsabilidade da Comissão Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (CEPPIR)/ Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é a promoção de uma reflexão em relação ao problema do preconceito e da discriminação, buscando a inclusão social e o resgate da verdadeira importância de cada grupo étnico na construção da identidade do país, não excluindo as diversidades culturais, política e religiosas. Considerando que fé e devoção religiosa só podem fazer o bem a todos, os espaços inter-religiosos do GHC são considerados únicos, pois destacam a questão da cura, num espaço onde se faz saúde.

13.5 Acolhimento Coletivo: uma estratégia de acesso de uma comunidade em processo de remoção

Felipe Anselmi, Maria Amélia M. Mano, Maria Edith F. Alves, Rosane Maria Esteves Nunes, Ruth Rejane Dias Gomes Vera Celina C. de Farias

Há mais de 18 anos a Vila Dique é assistida pela Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST). Caracterizada pela precariedade das habitações, a deficiência de saneamento básico e a vulnerabilidade social, o serviço de saúde se configura como o principal suporte para as diferentes demandas. Por conta das obras da Copa de 2014, esta comunidade está em processo de remoção e, em maio de 2011 cerca de 30% das famílias já habitavam o novo reassentamento, muito distante da USST. Com o compromisso de manter a atenção, a USST lança mão de estratégias de facilitação do acesso e, entre elas, o atendimento em um Centro Social na área do novo reassentamento. O desafio de se dividir em duas equipes em três turnos também exige uma mudança de estratégias em que se possa garantir acesso a quem mais precisa tendo em vista a limitação de profissionais, a precariedade da área física e a deficiência de estrutura de apoio (prontuários, sistema de informática, auxiliar administrativo...). Sob essa perspectiva o Acolhimento Coletivo - AC – foi implantado desde o início do atendimento no Centro Social sendo que todos os profissionais da equipe mínima participam. A metodologia consiste em escutar a todas as pessoas em um grupo realizado no início de cada turno e, em conjunto, estabelecer encaminhamentos e prioridades de atendimento, com alguns critérios pré-estabelecidos (preferência para idosos, crianças pequenas, febre ou dor...). A avaliação do AC feita em dezembro de 2011 mostrou satisfação dos usuários e o desejo de continuidade, algo que está no planejamento da USST mostrando que desafios podem levar à belas descobertas e novos caminhos.

14. PROCESSO E GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE: A INTERDISCIPLINARIDADE NECESSÁRIA PARA A CONSTRUÇÃO DAS REDES

14.1 Consultoria de Enfermagem para o Ministério da Saúde de Angola/África: relato de experiência (resumo expandido)

Quadros, de Alexander; Rollof, Adriana.

Resumo: O presente estudo tem como objetivos compartilhar a vivência adquirida pelo autor durante o período em que esteve atuando como Consultor de Enfermagem e realizando treinamentos para os profissionais de enfermagem dos Hospitais do Governo de Angola/África: Huambo, Benguela, Malange e Lubango em Angola/África. Evidenciando a realidade da situação de saúde e enfermagem, bem como a atuação dos profissionais de enfermagem naquele país, dificuldades e conquistas, e assim contribuir para um processo reflexivo acerca das competências do enfermeiro nas diversas oportunidades de trabalho que a enfermagem brasileira vem encontrando ao longo da história além de proporcionar como em outros países vem se desenvolvendo a saúde pública.

Palavras-Chave: Saúde, Enfermagem, Consultoria.

Introdução: A motivação para o desenvolvimento deste relato de experiência ocorreu no período em que o autor desenvolveu atividades de Consultoria e Treinamentos de Enfermagem para o Ministério da Saúde de Angola/África (MINSA), nos Hospitais Provinciais de Huambo, Benguela, Malange e Huíla. São objetivos deste trabalho compartilhar algumas vivências e impressões acerca destas consultorias além da realidade social e de saúde em Angola, bem como a atuação dos profissionais de enfermagem naquele país, dificuldades e conquistas.

Um olhar sobre Angola: Angola localiza-se na costa Sudoeste do Continente Africano, delimitada ao Norte e a Nordeste pela República Democrática do Congo, Leste pela Zâmbia e ao Sul pela Namíbia. Está dividida em 18 províncias. A língua oficial do país é o português e existe mais de 42 línguas nacionais entre elas o Umbundo e o Quimbundo^{1 2}. Sete anos após o fim da guerra interna que dizimou mais de 1 milhão de pessoas através de uma disputa interna entre os partidos MPLA e UNITA o Governo vem atualmente através de parcerias com outros países como Brasil e China reconstruir e aumentar a disponibilidade dos serviços de saúde. Apenas 30% da população tem acesso aos serviços básicos de saúde num raio de 5 quilômetros do local onde moram³evidenciando desde o término da guerra pouco avanço a população aos serviços básicos de saúde. Segundo a UNICEF mais de metade dos 13,2 milhões de angolanos são crianças. Angola ocupa o 164º lugar entre 175 países no Índice de Desenvolvimento Humano e tem uma das taxas mais altas do mundo de mortalidade infantil abaixo dos cinco anos, com 260 mortes por 1000 nascimentos, devido a malária, infecções respiratórias, diarreia, sarampo e tétano neonatal. A taxa total de fertilidade é de 7,2 filhos por mulher e a taxa anual de crescimento da população é de 2,9%. A taxa de mortalidade materna é uma das mais altas do mundo, (1 700 por cada 100 000 nascimentos). A maioria da população de Angola vive na pobreza, sendo que 68% da população urbana vive abaixo da linha da pobreza. Estima-se que a economia rural seja quase na totalidade uma economia de subsistência³.

Consultoria de enfermagem em Angola: O Projeto para “Melhoria da Capacidade de Resposta dos Hospitais Centrais” em Luanda vem ocorrendo desde Outubro de 2006, com a capacitação técnica de médicos angolanos. O objetivo principal desse projeto foi o de diminuir a taxa de pacientes que estão sendo enviados para a capital e consequentemente para fora do país. Aumentando consideravelmente os gastos com os tratamentos pelo Governo de Angola. Através de um Subprojeto “Melhoria da Assistência de Enfermagem nos Hospitais Provinciais

de Angola” a iniciativa de formação em serviço para os profissionais de enfermagem no interior do país, que por vezes ficam à margem de ações de formação e aprimoramento de seus quadros de saúde. Sendo assim iniciou-se um trabalho de enfermagem previamente selecionados no Brasil em 4 modalidades: urgência e emergência de identificação das necessidades nos hospitais contemplados com o projeto realizado pelos consultores, internação, centro cirúrgico e materno infantil. O projeto teve início em Julho de 2008, e vem delineando através de ciclos com duração de 8 semanas cada um, onde as atividades de consultoria, treinamento teórico e prático estão acontecendo. Os enfermeiros consultores permanecem no hospital 2 semanas, chamada de etapa de “concentração”, com retorno a mesma instituição após um tempo médio de 6 semanas, o que permitirá sucessivas aproximações e distanciamentos entre o especialista e os quadro em aprimoramento. O papel dos consultores além de realizar o levantamento da situação da enfermagem nestes hospitais e fazer o treinamento destes profissionais é o de junto com os gestores das instituições implementar mecanismos para uma melhor gestão dos recursos humanos e financeiros.

Considerações finais: Num país em que a pobreza, a fome, as dificuldades habitacionais e as doenças são tão constantes, a melhoria da capacitação do pessoal de enfermagem é essencial, tendo em vista que a falta de profissionais de saúde, torna a assistência de enfermagem mais relevante ao minimizar os sofrimentos da população mais carente, possibilitando o atendimento das necessidades de saúde mais primárias. Ficou claro que a enfermagem brasileira, desde a chegada em terras africanas até o final dos projetos existentes, devem conhecer a cultura desse povo, as patologias específicas deste país para uma melhor abordagem dos trabalhos de enfermagem. Desde a abertura da porta dos hospitais, para os diagnósticos da situação de saúde, até as aulas teórico-práticas onde os profissionais de enfermagem sempre se mostraram interessados e participativos, reflexo de uma cede de conhecimento que foi talhada pela guerra e que hoje vem sendo suprida em passos lentos, mas significativos para esse país. Vínculos foram feitos com o povo africano que se perpetuaram para sempre na memória desta experiência e quem sabe lembradas num retorno breve. Certamente a enfermagem brasileira vem fazendo seu papel de mostrar o real papel da equipe de enfermagem para melhoria da situação de saúde nos Hospitais Províncias de Angola.

Referências:

- 1 História de Angola. [Citado em 13 de outubro de 2011]. Disponível em : http://pt.wikipedia.org/wiki/Hist%C3%B3ria_de_Angola.
- 2 DELGADO, Ralph. História de Angola. v. 1. Angola: Banco de Angola, s.d.
- 3 UNICEF. Dados Basicos. [Citado em 03 de novembro de 2011]. Disponível em: URL: <http://www.unicef.org/angola/pt/children.html>
- 4 Angola Dicas. [Citado em 03 de novembro e 2011]. Disponível em: http://www.angoladicas.com/notices_detail.asp?ID=10342&a=1

14.2 O paciente crítico sob o olhar do serviço social

Cristiane Ferraz Quevedo de Mello, Fabiana de Moura e Souza e Patrícia Pilatti

Introdução: O Serviço Social têm na área da saúde o seu maior campo de atuação (VASCONCELOS, 2006), no entanto este profissional é considerado complementar as equipes de atendimento crítico, tais como Urgência/Emergência e Unidades de Tratamento Intensivo (BRASIL, 2005). **Objetivo:** Reduzir a ansiedade de familiares de pacientes politraumatizados que ingressam na emergência salas vermelha e laranja, aqueles que apresentam risco de vida, em sua maioria, por acidentes de trânsito, ferimento por arma de fogo e outros traumas. **Material e Métodos:** Identificação e localização de familiares de pacientes politraumatizados através de registros institucionais, relatos da SAMU, internet, telefone e pertences. Entrevista inicial com pacientes e/ou familiares quanto a configuração e organização familiar, identificação do cuidador, acessos a rede assistencial, situação trabalhista e previdenciária. Informação em linguagem adequada a compreensão dos familiares quanto aos procedimentos da equipe e evoluções do paciente. Em caso de óbito, acompanhamento da notícia dada pelo médico,

orientações de procedimentos administrativos e fúnebres. **Resultados:** A inserção do Serviço Social nas Salas Vermelha e Laranja, desde 2009, atuou em 100% das entradas, ocorridas durante o horário de atendimento do serviço. Identificou-se que o atendimento imediato promove melhor percepção de situações de violência, negligência e maus tratos às crianças, mulheres e idosos potencializando a intervenção. O atendimento a ansiedade da família diminuiu a pressão sobre a equipe concentrada no momento crítico. **Conclusão:** A emergência de um hospital público é um espaço legítimo de atuação do Assistente Social, no qual, além de um atendimento imediato, poderá garantir direitos antes negligenciados no sistema de saúde.

14.3 O trabalho do assistente social no contexto hospitalar: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe

Cristiane Ferraz Quevedo de Mello, Idília Fernandes

Introdução: A partir do conceito ampliado de saúde, a garantia da saúde como direito social, a universalidade na atenção à saúde e a composição multiprofissional e interdisciplinar do atendimento em saúde o campo passa a ser visto como um espaço de atenção multidimensional. A dissertação de mestrado se constitui em um estudo de abordagem qualitativa sobre o trabalho em que participa o assistente social no contexto hospitalar, e se encontra ancorada em uma pesquisa que se baseia na teoria e no método materialista histórico-dialético. **Objetivo:** Analisar o trabalho do assistente social da rede hospitalar, na perspectiva do trabalho em equipe, a fim de qualificar a atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário. **Métodos:** Os sujeitos da pesquisa são nove (09) profissionais que atuam em equipes de saúde, em instituições hospitalares, em Porto Alegre, entre eles: assistentes sociais, médicos, enfermeiro, psicólogo e fonoaudiólogo. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada com aplicação de formulário composto de questões abertas. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** Entre encontros, desencontros, tensões e possibilidades as contradições, tensões e conflitos foram bastante recorrentes nos discursos dos profissionais entrevistados. Atribui-se às equipes uma prática multiprofissional e/ou interdisciplinar. Entretanto, não foi possível observar reflexões teóricas mais aprofundadas sobre tais práticas. **Conclusão:** É extremamente importante reafirmar que estar atento para este espaço cria a possibilidade do Serviço Social expandir seu campo de atuação para áreas ainda desconhecidas ou pouco exploradas pela profissão. Nesta relação de troca de saberes, o Serviço Social tem a oportunidade de socializar com as demais áreas do conhecimento as suas reais especificidades e habilidades e, dependendo da competência do profissional, até romper com o "preconceito" atribuído.

14.4 Percepção dos assistentes sociais em relação as demandas atribuídas ao serviço social

Daiana de Aquino H. Machado

A proposta de pesquisa aqui apresentada foi construída a partir da vivência como Assistente Social Residente do Programa de Residência Integrada (RIS), com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no ano de 2011. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a percepção dos assistentes sociais em relação às demandas atribuídas ao Serviço Social pelas equipes de trabalho no SSC-GHC, a fim de evidenciar a identidade do Serviço Social na APS. O estudo tem como base o trabalho realizado nas doze unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição(GHC), no período compreendido entre agosto de 2011 à julho de 2012. Nossa pesquisa será de natureza **qualitativa**, e buscará aprofundar a análise a partir da

orientação epistemológica do método dialético-crítico. Será realizado grupo focal e para o estudo dos dados obtidos, utilizaremos a Análise de Conteúdo de Bardin (2004). O **Universo** da pesquisa será constituído pelos Assistentes Sociais contratados, pelos Assistentes Sociais Preceptores e pelos Assistentes Sociais Residentes, que trabalham no SSC do GHC, no município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

14.5 Apoio Matricial: um estudo acerca da sua configuração na atenção primária em saúde no âmbito do Serviço de Saúde Comunitária do GHC

Viviane Franceschetto de Menezes, Tatiane Moreira de Vargas

A pesquisa tem como temática a configuração do apoio matricial na Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e, como objetivo geral verificar como a gestão do SSC identifica a operacionalização do apoio matricial neste serviço a partir das normativas referentes ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no período de 2008 a 2012. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pautada no método dialético crítico, que utilizará um conjunto de instrumentos e técnicas de pesquisa que visam à aproximação com o objeto de estudo, envolvendo: análise documental e entrevista semiestruturada. A amostra será composta a partir do universo de gestores e coordenadores do SSC do GHC no período de 2008 a 2012. Os dados serão analisados através da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). O interesse no estudo surge de um conjunto de fatores, quais sejam: identificação de que a criação do NASF é recente, datada de 24 de janeiro de 2008, pela Portaria GM Nº 154; a carência de produção científica; e, também, o NASF constitui-se em um campo de atuação potencial para o Serviço Social, área de formação da pesquisadora residente. Mas principalmente, e no que tange à relevância do estudo, este novo modo de produzir saúde – apoio matricial - vai ao encontro do conceito ampliado de saúde, que considera a saúde para além da ausência de doença. Assim como, baseia-se nos princípios do Sistema Único de Saúde e nas diretrizes da APS no que se refere ao atendimento ao usuário, que deve ser um atendimento de qualidade e que atenda as suas necessidades em saúde. Considera-se que este estudo poderá contribuir enquanto produção teórica sobre a temática do apoio matricial e para a compreensão da forma como este se encontra organizado no SSC.

14.6 Para além dos muros do hospital: o serviço social na perspectiva do trabalho em rede

Patrícia Pilatti; Débora Cristina Abel;

Introdução: O Serviço Social na área hospitalar se depara com diversas situações traumáticas em que necessita fortalecer a família durante a internação, bem como, em relação aos cuidados do paciente pós alta hospitalar. Desta forma a articulação com a rede de atendimento de referência do paciente tem grande importância nesse processo. Este relato de experiência tem o objetivo de identificar e demonstrar ações do Serviço Social que fortalecem a prática intersetorial na Unidade de Neurocirurgia. **Material e Métodos:** Análise das demandas atendidas pelo Serviço Social na Unidade de Neurocirurgia e sua articulação com a rede de saúde e assistência social. **Conclusão:** Levando em consideração o contexto saúde/doença e as consequências do mesmo ao paciente neurocirúrgico e seu familiar/cuidador, o trabalho em rede é de grande relevância pois possibilita a continuidade do cuidado posterior à alta hospitalar, bem como, a articulação das práticas em saúde com uma perspectiva de integralidade. **Palavras chaves:** Serviço Social, Saúde e Intersetorialidade.

14.7 Condutas dos agentes comunitários de saúde sobre casos relacionados a hipertensão e diabetes

Cíntia Cristina Sulzbach, Camila Guedes Henn Aline Gerlach

As doenças crônicas constituem a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) constituem o elo entre os serviços de saúde e os moradores, sendo importantes atores no cuidado da hipertensão (HAS) e do diabetes (DM). Objetivo: Explorar de forma qualitativa, quais as condutas que os ACS referiram a partir de dois casos fictícios de usuários da Atenção Primária, um sobre HAS e outro sobre DM. Metodologia: Participaram da presente pesquisa doze ACS das Unidades de Saúde (US) do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Realizou-se uma pesquisa transversal, de levantamento qualitativo de cunho exploratório, com entrevistas estruturadas. Resultados e discussão: Em relação à HAS as condutas seriam: oito ACS orientariam consulta, quatro sobre atividade física, quatro procurariam saber sobre a utilização da medicação, três orientariam sobre a alimentação, um quanto ao tabagismo, um verificaria se o morador está realizando acompanhamento na unidade de saúde, um como está a saúde mental e um discutiria o caso. Em duas falas apareceram reflexões relacionadas ao papel do ACS. Em relação ao caso sobre DM, nove ACS referiram que orientariam sobre a alimentação, seis a buscar a US, três investigariam como está o uso da medicação, dois verificariam se o morador realiza o controle. Foram enfatizadas as discussões de caso, encaminhamentos à equipe, e o agendamento de consultas, o que reflete uma inserção do ACS no trabalho em equipe e uma apropriação do mesmo no cuidado em saúde dos moradores. A partir das falas, percebe-se também a importância de um olhar subjetivo relacionado ao trabalho em saúde, como a aproximação, o vínculo, o momento certo de se aproximar, a valorização de suas percepções, constituindo estas algumas das habilidades mais importantes da profissão, necessárias ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação.

15. RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE

15.1 O serviço social no programa de residência multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?

Tatiane Moreira de Vargas, Maria Isabel de Barros Bellini

O trabalho apresenta a discussão realizada em dissertação de Mestrado sobre as particularidades do Serviço Social no contexto dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, em Porto Alegre, nos anos de 2009 e 2010. O objetivo desse estudo foi analisar as expressões das particularidades do Serviço Social nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, a fim de identificar sua inserção no cotidiano da Educação Permanente em Saúde. A pesquisa realizada foi do tipo qualitativa, com orientação epistemológica do método dialético-crítico, a partir das seguintes categorias: totalidade, contradição e historicidade. Entre os resultados do estudo, verifica-se que na Residência Multiprofissional em Saúde podem ser encontrados os pressupostos contra-hegemônicos da Educação Permanente e da Reforma Sanitária, em relação ao projeto societário em curso. Identifica-se, na inserção do Assistente Social, um potencial para a consolidação do projeto ético-político profissional, também direcionado ao enfrentamento do projeto societário hegemônico. Mas para isso, é fundamental ampliar a reflexão em relação ao trabalho desenvolvido nesse espaço, buscando subsídios nos referenciais teóricos que garantam a compreensão histórico-crítica da profissão.

15.2 Residência integrada em saúde com ênfase em onco-hematologia: experiência do núcleo de fisioterapia

Mariana Nolde Pacheco, Érika Cavalheiro Skupien, Renata Hélia Lorenz

A Residência Integrada em Saúde, com ênfase em Oncologia e Hematologia do GHC, tem um enfoque multiprofissional e se propõe a provocar uma abertura recíproca e de comunicação entre conhecimentos, de modo a constituir um plano interdisciplinar que se impõe pela troca sistemática e contínua entre saberes, assim como pela construção coletiva de novos conhecimentos. As áreas que compõem este espaço de formação multiprofissional são: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social, além das residências médicas em Oncologia e Hematologia. Nesta perspectiva o núcleo de fisioterapia, composto pelos residentes e preceptor, tem abordagem teórico-prática na assistência fisioterapêutica nas áreas clínica adulto e pediátrica, UTI neonatal e pediátrica, cirurgia oncológica, neurocirurgia, ambulatório de mastologia, e cuidados paliativos ao paciente onco-hematológico, na perspectiva de uma abordagem multidisciplinar, com o objetivo de desenvolver conhecimentos teórico-práticos para executar ações de prevenção, assistência, ensino, pesquisa, informação e cuidados paliativos em Oncologia e Hematologia. A admissão fisioterapêutica ocorre através das avaliações dos pacientes que ingressam na unidade de onco/hematologia do HNSC. Havendo necessidade e indicação de fisioterapia motora e/ou respiratória, os pacientes permanecem em acompanhamento durante o período de internação. O atendimento fisioterapêutico oncológico visa prevenir e/ou reduzir as complicações decorrentes do câncer e seu tratamento de forma a contribuir na melhora da qualidade de vida do indivíduo e de sua família. Dentre as patologias mais incidentes estão: leucemia, linfomas, mieloma múltiplo, neoplasias de cabeça e pescoço e do aparelho digestivo. Entre as complicações decorrentes da patologia e/ou quimioterapia estão: derrame pleural, compressão medular, dor, fadiga, pneumonias e síndrome do imobilismo. Na perspectiva de educação permanente e inserção

qualificada dos/as jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, a residência em onco-hematologia surge como grande oportunidade de ensino e aprofundamento na realidade do SUS contribuindo para o aperfeiçoamento dos profissionais e dos serviços de saúde.

15.3 Expectativas e impressões de residentes de pediatria em estágio obrigatório em ambulatório de adolescentes dentro do programa de residência médica de pediatria

Lilian Hagel, Priscila Amaral, Leonardo Severo, Zinid Ricardo Diniz, Carla Ketzer, Maria da Glória Telles da Silva, William Penafiel

Introdução: A adolescência, faixa etária entre 10 e 19 anos, segundo Organização Mundial de Saúde, é caracterizada por um período de intensas modificações, por um período de crescimento e desenvolvimento muito peculiar, que se manifestam por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. O estudo da Adolescência é recente no mundo e particularmente no Brasil também. Pelas características próprias e vulnerabilidades com impacto importante na sociedade é fundamental programas e ações que incluam enfoques de integralidade, multidisciplinaridade e intersetorialidade. O Ministério da Saúde oficializou em 5 de outubro de 1988 o Programa do Adolescente e apresenta as suas bases programáticas através da Coordenação Materna (COMIN), em cumprimento com a Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988. A Unidade de Atenção ao Adolescente do Hospital Nossa Senhora da Conceição um dos quatro hospitais do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) na cidade de Porto Alegre/RS - foi um programa pioneiro no estado do Rio Grande do Sul para atendimento para adolescentes. Foi criado em 26 de outubro de 1987 com o objetivo de atender os adolescentes que procuravam o Serviço de Emergência do HNSC e por busca espontânea. Inicialmente o ambulatório era constituído por uma equipe multidisciplinar composta por uma médica clínica com especialização em medicina de adolescência (hebiatra), uma psicóloga, uma assistente social e uma cirurgiã dentista. Em 2004 este programa passou a ser denominado Serviço de Adolescentes do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), com aumento progressivo da equipe multidisciplinar. A Medicina de Adolescentes, hebiatria, passou a ser Área de Habilitação da Pediatria desde 1998, com provas de título a partir desta data. Em 2002, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução n. 1634/2002, determinou que a medicina de adolescentes fosse área de atuação da pediatria. A disciplina “Adolescência” deve ser incluída em todas as Residências Médicas de Pediatria sendo importante que as faculdades e instituições que ofereçam Residência em Pediatria se estruturarem e passem a oferecer também R3, residentes do terceiro ano, em Adolescência ou que os R3 em Pediatria, independente da especialidade, ofereçam experiência em Adolescência aos seus residentes. A partir desta data todos os Programas Residência Médica e Pediatria devem ter nas suas atividades estágio obrigatório de atendimento em ambulatório exclusivo para atenção ao adolescente com carga teórica e prática mínima de 80 hs nos dois anos de residência totalizando no programa 160 hs. No Hospital Criança Conceição, do Grupo Hospital Nossa Senhora da Conceição, o Programa de Residência Médica em Pediatria foi inserido a partir de 2004. Esta atividade iniciou em parceria com o Serviço de Adolescente do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Atualmente conta com três hebiatras, um clínico geral, uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista, uma psiquiatra da infância e adolescência, um cirurgião dentista, uma enfermeira, além dos estagiários de psicologia e os residentes da pediatria. Várias especialidades médicas compõem a equipe de trabalho, mas não com carga horária exclusiva no serviço. **Objetivos:** Avaliar a expectativa dos residentes de pediatria no atendimento específico de adolescentes, conhecimento adquirido durante a graduação e avaliação pessoal do estágio; Avaliar o perfil dos médicos que fazem a residência em pediatria; Percepção dos profissionais com feedback para equipe do Serviço de Adolescentes. Realizar uma avaliação dos profissionais que fazem o estágio de uma forma quantitativa, mas também qualitativa. **Material e Métodos:** O estágio obrigatório da residência

médica em pediatria no serviço de adolescentes constitui-se 10 semanas/ano em atendimento ambulatorial e reunião científica e clínica semanal. Nesta, a equipe multidisciplinar – formada por médico de adolescentes, clínico, psiquiatra da adolescência, psicólogo, odontólogo, assistente social, residentes da pediatria e odontologia e estagiários do curso de psicologia - apresenta e discute os casos atendidos. Para a avaliação foi elaborado um instrumento contendo os seguintes dados: idade, graduação, expectativa inicial, avaliação do estágio e do serviço e nota por conceito. **Resultados:** Foram avaliados 42 residentes no período de 2005 a 2009. Participaram 35 residentes do sexo feminino e 7 do sexo masculino, a idade variou entre 23 e 34 anos. Foram citadas faculdades nos diferentes municípios dos estados do Rio Grande do Sul, Bahia e Santa Catarina, sendo nove instituições federais e 17 particulares. Destas, apenas duas apresentavam programa específico de medicina do adolescente, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade de Feira de Santana na Bahia. Os residentes relataram: receio na abordagem inicial e exame físico dos pacientes atendidos; desconhecimento das patologias mais prevalentes na faixa etária estudada; dificuldade no manejo de doenças crônicas na adolescência. Alguns depoimentos: “... as reuniões complementam os atendimentos. As discussões são necessárias para a qualidade da formação dos residentes.”; “Ótimo! Integração de todas as áreas, excelente acompanhamento multiprofissional.”; “O tratamento sob visão multidisciplinar é importante para o paciente e MUITO BOM para o nosso aprendizado.”; “Fiquei muito interessada em fazer R3 em Medicina do Adolescente.”; O estágio recebeu conceito “muito bom” e “excelente”, por 37 profissionais (88%) e 5 conceitos “bom” e foi ressaltada, como ponto fundamental, a importância da discussão em equipe multidisciplinar. **Conclusão:** A escassa formação na graduação de medicina do estudo da adolescência ainda é predominante o que é de fundamental importância quando se está falando em atendimento de um percentual importante da população. A discussão de casos logo após o atendimento e a equipe multidisciplinar não só é importante para aos profissionais que atendem, mas é fundamental para os pacientes. Este tipo de atendimento e funcionamento ainda é um desafio no trabalho institucional. Este instrumento mostrou-se eficiente para a avaliação das expectativas e impressões dos residentes, conhecimento prévio dos profissionais bem com seu posicionamento após o aprendizado.

15.4 Contribuições de uma residência multiprofissional ao SUS

João Samuel Renck1

As Residências Multiprofissionais surgiram com o intuito de desenvolver trabalhadores capacitados às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando-se, para isso, da formação em serviço e interações entre profissões. Para tanto, mantêm-se intimamente ligadas aos princípios do SUS, especialmente a integralidade, equidade e universalidade, baseando-se em mudanças nas concepções e modelos de saúde. Este trabalho tem como objetivo demonstrar como, na ótica de um ex-residente, a inserção na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) contribui com a efetivação da formação de profissionais que se apropriem dos princípios do SUS, engajando-se na formação de uma rede efetiva. Buscou-se associar à teoria as experiências vivenciadas como enfermeiro residente e profissional, caracterizando esta produção, portanto, como um relato de experiência. As atividades desenvolvidas nos variados campos do Grupo Hospitalar Conceição, associadas a estudos e discussões com outras ênfases, propiciam espaço para a consolidação de uma nova ideologia de saúde. Além disso, a formação teórica realça a troca de conhecimento entre as diferentes profissões e áreas de atuação, permitindo que todos os estudantes envolvidos se tornem atores de diversos espaços. Ao se depararem com as dificuldades práticas enfrentadas na atuação profissional, as informações adquiridas durante este período de formação se tornam relevantes, estimulando mudanças nos serviços, sejam elas no campo da atenção primária, secundária ou terciária. Portanto, apesar de ainda enfrentarmos limitações

relacionadas a este aspecto, vários avanços já foram feitos. Dentre eles, podemos citar a inserção no mercado de trabalho de profissionais que estão em contato com a realidade de saúde do país, comprometidos não só com suas especificidades, mas também engajados na organização e funcionamento do sistema, seja na garantia de acesso, na forma de inserção na rede ou na sua resolutividade.

15.5 Pedagogia por projeto nas Residências de Medicina de Família e Comunidade e Residência Integrada em Saúde ênfase em Saúde da Família/GHC, Porto Alegre/RS.

Renata Pekelman; Ana Celina Souza, Edelves V. Rodrigues, Victor N. Fontanive.

Introdução: O Currículo Integrado (CI) é uma atividade teórica do campo da Atenção Primária em Saúde (APS), das residências de Medicina de Família e Comunidade e da Residência Integrada em Saúde – ênfase em Saúde da Família do GHC; No seu 2º. ano desenvolve-se um projeto, baseado na pedagogia por projetos, de implantação da Estratégia de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ESF/NASF) em municípios de pequeno e/ou médio porte no entorno de Porto Alegre. **Descrição da experiência:** Os residentes, em pequenos grupos multiprofissionais, participam no CI no 1º. ano, com a construção conceitual e de processo de trabalho em APS; no 2º., passam a construir um projeto para ESF/NASF, onde se dá a escolha de um município com no máximo 30% de cobertura de ESF e até 120.000 hab., na Grande Porto Alegre, possibilitando a realização de uma visita. A elaboração coletiva implica em discussão com gestores municipais, em busca de informações em saúde e sua interpretação, em reflexão sobre a realidade municipal e os modelos estudados e propostos para a organização do SUS. Consolida e reúne os aprendizados desenvolvidos na residência, num exercício de síntese. **Efeitos alcançados:** A avaliação positiva dos residentes que ressaltam a oportunidade de um contato com a realidade municipal e com a ESF/NASF; permite perceberem as dificuldades de mudanças do modelo de atenção à saúde, da constituição de rede de atenção; do exercício do trabalho em equipe e da construção de saberes interdisciplinares, no projeto comum os consensos através do diálogo, da escuta, na problematização, a prática como espaço para reflexão protagonismo e construção de conhecimento. **Recomendações:** Projetos que desafiam e exigem a participação ativa do residente, expõem as contradições do cotidiano; impulsionam para desafios que serão encontrados no mundo do trabalho, na construção efetiva e cotidiana do SUS.

15.6 A perspectiva dos egressos na avaliação de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Egídio Antonio Demarco, Julio Baldisserotto, Cristianne Famer Rocha

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada para orientar o sistema de saúde brasileiro em direção à Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, é utilizado termo Atenção Básica (AB) para definir o primeiro nível do sistema de saúde. No entanto se nos ativermos aos fundamentos descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 1, podemos observar a utilização dos atributos essenciais da APS, neste nível de atenção, de acordo com a definição sistematizada por Bárbara Starfield. Desde a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mesmo com as mudanças de governo ocorridas neste período, esta foi mantida como uma política prioritária, com o número de equipes crescendo de forma constante. Considera-se que com a APS – e quando se trata de Brasil a ESF – há uma mudança na forma de produzir saúde. Por sua orientação familiar, esta passa a se dar a partir de núcleos familiares e da referência no território. Contudo, ainda a maioria das práticas de saúde desenvolvidas nos diferentes âmbitos da atenção é realizada, em grande parte, por profissionais formados dentro de um modelo assistencial privatista, que não contempla a integralidade da atenção, como

preconiza a Constituição Federal, em relação ao SUS. Mesmo que as Instituições de Ensino Superior tenham adotado novas diretrizes curriculares, buscando maior sintonia com as modificações produzidas no setor saúde nos últimos anos, ainda predomina a histórica desarticulação entre a necessidade de profissionais requeridos pela Política de Saúde e a formação efetivamente realizada. Entendemos que, para a consecução de uma reorientação do Sistema Único de Saúde com esta magnitude e abrangência, o perfil dos profissionais e a formação dos mesmos tem um papel fundamental neste processo. O objetivo deste estudo é avaliar a adequação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, realizada no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), vinculado ao Ministério da Saúde, enquanto uma tecnologia de formação de profissionais de saúde, através de dados coletados junto aos seus egressos. Algumas características do Programa: A formação segue os conceitos de campo e núcleo proposto por Campos (2000). O Programa se desenvolve no Serviço de Saúde Comunitária do GHC, onde os residentes são inseridos e passam a fazer parte das equipes das Unidades de Saúde, envolvendo-se e responsabilizando-se, juntamente com os demais membros, pelas necessidades de saúde da população do território. Para buscar uma abordagem educacional que pudesse dar conta das áreas de intersecção, como proposto na legislação que trata da Residência Multidisciplinar, o dispositivo de campo desenvolvido, em parceria com o Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, foi o Currículo Integrado (CI), espaço onde se procura exercitar a construção da interdisciplinaridade. O referencial teórico-metodológico do CI é uma associação da Problemática como o eixo do processo pedagógico e alguns elementos da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) que auxiliam na estruturação. Trata-se de um estudo de caso descritivo com associação da metodologia quantitativa e qualitativa. O instrumento utilizado para coleta das informações foi um questionário semiestruturado, em formato autoaplicável, desenvolvido para esta finalidade, contendo questões fechadas e abertas com espaços dirigidos a comentários livres dos participantes. A coleta das informações se deu de maneira virtual. A análise dos dados quantitativos foi orientada pela avaliação de adequação proposta por Habicht, Victora e Vaughan (1999). Para a análise qualitativa foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). O estudo contou com a participação de 77% dos egressos. Os dados revelam uma população de profissionais jovens, predominantemente, do sexo feminino. Em relação ao vínculo empregatício, 76% o têm com o setor público, destes 60% possuem vínculo formal de trabalho. Cerca de 50% atuam diretamente na Atenção Primária. O tempo médio na atividade profissional atual é em torno de 12 meses. Para 90% dos participantes, o fato de possuir Residência contribuiu para alcançar a ocupação atual. O tempo de duração da formação de dois anos foi considerado adequado por 90%. Dentre as motivações para busca da formação, todos os participantes consideram a necessidade de qualificação e não a falta de opções no mercado de trabalho. O dado marcante de 100% apontarem a necessidade de qualificação mesmo que o intervalo médio de tempo decorrido entre o final da graduação e o início da residência seja de apenas quatro meses e, trate apenas da análise de um Programa, sinaliza a importância de se dar mais atenção ao processo de formação na graduação. Cerca de 90% dos participantes afirmam com certeza que a formação alterou a forma de perceber a realidade em APS, melhorou suas habilidades e aumentou os conhecimentos. A metodologia qualitativa do estudo possibilitou surgirem informações relevantes que podem evidenciar o papel do processo de formação nos sujeitos que o vivenciaram. Os participantes destacam em relação ao processo de aprendizagem do Programa, seu modo dialógico, sua concepção crítica-reflexiva e a articulação teórico-prática. Ainda, salientam a circulação de saberes no processo de trabalho e o importante papel dos espaços onde se procura exercitar a construção da interdisciplinaridade. As informações produzidas no decorrer do estudo fornecem subsídios para considerar que, desde a perspectiva dos egressos, o Programa avaliado pode ser considerado como uma tecnologia adequada de formação multidisciplinar de profissionais para o Sistema Único de Saúde.

15.7 Saberes e práticas da Residência Multiprofissional em Saúde no cotidiano de trabalho em Atenção Primária à Saúde de Cirurgiões-Dentistas.

Adriana Zanon Moschen, Prof.^a Dr.^a Daniela Riva Knauth, Prof.^a Dr.^a Margarita Silva Diercks e Prof.^a Dr.^a Ananyr Porto Fajardo

Este estudo busca identificar como práticas integrais em saúde, vivenciadas em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), tomam corpo e forma no cotidiano de trabalho de Cirurgiões-Dentistas na Atenção Primária à Saúde. A pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa e como técnica de coleta de dados foi privilegiada a entrevista semiestruturada com egressos da RMS. Os resultados revelam que a estrutura física e os processos de ensino aprendizagem, oferecidos pelas Unidades de Saúde/Escola, podem influenciar no perfil do egresso das RMS. Entre os saberes e práticas compartilhadas nas RMS destacam-se a interdisciplinaridade vivida na abordagem do processo saúde-doença e a possibilidade de desenhar itinerários terapêuticos que contemplem as singularidades dos sujeitos. Assim, os dados analisados permitem apontar que, se não houver uma estrutura adequada ao exercício do acolher, a realização de práticas integrais em saúde fica comprometida, bem como, se não houver no processo de trabalho espaço para escuta, se esta não for considerada como parte do itinerário terapêutico, de nada valerá uma estrutura adequada. Ainda destaca a interdependência entre os elementos descritos anteriormente e a formação dos profissionais, pois de nada valerá uma estrutura adequada e processos de trabalho cuidadores se os profissionais não estiverem preparados para trabalhar sob a óptica da integralidade.

16. SAÚDE DA CRIANÇA: UMA REDE SE TECE COM MUITAS LINHAS

16.1 A emergência de trauma como espaço de proteção a criança e ao adolescente

Cristiane Ferraz Quevedo de Mello, Fabiana de Moura e Souza e Patrícia Pilatti

Introdução: Na contra-mão da contemporaneidade, a violência intrafamiliar ainda é vista como uma forma de “educação para a vida”. Muitas crianças seguem submetidas a agressões e castigos. Em 2010, Porto Alegre registrou 806 casos de violência contra crianças, destas, 101 relacionadas aos pais (CEVS, 2010). **Objetivo:** Identificar a frequência de lesões por trauma em crianças a fim de propor estratégias de apoio e proteção a família. **Material e métodos:** Estudo de caso de abordagem qualitativa através de registro de atendimento de 4 irmãos com idades entre 14 e 5 anos em emergência por trauma. Identificação de datas de entrada e número de encaminhamentos ao Conselho Tutelar-CT. Os dados foram sistematizados, analisados e interpretados à luz do materialismo histórico e apresentados em reuniões de rede assistencial e comunidade científica. **Resultados:** O filho mais velho, de 14 anos – 3 atendimentos entre 05/2007 e 09/2009; o seguinte, de 13 anos – 3 atendimentos entre 11/2009 e 01/2010; o filho de 10 anos – 5 atendimentos entre 03/2008 e 03/2011; não foi localizado atendimento por trauma ao filho de 5 anos. Demais emergências clínicas não foram relacionadas, apesar de existentes. A mãe recebeu orientações sobre formalização das agressões através de Boletim de Ocorrência na Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente. Foram localizados 2 encaminhamentos ao CT, assim como, solicitação de acompanhamento do CRAS visando apoio e proteção integral dos direitos que assistem às crianças. **Conclusão:** Percebeu-se que atendimento em emergência torna-se o espaço utilizado pela população para deflagrar a inobservância de proteção às crianças no que tange à exposição aos diversos tipos de violências e opressão inviabilizando o desenvolvimento sadio e harmonioso (Lei 8069/90).

16.2 Relato de experiência de atendimento conjunto entre odontologia e nutrição a crianças de 0 a 36 meses em uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre-RS

Ana Paula Machado, Sara Brunetto, Daniel Demétrio Faustino-Silva

Já está bem estabelecida a relação entre hábitos alimentares inadequados e a incidência de cárie. Estes são problemas preocupantes de saúde pública, passíveis de prevenção no contexto da Atenção Primária à Saúde. Este trabalho se propõe a relatar a experiência de atendimento conjunto entre odontologia e nutrição a crianças de 0 a 3 anos em uma unidade básica de saúde. Durante o atendimento em conjunto, abordou-se questões a respeito da higiene bucal, hábitos alimentares, controle da ingestão da sacarose e uso adequado do flúor. A abordagem dos atendimentos se deu através da educação em saúde, que possibilita a criação de vínculo, mantendo tom de diálogo, postura flexível, com possibilidade de troca, buscando desenvolver a autonomia. Ao longo da experiência percebemos um significativo absenteísmo nos atendimentos, além de uso frequente de mamadeira e chupeta, introdução precoce do açúcar e seu uso frequente, influenciados possivelmente por fatores culturais, entre outros. Apesar das dificuldades encontradas, foi possível estabelecer um vínculo com as famílias, instigar a reflexão e empoderar os pais para adoção de hábitos mais saudáveis. A experiência do atendimento em conjunto proporcionou às profissionais envolvidas, um espaço de troca de saberes, da prática da interdisciplinaridade e de uma atuação mais integral. Acreditamos que esse formato de atendimento conjunto caracteriza-se como uma prática de cuidado viável e

qualificada e que, por isso, deve ser estimulada nas equipes de saúde na Atenção Primária a Saúde. **Palavras-chaves:** Saúde da criança; saúde bucal; hábitos alimentares; atenção primária à saúde.

16.3 Rede de atenção á saúde de crianças e adolescentes com asma

Maria Lucia Medeiros Lenz, Elineide Camillo, Norma Vieira Pires, Rui Flores, Paulo Roberto Silva da Silva, Fabiana Dubois, Maria Isabel Athaide

Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), como o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC, apresentam alguns princípios, tais como proporcionar acesso facilitado aos serviços de saúde, acompanhar famílias ao longo do tempo e integrar o cuidado ofertado nos diferentes pontos de atenção (STARFIELD, 2002). Além da atenção primária, o GHC oferece atenção secundária, nos ambulatórios especializados, e terciária, nos serviços de internação em quatro hospitais. Para que a APS torne-se realmente efetiva, é fundamental que exista integração entre esses diferentes pontos. Sistemas de saúde fragmentados resultam em uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório e hegemonia da atenção hospitalar, o que os torna ineficazes, provocando o gasto desnecessário de recursos e a insatisfação dos usuários (MENDES, 2001). A asma é um problema de saúde pública; encontra-se entre os cinco principais motivos de consulta no SSC; é considerada uma doença passível de controle ambulatorial, ou seja, se adequadamente manejada, não requer internação, e representa o primeiro motivo de internação em menores de 19 anos no território de atuação do SSC (LENZ et al., 2008). Entre as ações fundamentais do Programa da Asma do SSC-GHC, encontram-se sensibilização e educação permanente dos profissionais, obtenção de objetivos claros e bem definidos, utilização de rotinas clínicas baseadas em evidências científicas e utilização de sistema de informação que permita o monitoramento, avaliação e a divulgação dos resultados (FERREIRA et al., 2009-2). O presente trabalho busca relatar de que forma o SSC vem integrando profissionais de outros pontos de atenção em todas as ações prioritárias descritas acima, o que tem proporcionado melhora evidente dos indicadores de saúde.

Palavras-chave: interdisciplinaridade, programas de saúde, redes de atenção.

16.4 O supervisor educacional e a inovação na ambiência hospitalar: pedagogia & saúde em prol do integralidade e cidadania do educando hospitalizado.

João Batista Ramos

O presente trabalho tem por objetivo e justificativa enfatizar a importância da Supervisão Educacional na Ambiência Hospitalar, possibilitando que o educando hospitalizado tenha integralidade e cidadania asseguradas durante o seu período de permanência no Hospital. A presença da Supervisão Educacional na Ambiência Hospitalar, possibilita a utilização de atividades pedagógicas objetivando contribuir para diminuição dos efeitos traumáticos da internação. O pedagogo atua como mediador entre a criança e seus familiares com os objetos e pessoas deste novo ambiente, estimulando o pensamento, construindo, destruindo e reconstruindo situações de correntes das relações vivenciadas no ambiente hospitalar. Nesta perspectiva, a abordagem pedagógica é entendida como instrumento redutor do impacto causado pelo distanciamento da rotina da criança, principalmente no que se refere ao afastamento escolar. O período de internação é transformado, então, num tempo de construção do conhecimento e aquisição de novos significados, não sendo preenchido apenas pelo sofrimento e o vazio do não crescimento. O ambiente hospitalar pode e deve ser permeado pelo ambiente escolar, uma vez que se pode mesclar o escolar no hospitalar, e vice-

versa, a fim de propiciar ao aluno/paciente, paciente/aluno a condição de seguir sua caminhada escolar, com integralidade e cidadania, mesmo fora dela.

16.5 Experiência das Consultas Coletivas de Puericultura na US Nossa Senhora Aparecida

Gisele Milman Cervo

O Ministério da Saúde (Brasil, 2002) preconiza um mínimo de 7 consultas no primeiro ano da criança. Elas são realizadas com 15 dias de vida, 1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses. Essa estratégia visa à qualificação do acompanhamento, visto que a proximidade com o bebê e sua família favorece a detecção e intervenção precoce de alterações do desenvolvimento e auxilia na prevenção de agravos na saúde da criança. A US Nossa Senhora Aparecida Desde janeiro de 2011, a equipe desta US vem realizando, de forma interdisciplinar, consultas coletivas de puericultura no 2º, 6º e 9º mês. Participam dessas consultas bebês, seus familiares e profissionais das seguintes áreas: medicina, enfermagem, psicologia, odontologia e serviço social. As consultas coletivas têm como objetivos: promover a troca de experiências e saberes entre os pais e os profissionais; possibilitar o acompanhamento da criança por profissionais de saúde de diferentes áreas; qualificar a atenção nas ações de puericultura; estimular a relação pais-bebê como um fator de promoção de saúde; fortalecer o vínculo entre as famílias e a equipe de saúde; identificação e acompanhamento das famílias de maior vulnerabilidade social; Os grupos são formados de acordo com o mês de nascimento das crianças. Em cada consulta participam até 3 profissionais, sendo que um deles será referência para o grupo. Para a realização e organização das consultas foi feito um planejamento e desenvolvido um roteiro, tomando-se como base a *ficha de avaliação da criança de 0-12 anos*, referência para o SSC do GHC. O registro das consultas é feito nos prontuários, boletins de atendimento e livro específico das consultas. São realizadas avaliações posteriores sobre os encontros.

16.6 Ações em Saúde Bucal com Pré-Escolares da Vila Floresta: relato de experiência

Vanessa Zaleski, Alexandre Bulgarell, Violeta Rodrigues Aguiar, Leonardo Fernandes Freitas

A Organização Mundial de Saúde, no documento “*Promoción de la Salud mediante las Escuelas*” reconhece a relação que existe entre educação e saúde, a partir disto, julga que se pode empregar este conhecimento para ajudar a estabelecer escolas que melhorem a educação e aumentem o potencial de aprendizagem ao mesmo tempo que melhoram a saúde. Segundo levantamento epidemiológico nacional de Saúde Bucal de 2003, 27% de crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos 1 dente decíduo com experiência de cárie. O presente trabalho objetiva descrever as atividades de educação, prevenção e recuperação de Saúde Bucal na Escola Municipal de Educação Infantil Vila Floresta (EMEI). As visitas à EMEI ocorreram no período de agosto a dezembro de 2011. Primeiramente com o intuito de estabelecer vínculo com as crianças e profissionais da escola e apresentar o projeto proposto de saúde bucal. Após a coleta dos termos de consentimentos dos pais e/ou responsáveis foram feitos 39 exames de triagem de risco com base nos critérios estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2000). Após ter executado a avaliação de risco foram realizadas atividades educativas coletivas, escovação supervisionada e tratamento restaurador atraumático. As urgências foram encaminhadas gradativamente a Unidade de Saúde Vila Floresta. Essa estratificação de riscos desenvolvida pela equipe odontológica da UBS Vila Floresta junto à EMEI foi de extrema importância, pois facilita o planejamento e a organização das ações em saúde bucal com os pré-escolares. Além disso, as

crianças passam a ter a percepção de hábitos bucais saudáveis o que favorece consequentemente a diminuição de problemas bucais na fase adulta.

16.7 Medindo a complexidade de cuidado em uma unidade de internação clínica pediátrica de um hospital público de Porto Alegre

LÚCIO, Daiana da Silva; GONÇALVES, Veralice Maria

Desde os primórdios da enfermagem moderna, já existia uma preocupação em classificar os pacientes. Florence Nigthingale, fundadora da enfermagem moderna, organizava os pacientes na enfermaria de acordo com a necessidade de cuidados de enfermagem de modo que isso pudesse facilitar a assistência (RIBEIRO, 1972 *apud* PERROCA, 1996). A partir da década de 60 o avanço das tecnologias de informação permitiu avanços na área de classificação de pacientes. A complexidade do paciente não inclui somente o processo fisiopatológico, mas também situações-problema sócio-familiares e ambientais que repercutem na prática assistencial, portanto, fenômenos relacionados ao cliente e ao ambiente acabam interferindo na dinâmica assistencial (QUELUCCI; FIGUEIREDO, 2010). Trata-se de um estudo observacional do tipo descritivo. Tem como objetivo medir a complexidade dos cuidados de enfermagem em pacientes internados em uma unidade clínica pediátrica por meio de um Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP). O estudo será desenvolvido em uma unidade clínica pediátrica que atende crianças de seis meses a dois anos de idade de um hospital público pediátrico de Porto Alegre. Será utilizado um instrumento que avalia o grau de complexidade dos pacientes de acordo com a dependência em relação aos cuidados de enfermagem. O ICPP proposto por Dini (2007) compreende a análise de onze indicadores críticos de cuidado: 1) atividade, 2) intervalo de aferição de controles, 3) oxigenação, 4) terapêutica medicamentosa, 5) integridade cutâneo-mucosa, 6) alimentação e hidratação, 7) eliminações, 8) higiene corporal, 9) mobilidade e deambulação, 10) participação do acompanhante, 11) rede de apoio e suporte. A análise dos dados será realizada através da estatística descritiva. O desenvolvimento desse projeto é importante para caracterizar o perfil de complexidade de cuidado de enfermagem na clientela atendida, com vistas ao aumento da qualidade do cuidado.

16.8 Análise dos achados audiológicos de crianças portadoras de hiv com história de alterações otológicas

Pricila Sleifer, Andrea Ortiz, Letícia dos Santos Condesso, Edmundo Cardoso

OBJETIVO: traçar o perfil audiológico de crianças portadoras do vírus HIV que apresentam história de alterações otológicas previamente. **MÉTODOS:** foram analisados os dados de 22 pacientes na faixa etária de 8 a 12 anos, portadoras do vírus HIV com história de alterações otológicas durante seu desenvolvimento. Todos os integrantes desse grupo, foram encaminhados pelo Grupo de Atenção a AIDS Pediátrica- GAAP, ao setor de Fonoaudiologia situado no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Realizamos a análise dos dados obtidos por meio dos testes audiológicos: Audiometria Tonal, Audiometria Vocal e Imitanciometria e aplicamos um questionário, onde continham perguntas referentes à história auditiva de cada indivíduo. **RESULTADOS:** Dentre os pesquisados, observou-se que 8 avaliados apresentaram perda auditiva unilateral e 10 apresentaram perda auditiva bilateral. A perda auditiva encontrada em todos esses casos foi do tipo condutivo, onde 13,6% com presença de perfuração timpânica unilateral e 31,8 % bilateral. Além disso, verificou-se que das 44 orelhas analisadas, 11 (50%) apresentaram perda auditiva de grau moderado, 10 de grau leve . Quanto as medidas de imitância acústica verificou-se que a maioria das curvas timpanométricas encontradas foram do

tipo B e tipo C. Os reflexos acústicos foram ausentes na maioria dos casos. Foi observado através da análise do questionário, que 21 dessas crianças apresentou queixa relacionada a audição flutuante. **CONCLUSÃO:** Os achados audiológicos encontrados nas crianças portadores do vírus HIV com história de alterações otológicas foram perda auditiva condutiva de grau leve à moderado, podendo ser unilateral ou bilateral, com curvas timpanométricas do tipo B e reflexos acústicos ausentes na maioria dos casos. Tais achados provavelmente decorrentes de inflamação da orelha média e/ou perfuração timpânica. **Descritores:** Audição, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Crianças, Adolescentes.

16.9 Rede de atenção a saúde auditiva: o perfil audiológico na alta complexidade dos bebês que falharam na triagem auditiva

Cristina Krimberg, Luciane Pauletti

Introdução: A região Metropolitana realiza triagem auditiva nos bebês que nascem nas suas maternidades. Aqueles que apresentam suspeita de deficiência auditiva são referenciados para o Hospital Conceição, com fins de diagnóstico audiológico o mais precocemente possível. **Objetivos:** 1. traçar o perfil audiológico dos bebês que falharam no mínimo duas vezes na triagem auditiva e foram encaminhados para um centro de referência para diagnóstico audiológico. 2. Ter dados objetivos que embasem a abordagem a ser realizada com a família na hora do encaminhamento para diagnóstico. 3. Verificar a efetividade da triagem auditiva na região metropolitana. **Metodologia:** foram analisados os dados de 107 pacientes, de janeiro a maio de 2011, encaminhados da região metropolitana via Secretaria Estadual de Saúde para avaliação eletrofisiológica da audição (potencial evocado auditivo de tronco encefálico) no Hospital Conceição. **Resultados:** Dentre os pesquisados, identificou-se que 20% não fecharam o diagnóstico. Dos 80% com diagnóstico concluído, 43 (40%) apresentavam audição normal, e 43 (40%) tinham algum tipo de perda auditiva. Dentre as crianças com deficiência auditiva, 51% apresentou perda condutiva, 37% perda coclear, 4,6% perda mista e 2,3% perda neural. **Conclusão:** Um número expressivo de bebês que não passam na triagem ao nascimento apresenta audição normal. Dos bebês que apresentam algum tipo de perda auditiva, a metade apresenta perda auditiva transitória (condutiva). Os resultados falso-positivos para perda permanente da audição nos levam a reflexão acerca da abordagem no encaminhamento destes bebês para a alta complexidade. A triagem auditiva, cujo principal objetivo é a identificação precoce da surdez, apresenta seus resultados iniciais e mostra a capacidade de funcionamento em redes de atenção. Em 5 meses de levantamento, foram constatados 19 bebês com perda auditiva permanente, com acesso garantido ao diagnóstico e intervenção.

16.10 Atendimento seqüencial e interdisciplinar para crianças e adolescentes com asma

Maria Lucia Medeiros Lenz, Elineide Camillo, Norma Vieira Pires, Rui Flores

Introdução: O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) é um serviço de atenção primária que enfatiza ações de promoção e prevenção e que, juntamente com quatro hospitais, forma o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre. Entre as crianças pertencentes ao território de atuação desse serviço observa-se um elevado número de internações por asma, doença prevenível na atenção primária. O problema levou à implantação do Programa da Asma, ou seja, um conjunto de ações que visam a reduzir morbimortalidade, sensibilizando a população e os profissionais para as necessidades de saúde, elaborando e divulgando rotinas clínicas atualizadas, realizando atividades de educação e saúde, integrando a assistência dos diferentes pontos de atenção e monitorando e avaliando através da utilização de indicadores de saúde. O cuidado multidisciplinar, embora recomendado nas rotinas clínicas preconizadas,

não vinha acontecendo de forma interdisciplinar na prática das equipes do SSC. Esse método de assistência apresenta grandes vantagens, uma vez que permite uma atenção integral e propicia o autocuidado. Recomenda-se ao planejar um cuidado multidisciplinar, o estabelecimento de metas claras com objetivos mensuráveis, da clara divisão do trabalho, da educação e comunicação permanente dos profissionais (Grumbach; Bodenheimer, 2004; Barrett et al, 2007 in Mendes, 2011). Vários estudos evidenciam resultados favoráveis da prática em equipe, tanto na satisfação dos usuários e profissionais, no desenvolvimento profissional dos membros da equipe, na qualidade da atenção, quanto no controle de condições crônicas como a asma (Mendes, 2011). **Objetivos:** o objetivo do presente trabalho é apresentar o processo de implantação e os primeiros resultados de um modelo de atendimento contínuo ou consultas sequenciais descrito por Mendes (2011) e adaptado para o atendimento de crianças e adolescentes com asma, cujo objetivo principal é prevenir ou minimizar as reagudizações, evitar idas a emergência e internações desnecessárias. Objetiva-se com a implantação, neste momento em uma primeira equipe (Equipe da Unidade Sesc), testar a sua viabilidade na prática das Unidades de Saúde do SSC com o intuito de ser reaplicado como método alternativo de atenção a portadores de doenças crônicas em geral. Espera-se que este modelo qualifique a atenção prestada, além de modificar a cultura de consultas ainda até então centradas na atenção médica. **Método:** O cuidado sequencial para crianças com asma está sendo implantado na US SESC, responsável pela saúde de aproximadamente 300 crianças e adolescentes com asma, onde menos da metade (47%) apresentam-se em acompanhamento mínimo (1 consulta a cada 6 meses) preconizado (Fonte: SIS -2011). Famílias são convidadas a participar e agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para horários sequenciais de 20 minutos com profissionais de quatro diferentes categorias (médica, enfermagem, farmacêutica e odontológica) durante um único turno semanal de atendimento. Durante esse contato, o ACS orienta a família para que preencha um questionário (anexo) e que o leve durante a consulta. A utilização deste formulário busca estimular o auto-cuidado, auxiliar na melhor avaliação da criança durante a consulta e para avaliação posterior dos resultados. Todo o trabalho é realizado de forma integrada, desde o agendamento das famílias a serem atendidas (priorizando as que hospitalizaram e que consultam frequentemente por crises de asma), a definição dos diferentes papéis de cada profissional, informações a serem repassadas nas consultas, material instrucional a ser utilizado e fornecido e monitoramento e avaliação dos resultados. As famílias são recebidas na Unidade e são atendidas pelo profissional médico, enfermeiro, farmacêutico e dentista (nesta ordem), em consultas individuais, com a participação de profissionais em formação (doutorandos médicos e residentes da Medicina de Família e Comunidade e RIS). O conteúdo das consultas foi estabelecido a partir das principais dificuldades no controle da asma descritos na literatura e observadas na prática, através de visitas às crianças internadas por asma no GHC (aproximadamente 300 crianças visitadas nos últimos 4 anos). A consulta médica centra-se na confirmação diagnóstica, avaliação do nível de controle, identificação de fatores desencadeantes e agravantes e na prescrição do tratamento. A de enfermagem busca a melhor compreensão do que vem a ser asma e das principais alterações fisiopatológicas, identificar as dificuldades de manejo e reforçar a identificação dos sintomas e o tratamento adequado. Durante a sua consulta, o farmacêutico procura testar e enfatizar a técnica inalatória adequada, a adesão ao tratamento e métodos de higiene e utilização de espaçadores. Na consulta odontológica, o dentista avalia de forma global a saúde bucal da criança, procura diagnosticar situações de maior risco relacionadas principalmente ao uso de medicamentos inalatórios, realiza procedimentos necessários e identifica a necessidade de novas consultas para tratamento ou revisão (manutenção). Após os atendimentos, os profissionais discutem como foi o turno de atendimento, as dificuldades encontradas, os ajustes e os encaminhamentos necessários. Nas semanas seguintes, estagiários de enfermagem providenciam um contato com a família com o objetivo de avaliar a satisfação com o tipo de atendimento através de um questionário semi-estruturado. **Resultados e discussão:** Na

implantação desta metodologia de atenção, por mais que se conheça a dinâmica de trabalho de uma equipe, um planejamento prévio e vários ajustes na prática, se fazem necessários. A equipe que realiza o atendimento sequencial precisa estar afinada, em sintonia, e com um conhecimento técnico uniforme e adequado. Desta forma, a existência de uma rotina (protocolo de atenção) escrita e momentos de discussão e educação permanente, tornam-se ainda mais fundamentais. Indicadores de processo e resultado foram estabelecidos para que se possa avaliar mudanças com essa prática (anexo 2). Os resultados imediatos observados são: maior satisfação do usuário, maior conhecimento sobre a doença, maior regularidade no acompanhamento, melhor entendimento do cuidado multiprofissional por parte da população e maior satisfação profissional. Entre as 48 crianças já atendidas, 29% apresentavam sintomas significativos no último mês (asma não controlada, segundo escore validado) e 52% receberam corticóide inalatório, reforçando a necessidade de acompanhamento regular. As 48 crianças somaram 77 idas à emergência e 8 internações por asma no último ano no GHC, mostrando a necessidade de atendimentos necessários a uma criança com asma não controlada. Ainda entre as crianças atendidas, 58% encontram-se expostas ao tabagismo e os familiares foram orientados em como participar de um grupo terapêutico para cessar tabagismo. Os ACS farão busca ativa para reforçar o convite de participação nos próximos grupos. Entre as crianças que foram avaliadas pelo dentista (profissional integrou-se posteriormente à equipe de cuidado sequencial), 75% não encontrava-se em acompanhamento regular com a equipe de saúde bucal, evidenciando a atividade como facilitadora de acesso de um cuidado integral. **Palavras-chave:** interdisciplinaridade, programas de saúde, redes de atenção.

17. SAÚDE DO IDOSO: O CUIDADO INTERDISCIPLINAR

17.1 Relação entre sintomatologia depressiva e perda auditiva em idosos atendidos no serviço de fonoaudiologia do hospital nossa senhora da conceição – dados iniciais

Amanda Kunzler Etcheverria, Adriane Ribeiro Teixeira, Magda Aline Bauer, Luciane Raquel Steiner Zanotto, Mirian Bigoweitt, Andréa Ortiz Correa

Introdução: O envelhecimento promove uma série de modificações nos diferentes sistemas do organismo. As alterações que decorrem destas modificações produzem uma série de conseqüências para os idosos. No que se refere ao sistema auditivo, observa-se mudanças nas diferentes partes do sistema auditivo periférico e central. A perda auditiva provocada pelo envelhecimento é denominada presbiacusia. Geralmente observa-se comprometimento auditivo bilateral, neurossensorial, decorrente da degeneração de células ciliadas externas e internas e de fibras do nervo auditivo. No sistema nervoso central também são constatadas perdas neuronais. Assim, o somatório de alterações periféricas e centrais, associado a modificações cognitivas, ocasiona distúrbios na compreensão da fala. Este distúrbio faz com que o idoso com perda auditiva não seja capaz de acompanhar as situações de conversa entre familiares e amigos. Normalmente solicita repetição do que foi falado e muitas vezes responde de forma errônea a perguntas feitas. Frente ao comportamento apresentado e pela repreensão que geralmente sofre, o indivíduo acaba deixando de participar do grupo social e familiar, isolando-se e restringindo a participação em atividades. Este isolamento pode agravar quadros depressivos. Sabe-se que a prevalência de depressão é elevada em idosos, e acredita-se que a perda auditiva pode acentuar ainda mais estes casos. Um dos meios de avaliar a audição dos indivíduos é a realização de audiometria tonal liminar. Este teste, contudo, é capaz de informar ao examinador somente o tipo e o grau da perda auditiva, não sendo sensível e específico para identificar as conseqüências desta alteração. Na Gerontologia, um dos instrumentos mais usados por profissionais das diferentes áreas para identificar sintomatologia depressiva é a *Geriatric Depression Scale* (GDS). É de aplicação rápida e simples, permitindo ao examinador a detecção de sintomas depressivos e encaminhamento para tratamento por profissionais qualificados. O teste é composto por 15 questões, sendo que após a leitura de cada uma delas o idoso deverá assinalar sim ou não. Respostas que indiquem sintomatologia depressiva são pontuadas com 1 ponto. Ao final é feita a soma dos pontos e obtém-se a classificação: 0 a 5 pontos – ausência de sintomatologia depressiva; 6 a 10 pontos – sintomatologia leve a moderada; 11 a 15 pontos – sintomatologia depressiva grave. **Objetivo:** Verificar a associação entre sintomatologia depressiva e a perda de audição em idosos. **Metodologia:** A pesquisa faz parte de um projeto maior chamado “Restrição de participação, memória de trabalho e atenção em idosos usuários e não usuários de prótese auditiva: um estudo comparativo”, que está sendo desenvolvido no Serviço de Fonoaudiologia do Grupo Hospitalar Conceição. Estão sendo coletados dados de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que comparecem ao serviço de Fonoaudiologia. Inicialmente são explicados os objetivos do estudo e os sujeitos são convidados a participar. Também são esclarecidas as dúvidas dos sujeitos e acompanhantes e salientado que a não participação no estudo não trará qualquer modificação nas avaliações e tratamentos que o paciente esteja realizando no GHC. Os indivíduos que concordam e assinam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) são submetidos à audiometria tonal liminar e respondem ao instrumento GDS. Na audiometria, são pesquisados os limiares auditivos por via aérea e via óssea, em cabina acústicamente tratada, nas frequências de 250Hz a 8000Hz (via aérea) e de 500Hz a 4000Hz (via óssea). Ao término do exame o fonoaudiólogo determina o tipo e o grau de perda auditiva. Com relação a classificação do grau de perda auditiva, optou-se por utilizar a

classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS). É feito o cálculo da média de limiares auditivos das frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 4000Hz. Valores de média de 0 a 25dBNA indicam limiares auditivos normais; entre 26 e 40Dbna perda auditiva de grau leve; entre 41 e 70dBNA perda auditiva de grau moderado; entre 71 e 90 dBNA perda auditiva de grau severo e média igual ou superior a 91dBNA, perda auditiva de grau profundo. Para a classificação é sempre considerada a média da melhor orelha. Com relação ao tipo de perda auditiva, a classificação é feita por meio da observação de limiares aéreos e ósseos. Limiares iguais ou melhores a 25dBNA, com via aérea e óssea acoplados indicam integridade de via auditiva periférica. Limiares de via aérea superiores a 25dBNA, com limiares de via óssea dentro dos padrões de normalidade e presença de diferencial aéreo-ósseo (*gap*) igual ou superior a 15 dBNA indicam perda auditiva condutiva. Limiares aéreos e ósseos superiores a 25dBNA, sem *gap* aéreo ósseo indicam perda auditiva neurosensorial. Limiares aéreos e ósseos superiores a 25dBNA, mas com presença de *gap* aéreoósseo indicam perda auditiva mista. Para a análise da GDS é utilizada a classificação descrita anteriormente: 0 a 5 pontos – ausência de sintomatologia depressiva; 6 a 10 pontos – sintomatologia leve a moderada; 11 a 15 pontos – sintomatologia depressiva grave. Salienta-se que as avaliações são feitas individualmente, sem a presença de familiares, cuidadores ou acompanhantes, que poderiam interferir nas respostas ou gerar respostas equivocadas por parte do idoso. **Resultados:** A coleta de dados do projeto teve início após a aprovação no CEP-GHC, em fevereiro de 2012. Até o momento foram coletados dados com 11 idosos, com idades entre 69 e 92 anos (média de idade de 77,9 anos), sendo 7 (63,64%) do sexo masculino e 4 (36,36%) do feminino. A análise da audiometria permitiu constatar que um idoso apresentou perda auditiva de grau severo (9,1%), dois idosos (18,2%) perda auditiva de grau leve e oito (72,7%), perda auditiva de grau moderado. A análise dos resultados da GDS evidenciou que quatro (36,4%) idosos apresentavam sintomatologia depressiva, sendo dois (18,2%) do sexo masculino e dois (18,2%) do sexo feminino. Este dado difere da literatura especializada, pois geralmente observa-se que o número de mulheres depressivas é superior ao de homens. Como o número de sujeitos avaliados ainda é pequeno acredita-se que este resultado sofrerá modificações com a continuidade do estudo. Constatou-se, ainda, que dos quatro idosos (36,4%) com sintomatologia depressiva, três apresentavam perda auditiva moderada (27,3%) e um perda auditiva severa (9,1%). Novamente destaca-se que este dado pode sofrer modificações com a inclusão de um maior número de sujeitos na pesquisa, mas hipotetiza-se que quanto maior a perda auditiva, maior o número de sujeitos afetados e com maior gravidade de sintomatologia depressiva. Assim, acredita-se que exista associação entre a perda auditiva e a presença de sintomas de depressão, bem como entre o grau de perda auditiva e a gravidade da sintomatologia depressiva. **Conclusão:** Os dados iniciais permitiram verificar que todos os idosos apresentavam perda auditiva. A sintomatologia depressiva foi constatada em quatro (36,4%) dos indivíduos avaliados, sendo três (27,3%) com perda auditiva moderada e um (9,1%) com perda auditiva severa. A continuidade do estudo permitirá que novas análises sejam feitas e que a hipótese do estudo seja ou não confirmada.

17.2 Relação entre *handicap* auditivo e perda auditiva em idosos atendidos no serviço de fonoaudiologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Dados iniciais

Amanda Kunzler Etcheverria, Adriane Ribeiro Teixeira, Magda Aline Bauer, Luciane Raquel Steiner Zanotto, Miriam Bigoweit, Andréa Ortiz Correa

Introdução: A perda auditiva em idosos é denominada presbiacusia. Seu início ocorre por volta dos 30 anos, mas a alteração no audiograma geralmente é constatada a partir dos 50 ou 60 anos. Estudos anteriores evidenciam que ambos os sexos são afetados, mas a perda auditiva é mais acentuada nos homens do que nas mulheres. A configuração audiométrica da presbiacusia evidencia perda auditiva neurosensorial, descendente, atingindo, inicialmente, as

frequências altas. Posteriormente as frequências médias podem ser atingidas, mas geralmente o grau de perda varia entre leve a moderado. Esta perda auditiva pode promover uma série de modificações no comportamento do idoso. Observa-se que a dificuldade de compreensão da fala pode gerar afastamento do grupo social e familiar. Por ter dificuldade em entender o que é falado e algumas vezes ser repreendido por familiares e amigos quando solicita que seja repetida uma parte da conversa, o idoso acaba isolando-se, deixando de participar ativamente do grupo e de diversas atividades que anteriormente eram realizadas. Assim, a perda auditiva pode causar restrição de participação social (*handicap*), afetando a qualidade de vida dos idosos. Normalmente a avaliação audiológica de idosos inclui a audiometria tonal liminar. Ocorre que este teste somente identifica o tipo e o grau de perda auditiva, não evidenciando as desvantagens sociais e emocionais decorrentes da mesma. Com o objetivo de avaliar o *handicap* (restrição de participação) provocado pela perda auditiva em idosos, foi elaborado um instrumento, denominado *Hearing Handicap Inventory for Elderly* (HHIE) (VENTRY; WEINSTEIN, 1982). Este instrumento existe em duas versões (normal e reduzida) e já foi traduzido e validado em várias línguas, entre elas o português brasileiro (ALMEIDA, 1998). A versão reduzida é a mais utilizada, por sua praticidade e rapidez na aplicação, além de gerar resultados tão fidedignos quanto os obtidos com a versão ampliada. É composto por dez questões, que refletem situações que podem ser vivenciadas pelos sujeitos com perda auditiva (frustração ao conversar com membros da família; dificuldades ao visitar parentes, amigos, vizinhos; freqüentar cultos religiosos menos que gostaria, dificuldades em ouvir rádio e televisão). Para cada situação existem três possibilidades de resposta: sim (4 pontos), às vezes (2 pontos) e não (0 pontos). Ao final do preenchimento, o fonoaudiólogo calcula a pontuação total (soma dos pontos) e pode categorizar o *handicap* auditivo do indivíduo: 0 a 8 pontos (sem percepção de *handicap*), 10 a 23 pontos (percepção leve a moderada) e de 24 a 40 pontos (percepção significativa). Observa-se, contudo, que muitas vezes o *handicap* não apresenta relação com o grau de perda auditiva. Dependendo do estilo de vida do idoso, de suas necessidades comunicativas, da quantidade de situações onde a percepção e a compreensão de fala seja necessária, não necessariamente vai ocorrer uma associação entre o grau de perda e o *handicap* auditivo. **Objetivo:** Verificar a associação entre *handicap* auditivo (restrição de participação social) e a perda de audição em idosos. **Metodologia:** A pesquisa faz parte de um projeto maior chamado “Restrição de participação, memória de trabalho e atenção em idosos usuários e não usuários de prótese auditiva: um estudo comparativo”, que está sendo desenvolvido no Serviço de Fonoaudiologia do Grupo Hospitalar Conceição. Estão sendo coletados dados de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que comparecem ao serviço de Fonoaudiologia. Inicialmente são explicados os objetivos do estudo e os sujeitos são convidados a participar. Também são esclarecidas as dúvidas dos sujeitos e acompanhantes e salientado que a não participação no estudo não trará qualquer modificação nas avaliações e tratamentos que o paciente esteja realizando no GHC. Os indivíduos que concordam e assinam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) são submetidos à audiometria tonal liminar e respondem ao questionário *Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening Version* - HHIE-S. Na audiometria, são pesquisados os limiares auditivos por via aérea e via óssea, em cabina acusticamente tratada, nas frequências de 250Hz a 8000Hz (via aérea) e de 500Hz a 4000Hz (via óssea). Ao término do exame o fonoaudiólogo determina o tipo e o grau de perda auditiva. Com relação a classificação do grau de perda auditiva, optou-se por utilizar a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS). É feito o cálculo da média de limiares auditivos das frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 4000Hz. Valores de média de 0 a 25dBNA indicam limiares auditivos normais; entre 26 e 40dBNA perda auditiva de grau leve; entre 41 e 70dBNA perda auditiva de grau moderado; entre 71 e 90 dBNA perda auditiva de grau severo e média igual ou superior a 91dBNA, perda auditiva de grau profundo. Para a classificação é sempre considerada a média da melhor orelha. Com relação ao tipo de perda auditiva, a classificação é feita por meio da observação de limiares aéreos e ósseos. Limiares iguais ou melhores a 25dBNA, com via

aérea e óssea acoplados indicam integridade de via auditiva periférica. Limiares de via aérea superiores a 25dBNA, com limiares de via óssea dentro dos padrões de normalidade e presença de diferencial aéreo-ósseo (*gap*) igual ou superior a 15 dBNA indicam perda auditiva condutiva. Limiares aéreos e ósseos superiores a 25dBNA, sem *gap* aéreo ósseo indicam perda auditiva neurossensorial. Limiares aéreos e ósseos superiores a 25dBNA, mas com presença de *gap* aéreoósseo indicam perda auditiva mista. Para a análise do HHIE-s é adotada a classificação descrita anteriormente, considerando-se a soma dos pontos obtidos no teste (0 a 8 pontos - sem percepção de handicap; 10 a 23 pontos - percepção leve a moderada; 24 a 40 pontos - percepção significativa). **Resultados:** A coleta de dados do projeto teve início após a aprovação no CEP-GHC, em fevereiro de 2012. Até o momento foram feitas avaliações em 11 indivíduos. Destes, 7 (63,64%) são homens e 4 (36,36%) são mulheres. As idades variaram entre 69 e 92 anos (média de 77,9 anos). Com relação a avaliação audiológica, todos os sujeitos apresentaram perda auditiva em ambas orelhas. Considerando-se os resultados da melhor orelha, constatou-se que 2 (18,2%) apresentaram perda auditiva de grau leve, 8 (72,7%) perda auditiva de grau moderado e 1 (9,1%) perda auditiva de grau severo. A avaliação do *handicap* evidenciou que somente um indivíduo, portador de perda auditiva leve, não apresentava restrição de participação social provocada pela perda auditiva. Com relação aos demais, 6 (54,54%) apresentavam *handicap* significativo e 4 (36,36%) *handicap* de leve a moderado. **Conclusão:** Os dados iniciais deste estudo evidenciam que, nos idosos avaliados, existe relação entre a presença de perda auditiva e o *handicap* auditivo, ou seja, os idosos apresentam restrição de participação social provocada pela perda auditiva. A continuidade do estudo permitirá que sejam feitas novas análises, que até o momento não são possíveis em função do pequeno número de indivíduos avaliados.

17.3 Atenção a Saúde Bucal de idosos dependentes: estratégia da Visita Domiciliar (VD)

Violeta Rodrigues Aguiar, Julio Baldisserotto, Idiana Rita Luvison, Cristine Maria Warmling

Juntamente com o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica se caracteriza pelo aumento de doenças crônico-degenerativas, resultando no acréscimo da demanda dessa população ao Sistema Único de Saúde em suas estruturas próprias ou na assistência domiciliar. Nesse contexto, a saúde bucal (SB) de idosos dependentes merece atenção especial já que esta população possui altos níveis de edentulismo, alta prevalência de cárie e de doença periodontal. Na visita domiciliar é possível estabelecer junto aos familiares um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto desse cuidado. Este resumo pretende descrever a experiência em assistência domiciliar odontológica a idosos acamados residentes no território de abrangência de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde localizada na cidade de Porto Alegre-Brasil. As Visitas Domiciliares (VDs) destinaram-se a 12 idosos pertencentes ao Programa de Acamados da unidade. Após a avaliação dos profissionais de SB, alguns casos foram discutidos com toda equipe de saúde da Unidade para elaboração de uma abordagem adequada de tratamento bucal. Aproximadamente 50% dos pacientes possuíam alguma cardiopatologia e/ou diabetes melitus tipo II. Dentre as necessidades odontológicas observadas, destacou-se a protética e a periodontal. Foram realizados procedimentos de reabilitação oral através de próteses totais, reembases de dentaduras, remoção de focos infecciosos e fatores retentivos de placa, tratamento restaurador atraumático, controle e prevenção de doenças bucais e orientações de higiene bucal para cuidadores. Dessa forma, as VDs são uma oportunidade de coordenação do cuidado em saúde bucal pela equipe da Unidade, de forma multidisciplinar, equânime e com benefícios a pessoa idosa acamada.

17.4 Caracterização da normalidade do potencial evocado auditivo de longa latência P300 em adultos normo ouvintes

Andrea Ortiz, Pricila Sleifer, Giulie da Silva Hermes, Iuberi Carson Zwetsch,

Introdução: O P300 é um potencial cognitivo ou um potencial auditivo relacionado a eventos, ocorre a partir de uma interpretação de um estímulo sonoro. Reflete a atividade de áreas cerebrais responsáveis por funções específicas, tais como atenção, discriminação, integração e memória. **Objetivo:** Esta pesquisa teve como objetivo analisar os resultados do exame P300, com relação a amplitude e latência da onda apresentada, em uma população/amostra normoouvintes, de idade entre 17 e 30 anos, a fim de verificar se há alguma diferença, estatisticamente significativa, entre os resultados obtidos, bem como, para comparação de novos e futuros estudos e uma possível padronização destes resultados. **Métodos:** Foram selecionados 87 normoouvintes, submetidos a uma avaliação otorrinolaringológica; após foi realizada audiometria tonal e vocal, medidas de imitância acústica e, por fim, o exame P300. **Resultados:** Não foram encontrados valores estatisticamente significantes com relação à latência e amplitude, comparados com idade e orelhas direita e esquerda. No entanto, foram encontrados índices estatisticamente significantes para valores de latências de P300 e N2 com relação ao gênero feminino, com menor latência em relação ao gênero masculino, e o gênero masculino com maior amplitude de P300, em relação ao gênero feminino. **Conclusões:** Assim, é possível dizer que este exame eletrofisiológico é viável e seus resultados condizem com o que a literatura apresenta. Todavia, nota-se uma significativa carência e interesse de mais profissionais para melhor conhecimento e aplicabilidade do método. Uma amostra maior seria de grande valia para uma possível padronização.

17.5 Qualidade de vida ao idoso hipertenso e/ou diabético: reflexões acerca de um grupo de convivência na Atenção Básica em uma Unidade de Saúde

Rosane Lacerda dos Santos, Leni Padilha

O presente projeto de pesquisa pretende realizar um estudo investigativo, acerca da qualidade de vida do idoso hipertenso e/ou diabético e a sua participação em atividades grupais realizadas na Unidade de Saúde Divina Providência – USDP, para contribuir com o processo que envolva usuários e profissionais de forma humanizada respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. A participação do idoso hipertenso e/ou diabético nos espaços da unidade de saúde é efetiva, porém, sua busca se acentua em atendimentos médicos e retiradas de medicamentos, este fato é instigante, pois, é necessário efetivar também sua participação na vida comunitária conforme preconiza o Estatuto do Idoso. A participação social do idoso pode ocorrer de diversas formas, sendo mais dinâmica ou não devido a doenças ou limitações que vão surgindo com o próprio processo de envelhecimento, o que também não significa que ele fique restrito a convivência familiar. O Estatuto do Idoso em seu Artigo 3º define que além de vários direitos que são de absoluta prioridade como à vida, por exemplo, estão incluídos o direito à convivência familiar e comunitária que devem ser assegurados não só pela família, mas pela comunidade, a sociedade e pelo poder público. A hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM impõem um grande desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo e estão presentes no cotidiano da maioria da população idosa. Diante desse fato torna-se essencial que a atenção das equipes de saúde esteja focada no desenvolvimento de ações que promovam o autocuidado e auxiliem na busca e no fortalecimento das redes sociais de apoio ao idoso, incluindo-se nela o espaço de convivência grupal.

18. SAÚDE DO TRABALHADOR E CONDIÇÕES DO TRABALHO

18.1 Análise dos acidentes de trabalho com material biológico registrados no HCR/GHC, em 2011.

Ericléa Suely Leão de Souza

Objetivo: descrever e analisar os fatores associados a todos os Acidentes de Trabalho com Material Biológico (ATMB) registrados no HCR/GHC, em 2011. **Método:** foram avaliados neste estudo de delineamento transversal, 52 registros de ATMB. Todos foram estudados através da Ficha de Investigação de ATMB adotada pelo Ministério da Saúde. As variáveis consideradas foram: setor de trabalho, cargo, tipo de exposição, tipo de material biológico, situação da exposição e sorologia do paciente fonte e do acidentado para HIV, HCV e HBV. Os resultados foram analisados através de distribuição percentual. **Resultados:** os ATMB foram mais freqüentes em técnicos de enfermagem (42%), seguidos de estagiários de medicina (21%). O setor de maior ocorrência foi a emergência (21%). O material biológico mais freqüente foi o sangue (92%), através de exposição percutânea (81%), nas situações de manuseio de material recentemente usado (46%) e de material cirúrgico (35%). Entre os pacientes-fonte, 4% eram reagentes para anti-HIV, 13% para anti-HCV, 6% para anti-HBcTotal e nenhum para HBsAg. **Conclusão:** a exposição acidental dos profissionais de saúde a material biológico representa um risco real de infecção pelos vírus estudados, principalmente o HCV, especialmente em um hospital de atendimento referencial ao trauma, o que aumenta a vulnerabilidade dos mesmos. Ações preventivas de ATMB devem ser permanentemente desenvolvidas.

Palavras-chave: acidente de trabalho com material biológico, hepatite C, HCV, HIV, hepatite B.

18.2 Análise dos exames periódicos realizados no hcr/ghc, em 2011: um estudo transversal.

Ericléa Suely Leão de Souza

Objetivo: descrever e analisar a prevalência de fatores associados a doenças crônico-degenerativas (obesidade, dislipidemia, hiperglicemia, hipertensão arterial, tabagismo e uso de psicofármacos), entre os trabalhadores do HCR/GHC. **Método:** foram avaliados neste estudo de delineamento transversal, 211 registros de exames periódicos. Os resultados foram analisados através de distribuição percentual de prevalências. **Resultados:** sobrepeso (31%), obesidade leve (14%), obesidade moderada (6%), obesidade grave (1%), dislipidemia (entre as 100 medidas de colesterol: 52%), glicemia maior que 95 (entre as 102 medidas: 31%), pressão diastólica igual ou maior que 90 (15%), uso contínuo de psicofármacos (19%) e tabagismo (13%). **Conclusão:** a prevalência de fatores associados às doenças crônico-degenerativas consideradas neste estudo entre os trabalhadores do HCR/GHC é consideravelmente alta. **Palavras-chave:** doenças-crônico-degenerativas, obesidade, dislipidemia, hiperglicemia, hipertensão arterial, tabagismo, psicofármacos.

18.3 Implantação de um escore de carga de trabalho de enfermagem

Fernanda Braga Azambuja, Michelle Villas Boas Fernandes, Sofia Louise Santin Barilli, Adriana Alves dos Santos, Nara Selaimen Gaetner de Azeredo, Andresa Fontoura Garbini, Silvia Urrutigaray da Cunha Aloy.

Introdução: O *Nursing Activities Score* (NAS) mensura carga de trabalho de Enfermagem, correspondendo à necessidade de assistência ao paciente. Apresenta concordância com outros índices, confiabilidade e validade para ser utilizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), proporcionando condições para justificar e dimensionar a equipe de Enfermagem conforme a carga de trabalho, sendo utilizado para sistematizar e gerenciar o cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência da implantação deste escore na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição. **Método:** Inicialmente alguns enfermeiros participaram de curso realizado por profissional com experiência na utilização deste escore em instituição com características semelhantes a nossa. Formou-se um grupo de estudos e organizou-se um programa de educação para enfermeiros da UTI. Implantou-se um projeto piloto em 16 leitos, perfazendo 363 instrumentos. A partir da análise destes, realizou-se novo treinamento e o NAS passou a ser preenchido em todos os leitos. Desde então, ocorrem encontros do grupo para avaliação deste processo, organização do banco de dados, discussão de artigos, pontos críticos e planejamento de capacitações para uniformizar o preenchimento e esclarecer novas dúvidas. **Discussão:** Inicialmente houve resistência da equipe, pois se acreditava que o NAS geraria sobrecarga. Também encontramos dificuldade em uniformizar o entendimento devido à subjetividade de alguns itens. Primeiramente, constataram-se casos de sub e superpontuações. Novos treinamentos e familiarização da equipe com o instrumento aprimoraram o preenchimento e atualmente os valores encontrados são semelhantes aos encontrados na literatura. **Considerações Finais:** O NAS contribui para o planejamento da assistência, embora algumas atividades não estejam diretamente contempladas. O número de pessoal resultante do escore é aproximado; sugere-se relacioná-lo com fórmulas de dimensionamento de pessoal. Assim, neste ano, pretende-se oferecer um curso de extensão e discussões à beira do leito, contribuindo para o aperfeiçoamento na utilização do instrumento.

18.4 Gentileza cura?

Karine Kuhn

O presente projeto contempla uma tentativa de esclarecer como mesmo com tantas políticas de humanização, de avaliação do trabalho em equipe e individual, colegiados de gestão, planejamento de investimento (PI) que envolvem os trabalhadores do Hospital Nossa Senhora da Conceição, ainda encontramos dificuldades de relacionamentos interpessoais entre os trabalhadores de um mesmo setor de atuação. Entendemos que a valorização do trabalhador de saúde em particular do Auxiliar Geral de Higienização Hospitalar, sujeito deste estudo, pode ser demonstrado através de pequenos gestos diariamente. Acreditamos que assim como a doença pode ser contagiosa também pode ser a saúde e a alegria, o vínculo e a responsabilidade principalmente quando os trabalhadores sentem-se vistos ouvidos e participantes dos processos de trabalho. As perguntas a serem feitas nesta pesquisa são: como o “higienizador” se vê perante os outros funcionários da Instituição e como ele é visto pelos outros trabalhadores? Como percebe seu trabalho e percebe a avaliação institucional sobre seu trabalho? A proposta apresentada para estudo é de analisar os aspectos micropolíticos do trabalho do auxiliar geral de higienização, do BC, SR, CME do HNSC, buscando caracterizar como se dão as relações entre a equipe de higienização e desta com os demais trabalhadores destes serviços. A análise que o projeto pretende realizar será feita por meio de um roteiro com questões pré-definidas em grupo focal e de observações diretas feitas pela pesquisadora, que embasarão um paralelo entre os sentimentos que as pessoas apresentam e seu desempenho profissional. Pessoas satisfeitas desempenham melhor suas funções?

Palavras chave: humanização, micropolítica das relações.

18.5 Terapia ocupacional e a síndrome de Burnout: um estudo junto aos trabalhadores de um hospital público de referência em Porto Alegre

Letícia Mendes

O trabalho é constituidor de identidade e influencia diretamente na inserção social dos indivíduos, podendo ser visto como essencial na formação de redes de relações sociais e de trocas afetivas e econômicas, base de nosso cotidiano. (LANCMAN, 2007). No contexto hospitalar, o trabalho pode ser tanto causador de prazer; envolvendo qualquer esforço para o bom funcionamento de um setor, a possibilidade de aliviar a dor de alguém, ser responsável pela recuperação do paciente, perceber o envolvimento positivo da equipe de trabalho; quanto de sofrimento, quando o ambiente não é propício ao desenvolvimento da saúde mental e física de trabalhadores e pacientes. *Burnout* é resultado “de um prolongado processo de tentativas de lidar com determinadas situações de estresse. O estresse ocupacional pode ser visto como um determinante, mas não coincide com o mesmo”. (WALLAU, 2003). O estudo teve como objetivo realizar uma reflexão teórico-investigativa sobre a existência dos níveis de *Burnout* em trabalhadores que prestam assistência na área da saúde, procurando considerar o trajeto da terapia ocupacional, sua relação com a saúde do trabalhador e a abordagem preventiva e curativa da Síndrome. A pesquisa foi realizada em um hospital público de referência em Porto Alegre - RS, nas unidades de Emergência e UTI, através da utilização de questionário adaptado de Dados Sociodemográficos e da Escala de *Burnout*. Os resultados evidenciaram níveis altos nas três dimensões da Síndrome, “Exaustão Emocional”, “Despersonalização” e “Reduzida Realização Profissional”, indicando a instalação do processo *Burnout* nos trabalhadores. Este trabalho registra a importância da atuação da Terapia Ocupacional na prevenção e no tratamento da Síndrome, visto que este profissional interage com a ocupação humana, contextualizando-a em seu ambiente, sua objetividade e subjetividade.

19. SEGURANÇA E QUALIDADE NO CUIDADO: UM DESAFIO DO COTIDIANO

19.1 Análise das notificações de quedas no Hospital Conceição no ano de 2011

Fernando S. Waldemar, Luciane Lindenmeyer, Anaeli Brandelli Peruzzo, Vanessa Hegele, Alice Zinn, Luiza Graziotin Lago, Gabriela Valentin.

Introdução: Queda em ambiente hospitalar é considerado um evento sentinela de causa multifatorial, cuja prevenção deve ser priorizada. Desde 2010 o HNSC realiza um acompanhamento das quedas de forma a obter melhores dados sobre os principais fatores envolvidos e apontar estratégias de redução do risco. Percentual significativo de enfermeiros estão capacitados para avaliação dos casos incidentes e os dados são analisados periodicamente, subsidiando uma futura intervenção local preventiva. **Objetivo:** Apresentar os dados extraídos das notificações de queda reportadas à Chefia de Enfermagem ou notificadas pelo sistema eletrônico. **Metodologia:** Análise das notificações quanto ao número, setores e turno de ocorrência, taxa de quedas por pacientes-dia e características dos pacientes envolvidos, no ano de 2011. **Resultados:** Foram notificadas 431 quedas no período, representando aproximadamente 36 quedas/mês. A taxa global foi de 1,46 quedas/1000 pacientes-dia. Não houve prevalência de turno. A mediana de idade dos pacientes foi de 62 anos, predominantemente do sexo feminino. As unidades que mais encaminharam notificações foram a Neurologia/Gastroenterologia (12,75%) e Medicina Interna (11,14%). A maioria das quedas ocorreu por escorregões (32,27%) com maior incidência no quarto ou no banheiro. Foram identificados riscos ambientais como problemas no piso, no mobiliário e falta de iluminação. Quanto à ocorrência de dano resultante da queda, em 49,5% dos casos não houve dano, 31% dano não grave, 5,5% dano de gravidade moderada, e 0,5% das vezes ocorreu dano grave ao paciente. Em 13,5% dos relatos o dano não foi estimado ou relatado. **Conclusão:** Nossos dados suportam a argumentação previamente existente no hospital em prol de intervenções e investimentos para mitigação do risco. Medidas pró ativas de mensuração e estratificação do risco e prevenção deste evento adverso junto com uma modificação da infra-estrutura física institucional para redução dos riscos ambientais, devem ser priorizadas.

19.2 Ocorrência de úlceras por pressão

Anaeli Brandelli Peruzzo, Christian Negeliskii, Luciana Estima Englert, Luciane Lindenmeyer, Luiza Graziotin Lago.

Introdução: Úlceras por pressão (UP) são lesões cutâneas ocasionadas pela pressão, cisalhamento ou fricção sobre a pele ou proeminências ósseas. Podem ocorrer em pacientes restritos ao leito e geralmente estão associadas a fatores de risco como idade avançada, desnutrição, medicamentos imunossupressores, diabetes, hipertensão, incontinência urinária ou fecal, entre outras. As UP aumentam o risco de infecção, dificultam a recuperação, prolongam a internação, geram custos elevados e contribuem para o aumento da taxa de mortalidade. Desde 2007 o HNSC realiza consultorias de curativos, pelo sistema informatizado, para se obter melhores dados sobre os principais fatores envolvidos e apontar estratégias para o cuidado. **Objetivo:** Avaliar as consultorias em relação à ocorrência de úlceras por pressão. **Metodologia:** Apuração das consultorias quanto ao número, características e localização das úlceras por pressão do paciente, no período de agosto a dezembro de 2011. **Resultados:** No período foram respondidas 439 consultorias referentes à UP, tendo uma média de 105,6 UP/mês. A maior frequência quanto à localização das úlceras por pressão foi 41,21% na região

sacra, 8,91% em membros inferiores, 8,17% nos calcâneos, 7,80% nos trocanteres e 5,45% nos glúteos. A mediana de idade dos pacientes foi de 67 anos, sendo 56,88% do sexo masculino. Foram identificadas a presença de comorbidades sendo 15,56% de hipertensão, 10,54 de diabetes e 9,36 de doenças coronarianas. **Conclusões:** Os dados demonstram que a ocorrência de úlceras por pressão na instituição é freqüente, indicando que as ações preventivas devem ser priorizadas para manter a integralidade dos pacientes. Isto pode ser alcançado com o estabelecimento de um protocolo de avaliação de risco, empregando a escala de Braden, por exemplo, e adoção de medidas profiláticas como utilização de colchões de alívio de pressão, películas protetoras, reposicionamento sistematizado, entre outras.

19.3 Solicitações de consultorias para lesões de pele no HNSC

Anaelí Brandelli Peruzzo, Christian Negeliskii, Luciana Estima Englert, Luciane Lindenmeyer Luiza Grazziotin Lago.

Introdução: Lesões de pele ocorrem quando há o rompimento da estrutura e da função anatômica normal da pele, podendo ser ocasionadas por: trauma (mecânico, químico, físico), cirurgias, isquemia, pressão local, entre outras. Desde 2007, o HNSC realiza monitoramento dos pacientes com lesões de pele, através de consultorias eletrônicas, para obtenção de dados sobre os principais fatores envolvidos na sua ocorrência e apontar estratégias para o cuidado. As consultorias solicitadas são respondidas por enfermeiros capacitados, e possuem dois objetivos principais: tratamento de lesões de pele ou prevenção de sua ocorrência. **Objetivo:** Apresentar os dados extraídos das consultorias encaminhadas pelo sistema on-line do GHC. **Metodologia:** Análise das consultorias de acordo com o tipo de lesão de pele e características dos pacientes. **Resultados:** No período de agosto a dezembro de 2011, foram avaliadas 1552 consultorias, correspondendo a 798 pacientes. Destas constatou-se, que 31,5% foram devido a úlceras por pressão (UP), 10,9% por prevenção de lesões, 4,7% por feridas operatórias e 1,6% por dermatite. A mediana de idade dos pacientes foi 67 anos, sendo 56,39% do sexo masculino. As principais comorbidades encontradas em pacientes foram 15,56% de hipertensão, 10,54 de diabetes e 9,36 de doenças coronarianas. **Conclusões:** Os dados demonstraram que as lesões de pele acometem um grande percentual de pacientes hospitalizados e que cada vez mais a instituição deverá investir na capacitação da enfermagem para tratar deste advento. Aproximadamente 1/3 das consultorias foram solicitadas para tratamento de úlceras por pressão, apontando para a necessidade de investimento no protocolo de prevenção destes tipos de lesões, visto que sua ocorrência pode ser evitada. Este estudo teórico prático é de extrema relevância, pois o desenvolvimento de UP pode aumentar o tempo e o custo da internação, afetando a qualidade de vida dos pacientes.

19.4 Sensibilização dos funcionários do HNSC para os temas Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente

Luciane Lindenmeyer, Carine Paim da Silva Martins, Fernando Waldemar, Anaeli Brandelli Peruzzo, Christian Negeliskii

Introdução: Baseado no princípio de que os pacientes não devem sofrer danos que resultem do cuidado assistencial, a questão da segurança do paciente tem assumido destaque expressivo nas ações de melhoria da qualidade. Neste sentido, é de extrema importância a sensibilização dos trabalhadores no que diz respeito à segurança no ambiente hospitalar. Com isto é possível vislumbrar, a longo prazo, o aprimoramento e fortalecimento dos processos envolvidos no cuidado ao paciente, os quais devem visar a minimização dos riscos inerentes à internação hospitalar. **Objetivo:** Descrever o processo inicial de sensibilização dos funcionários

do HNSC nas temáticas gerenciamento de risco e segurança do paciente. **Metodologia:** Para atingir o proposto, três ações de sensibilização foram desenvolvidas no ano de 2011: “Ciclo de Palestras – Segurança do Paciente”, “I Jornada de Cirurgia Segura do GHC” e “I Jornada de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente do GHC”. **Resultados:** O Ciclo de Palestras Segurança do Paciente ocorreu durante os meses de abril a dezembro e contou com a participação de 621 trabalhadores. Foram ministradas 15 palestras sobre os temas: Higienização das mãos, Erros de medicação, Medidas de bloqueio epidemiológico, Segurança na utilização de equipamentos, A importância da comunicação, Quedas de pacientes internados, entre outros. A Jornada de Cirurgia Segura contou com a participação de 174 funcionários, enquanto que na Jornada de Gerenciamento de Risco houve a participação de 120 trabalhadores dos quatro hospitais do GHC. **Conclusão:** A metodologia adotada para a sensibilização dos funcionários foi considerada satisfatória, pois os locais reservados para a realização dos eventos citados ficaram com a sua capacidade esgotada, além da ampla interação dos participantes com os ministrantes das palestras. Isso demonstra o grande interesse dos trabalhadores pelos temas discutidos, o que torna válida esta estratégia para ser adotada em 2012 como método de educação continuada.

20. A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO

20.1 O processo de educação permanente em tuberculose no cotidiano de equipes de Atenção Primária em Saúde (resumo expandido)

Roberto Luiz Targa Ferreira e Sandra Rejane Soares Ferreira

Introdução: Porto Alegre apresenta alta incidência de tuberculose (TB), com média em torno de 100 casos/100.000 habitantes. Na população atendida pelo Serviço de Saúde Comunitária (SSC) a incidência varia de 72 a 140/100.000, conforme as condições socioeconômicas e de infraestrutura urbana existentes nestes territórios¹. O SSC, com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e o Serviço de Pneumologia do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC), em 2002, realizou um projeto piloto para descentralização do atendimento a pessoas com TB em quatro unidades de saúde (US). Para apoiar a proposta de ampliação do projeto de descentralização do cuidado à pessoas com TB para as outras oito US do SSC foi estruturada uma proposta de Educação Permanente (EP) para as equipes de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), nos anos 80, propôs reorientar o processo de capacitação de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde tomando como eixo central da aprendizagem o trabalho cotidiano nos serviços². A EP surge pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, que preconiza a aprendizagem significativa e a problematização na busca da transformação das práticas de saúde². A EP reconhece o caráter educativo do próprio trabalho, concebido não apenas no seu sentido instrumental, mas também como espaço de problematização, diálogo e construção de consensos para melhoria da qualidade da atenção à saúde^{3,4,5}. A EP foi instituída pelo Ministério da Saúde^{6,7,8} como política pública para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde.

Objetivos: Relatar a experiência do SSC na implantação de um Programa de Educação Permanente (EP) para a atenção qualificada de pessoas com TB no processo de descentralização da atenção a esta doença e implantação de uma Linha de Cuidado.

Metodologia: No período de 2002 a 2005, o SSC monitorou o desenvolvimento do projeto piloto de descentralização da atenção à pessoas com TB e identificou dificuldades das equipes no acompanhamento dos casos. Para apoiá-las nesse processo, em 2005 criou-se um Programa de Educação Permanente (EP) em TB, onde as equipes que faziam atenção descentralizada apresentavam os casos e suas dificuldades. As atividades são organizadas pelo setor de Monitoramento e Avaliação do SSC e pelo Serviço de Pneumologia. Anualmente, em dezembro, as equipes de saúde fazem uma avaliação do processo em um instrumento escrito anônimo. Em fevereiro, é realizado com o apoio das Coordenadoras Locais do programa da TB um levantamento de necessidades das equipes e a priorização dos temas e dinâmicas serão trabalhadas. A programação estabelecida é flexível e permite que novas situações e necessidades sejam apresentadas pelas equipes modificando o planejamento inicial. O conhecimento adquirido sobre a realidade e necessidades da APS para qualificar a atenção à TB, levou em 2007 a organização de um protocolo assistencial, ampliando a integração do SSC com o Serviço de Pneumologia do HNSC e com os Serviços de Referência do município. A experiência também contribuiu para a organização da linha de cuidado e descentralização da atenção à TB nas 12 US do SSC, em setembro de 2007.

Resultados e Discussão: O processo de EP colocou o cuidado às pessoas com TB em análise construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano. De 2006 a 2011 foram realizados 60 encontros mensais de EP com uma média de 28 participantes por encontro, usando diversas metodologias, entre elas: discussão de caso clínico; discussão de casos complexos e casos institucionais; dinâmicas; teatro; trabalho em

pequenos grupos, janelas teóricas com especialistas, entre outros. No ano de 2006 participaram em média 19 profissionais por encontro, com a variação de 15 a 35 participantes. Em 2007, a média de participantes foi de 22, com a variação de 16 a 35 profissionais por encontro. Em 2008, a média de participantes foi 25, com a variação de 80 a 19 profissionais por encontro. Em 2009, a média de participantes foi de 23, com a variação de 42 a 12 por encontro. Em 2010, a média de participantes foi de 28, variando de 52 a 18 por encontro. Em 2011, a média de participantes foi de 26, variando de 63 a 12 por encontro. Participaram dos encontros de EP diferentes categorias profissionais, entre elas: Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Assistentes Sociais, Psicólogos e Farmacêuticos. O SSC obteve o apoio neste período de especialistas que atuam no matriciamento e consultoria para as equipes, entre eles: o Serviço de Pneumologia do HNSC, o Hospital Sanatório Partenon, Serviços do Programa Municipal e Estadual de TB, Assistência Social, entre outros. A relação estabelecida entre as equipes de APS e serviços especializados que fazem matriciamento e consultoria tem sido horizontal propiciando proximidade, vínculo e facilidade de comunicação, além de transferência de tecnologia leve promovendo a transdisciplinaridade e o aprendizado significativo. O processo de EP em saúde instituído tem obtido sucesso ao longo de seis anos, segundo avaliação das equipes de saúde, por sua porosidade à realidade mutável das ações, dos profissionais e dos serviços de saúde; por partir das necessidades e realidade das US; pela introdução de diferentes tecnologias educativas, mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, pensamento (disruptura com as fórmulas ou modelos instituídos) e experimentação.

Referências

1. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **Ação Programática para o controle da Tuberculose no Serviço de Saúde Comunitária do HNSC-GHC**. 2ª edição, Porto Alegre, novembro de 2007.
2. Mehry EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo. *Salud Colectiva* 2006; 2(2):147-160.
3. Paim JS. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudo e Projeto em Saúde; 2002.
4. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v.14, n.1, p.41-65, 2004.
5. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – comunicação, saúde, educação*, v.9, n.16, p.161-77, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n.198/GM**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. **Ato Portaria n. 1.996/GM**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Brasília, 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS, caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

20.2 Educação permanente em hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito

Silvia Takeda, Margarita Silva Diercks, Claunara Schilling; Itemar Bianchini; Márcia Reolon; Pablo de Lennoy Sturmer; Clarice Sant'Anna; Margaret Scheneider;

Introdução: Apresentação de um processo educativo para equipes multidisciplinares de saúde atuando em Atenção Primária, minuciosamente planejado, executado e avaliado, com os seguintes pressupostos: a) enfoque nos serviços de Atenção Primária no contexto de redes de atenção à saúde; b) integralidade e coordenação do cuidado; c) enfermidades crônicas; d) equipes multidisciplinares; e) integração de gestão, assistência e processos educacionais. **Objetivos:** qualificar a atenção à saúde; introduzir novas tecnologias de cuidado em condições crônicas; desenvolver e avaliar processos educativos; aprimorar implantação de ações multifacetadas; desenvolver metodologias educativas para equipes de saúde e produzir conhecimentos em APS. **Metodologia:** a) identificação das necessidades de aprendizagem; b) planejamento das atividades educativas com priorização de temas: uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências; abordagem centrada na pessoa; abordagem familiar, saúde mental e condições crônicas; atividades coletivas e cuidado compartilhado; autocuidado apoiado;

enfoques clínico e populacional; c) produção de material pedagógico estruturado, com situações cotidianas, indicadores de saúde locais, e atualizações baseadas em evidências; d) Oficinas, seminários, discussão de casos nas Unidades de Saúde, visitas a outros serviços, etc. e) Utilização de processo pedagógico crítico de educação entre pares, com valorização do compartilhar experiências, conhecimentos, ferramentas e métodos; f) Avaliação segundo dimensões de Kirkpatrick (mudanças de conhecimento, práticas, atitudes, e resultados em saúde). **Resultados:** Participação de 92% dos 329 profissionais que integram as 12 equipes multidisciplinares. Houve mudanças estatisticamente significativas no conhecimento, atitudes e intenção de mudanças nas práticas (as mudanças nos resultados de saúde na população serão avaliados através de pesquisa específica, com coleta de dados em março de 2012). Satisfação dos profissionais com metodologia pedagógica. **Conclusões:** Os profissionais tem grande interesse em se atualizar e incorporar novas metodologias de trabalho. É fundamental desenvolver atividades ao conjunto da equipe e também a cada categoria profissional. A metodologia do processo educativo mostrou-se efetiva e passível de ser utilizada em outros serviços de APS, locais e nacionais.

20.3 Oficinas de educação ambiental a partir do olhar dos trabalhadores

Daniela da Motta Esteves, Marcio Neres dos Santos, Maristela Vargas Losekann, Suzana Rolim Tambara

Na década de 1970, são veiculados os primeiros debates acerca do possível esgotamento dos recursos naturais, reconhece-se a crise ambiental, que seria o mote das inúmeras conferências ambientais. Paralelamente, políticas públicas de saúde são criadas pautadas na integralidade de suas ações. Nesse contexto, surgem às discussões acerca da Educação Ambiental nos serviços de saúde, reconhecendo-a como um potencial à sensibilização dos sujeitos. A Educação Ambiental é um processo participativo, onde o educando é central no processo de ensino/aprendizagem, participando ativamente no diagnóstico dos problemas ambientais e na busca de soluções. Este trabalho relata a experiência vivida em oficinas de educação ambiental realizadas em um hospital escola, na cidade de Porto Alegre/RS, a partir do olhar dos trabalhadores. Essas oficinas ocorreram durante os anos de 2009 e 2010, idealizadas sob a perspectiva de que os trabalhadores interagissem com a questão ambiental, propiciando desta forma, a construção de conhecimentos ambientais. Ao término das atividades os participantes avaliavam as oficinas a partir de um instrumento semi estruturado, e desta forma contribuiriam para melhorias futuras. Utilizou-se o método de análise de conteúdo, onde as respostas dos trabalhadores foram categorizadas em três grupos: relevância do tema; o conceito de educação ambiental e a educação/informação como estímulo para a formação no trabalho. A interpretação dos resultados demonstrou que os participantes consideraram a temática relevante e interligada com sua práxis laboral. Na visão dos trabalhadores, a educação ambiental deve estar presente no cotidiano, visto que não é possível discutir e tratar o tema de forma fragmentada. E, também na ótica dos participantes deve ser garantido espaços para a discussão no local de trabalho e maior comprometimento institucional com a temática. Assim, a educação ambiental na visão dos trabalhadores pode ser uma ferramenta para modificar os processos de trabalho garantindo a sustentabilidade dos processos e consciência ambiental.

20.4 Experiência sobre a capacitação dos trabalhadores do ambulatório HNSC qualificar a atenção à saúde do usuário

Andréa da Rosa Jardim

Em 2011, tendo em vista as necessidades apreendidas no serviço ambulatorial do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e a fragilidade do sistema em relação a fragmentação da atenção à saúde do usuário, com intuito de repensar o processo de trabalho para construção e transformação das práticas em saúde para melhor qualificar a atenção à saúde das pessoas, pensou-se em realizar uma oficina de capacitação para os profissionais que atuam no ambulatório de especialidades, proporcionando reflexão sobre o sentido do conhecimento para aprimoramento do cuidado pautado nas necessidades em saúde das pessoas. A partir da problemática emergente, pensou-se numa metodologia para sensibilizar os trabalhadores e estabelecer uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde no serviço ambulatorial, participaram 30 trabalhadores do serviço ambulatorial de profissões distintas. Optou-se por apresentação expositiva de conteúdos e momentos de diálogos, motivados por questões problematizadoras sobre o cotidiano do trabalho dos profissionais, compondo o método com exposição de casos e situações vivenciadas com os usuários. A experiência da oficina trouxe aos mediadores da atividade a certeza que a finalidade do trabalho em saúde envolve a realidade dos seres humanos em espaços relacionais, sentimentos e cognições. Pode-se compreender que no trabalho em saúde há limites e possibilidades na forma de objetivar o conhecimento. Os profissionais participantes relataram que as ações são condicionadas pela pressão da demanda e pelo tempo escasso para atenção aos usuários, dificultando as relações da equipe e dos profissionais com os usuários. Pelo efeito positivo da capacitação, ficou sugerido a recomendação para sistematização dos encontros, devendo ser pauta para a gestão do serviço em 2012, fortalecendo a necessidade para desenvolvimento da educação permanente para discussão do cotidiano no trabalho, imprescindível para rever práticas e torná-las positivas no serviço ambulatorial.

21. A EMERGÊNCIA DE CONSTRUIR REDE

21.1 Descrição da população do território da Unidade de Saúde Barão de Bagé que procurou a Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição em 2011 (resumo expandido)

Priscila Piovesan Sarzi Sartori

Introdução: A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Tem como um de seus princípios e diretrizes possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2011). Deve acolher os usuários e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. A atenção básica deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de formação de vínculo ferramentas essenciais para sua efetivação como porta de entrada preferencial da rede de atenção. Ainda configura-se como um obstáculo superar a ideia, que ainda persiste em gestores, profissionais de saúde e população, da atenção básica como serviço menor que qualquer um faz (BRASIL, 2009). A atenção básica deve cumprir funções para contribuir com o funcionamento das redes de atenção à saúde, que são: ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2011); deve resolver cerca de 85% das necessidades de saúde dos usuários. Na maioria das sociedades, as pessoas que sofrem de desconforto físico ou emocional têm diversas formas de ajudar a si mesmas ou de procurar ajuda de outras pessoas (HELMAN, 2009). No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), é possível conhecer a procura por serviços de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Através dessas informações, pode-se avaliar o acesso em APS, discutindo se esta procura ocorreu em função de alguma debilidade na concretização desse atributo em uma Unidade de Saúde.

Objetivo: Descrever a população do território da Unidade de Saúde Barão de Bagé (USBB) que procurou a Emergência do HNSC de fevereiro a dezembro 2011, no horário de funcionamento da Unidade. À luz dessa descrição, discutir a concretização do atributo acesso na USBB.

Metodologia: Foi obtida a planilha eletrônica com todos os casos de procura de moradores do território da USBB à Emergência do HNSC. Foram excluídos os casos classificados como laranja ou vermelho do Protocolo de Manchester, que identificam situações de procura adequada à Emergência hospitalar, e os casos em que a procura ocorreu em finais de semana ou nos horários em que a USBB não se encontra aberta. Além disso, buscou-se classificar como um mesmo episódio de cuidado registros repetidos por diferentes motivos administrativos ou por retorno pelo mesmo motivo. Agrupou-se os episódios de cuidado pelas categorias de Manchester, descreveu-se sua contagem, assim como sua distribuição por sexo e em 2 grupos etários: 12 a 60 anos e mais de 60 anos (menores de 12 anos são referenciados a outros serviços). Também foram classificados de acordo com o motivo de procura e pelos prontuários na USBB, nos dois casos de modo independente da categoria de Manchester. Além disso, foi investigada a distribuição das procuras pela Emergência do HNSC ao longo dos meses do ano, assim como sua distribuição em relação a faixas de horário. Para essa última investigação, foi

dividido o intervalo de tempo compreendido entre 8:00 e 18:00 (horário de atendimento da Unidade) em dez recortes de tempo de 1 hora.

Resultados: Das 309 procuras pela Emergência do HNSC pelos moradores do território da USBB, 179 ocorreram durante os dias e horários de atendimento da Unidade. Destas, 160 apresentaram risco classificado em azul, verde ou amarelo, e, excluindo-se as repetições, chegou-se ao número de 144 episódios de cuidado, com as seguintes características: 66 (46%) ocorreram com homens e 74 (54%) com mulheres; 107 (74%) até 60 anos, 37 (26%) > 60 anos; quanto à classificação de Manchester, 13 (9%) eram azuis, 102 (71%) verdes e 29 (20%) amarelos e, quanto às procuras mais frequentes, 25 (17%) foram por dor abdominal, 22 (15%) por indisposição no adulto, 13 (9%) por problemas urinários e 12 (8%) por problemas estomatológicos. O mês de maior procura pelo serviço de Emergência do HNSC foi o de junho (23; 16%), seguido dos meses de maio (19; 13%) e dezembro (18; 12%). Os meses de fevereiro e julho foram os que apresentaram menos registros de procura pela Emergência (8 em ambos; 5%). Em relação ao horário da busca pela Emergência do HNSC, o intervalo 15-16h foi o que apresentou mais registros (24; 17%), seguido dos intervalos 8-9h (18; 12%) e 13-14h (16; 11%). O intervalo 12-13h foi o que apresentou menos registros (6; 4%). Não foi revelada qualquer espécie de comportamento familiar de procura por atendimento na Emergência.

Conclusões: A inexistência de dados dos demais serviços de emergência impede que o estudo atinja uma abrangência ampliada e exclui da sua análise a população infantil. A população jovem, adulta e idosa do território da USBB parece ter na própria Unidade sua referência para primeiro contato. Porém, pode-se também julgar que 144 buscas pela Emergência do HNSC seja um número excessivo, pois o ideal seria que não houvesse caso algum. Não foi encontrada nenhuma relação entre os meses e horários de maior procura pela Emergência do HNSC e questões que envolvessem processo de trabalho na Unidade de Saúde, como, por exemplo, aumento de casos na Emergência em períodos de férias dos profissionais. Os motivos que levam essa proporção à procura pela emergência hospitalar é tema de prosseguimento das investigações.

Referências:

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; PORTARIA NÚMERO 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.
BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; O HumanizaSUS na Atenção Básica; Brasília, 2009.
HELMAN, Cecil G.; Cultura, Saúde e Doença; 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

21.2 Usuários classificados como não urgentes em uma emergência do sul do país

Fernanda Zanoto Kraemer, Airton Tetelbom Stein

O cenário atual dos serviços de urgência e emergência clínica, com superlotação freqüente e alta prevalência de atendimento a casos não urgentes, evidenciam os desafios do SUS para atingir suas metas de universalidade, igualdade e descentralização da atenção em saúde. Este estudo, com delineamento descritivo, tem como objetivo descrever as características dos usuários não urgentes atendidos em uma emergência clínica de grande porte da região sul do país. Conhecer o perfil dos pacientes não urgentes que chegam aos serviços de emergência possibilita a qualificação do atendimento uma vez que fornece subsídio para o planejamento da organização do fluxo da rede de atenção à saúde e facilita a capacitação dos profissionais de acordo com as necessidades dos usuários. Apesar da prevalência elevada de doença mental na população geral esta não aparece como diagnóstico freqüente em serviços de emergência, levando a supor que problemas psiquiátricos são sub-diagnosticados nesses serviços. Considerando as questões que envolvem a rede de atenção à saúde, perpassando entre a atenção primária até os serviços emergência, é importante investigar a presença de sintomas depressivos, transtorno psiquiátrico menor e qualidade de vida nessa população. A satisfação e o encaminhamento dos pacientes atendidos serão avaliados duas semanas após o

atendimento por meio de contato telefônico. Todos os pacientes incluídos na pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Descritores: serviços médicos de emergência, acesso aos serviços de saúde, avaliação em saúde, depressão, qualidade de vida.

21.3 O atendimento na sala de emergência como marcador da qualidade da atenção primária: a integralidade como desafio

Rosemeri Engel Balle

O presente trabalho é um projeto de pesquisa sobre a ocorrência de Condições Sensíveis à Atenção Primária na emergência de um grande hospital geral, localizado na região sul do Brasil, na cidade de Porto Alegre. Serão analisadas as informações obtidas do sistema de informações do hospital referentes aos dados da emergência no período de uma semana do ano de 2011. O resultado será cruzado com os dados obtidos através da aplicação do questionário PCATool- Brasil do Ministério da Saúde nas cinco Unidades Básicas de Saúde que mais demandaram este tipo de atendimento. O objetivo é identificar e analisar a qualidade do serviço de atenção primária que mais demandaram atendimento. O sistema de saúde brasileiro foi pensado para funcionar em rede, com os serviços articulados entre si de forma a oferecer atendimento integral à população. Para que tal aconteça é necessário que cada instância da rede dê conta da sua demanda. A Estratégia de Saúde da Família é uma Política Pública de Saúde que vem se consolidando no país como modelo de atenção, porém no estado do Rio Grande do Sul somente 35,20% da população está sendo atendida pela mesma. O decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 prevê o planejamento, a organização e a articulação dos serviços de saúde com base na legislação do SUS, portanto a informação obtida através deste estudo poderá auxiliar nas negociações dos gestores neste planejamento da atuação em rede. Palavras chave – Atenção Primária, Emergência, Condição Sensível À Atenção Primária, Política Pública de Saúde, Integralidade.

22. ARTE, CULTURA E SAÚDE

22.2 Experiências Educacionais em Pontos de Cultura: Arte, Cultura e Saúde

João Batista Ramos, Lêda Fernandes Bertamoni

O presente artigo visa apresentar experiência na inserção de educadores em Ponto de Cultura e Saúde em hospital público, situado em Porto Alegre. Neste apresentamos aspectos e teorias educacionais vinculadas a questão cultural. A importância do multiculturalismo e o que ele representa, trazendo o debate de exclusão social, diversidade, construção de saberes. Reforçamos que a educação é um aspecto importante na construção de cidadania de sujeitos. É descrita a história do Ponto de Cultura, sua origem e desenvolvimento, a formação da Rede de Cultura e saúde e o ineditismo da proposta. Quais os objetivos, interesses e resultados esperados. O diferencial que a inserção deste ponto em uma unidade hospitalar faz junto a comunidade atendida, formada não por uma comunidade restrita, mas sim um grupo de pessoas oriundas das diversas regiões da cidade/estado/federação participantes do local. Desenvolvemos a idéia da relação educação e cultura, principalmente da cultura popular, que vem sendo resgata pelos pontos de cultura, ressaltando a importância para a construção do saber. Saber popular é a base pra esta construção. Concluimos que cultura é um modo de viver, refletido nas coisas mais simples. Não existem indivíduos com mais ou menos cultura, mas sim culturas diferentes, mas não menos importantes.

22.3 Humanizando o cuidado - a visita da alegria

Renata Pekelman

Introdução: a promoção da saúde através do riso, na perspectiva da humanização do cuidado tem um papel essencial nos serviços de Atenção Primária em Saúde. A Visita da Alegria acontece na Unidade de Saúde Jardim Itu desde 2007, do Serviço de Saúde Comunitária /GHC. **Objetivos:** promover alegria para pacientes e familiares; fortalecer vínculo entre equipe e usuários do Programa de Atenção Domiciliar (PAD); humanizar as relações de trabalho através de atividades lúdicas; construir identidade entre os trabalhadores com o trabalho criativo. **Metodologia:** O projeto se desenvolve através de visitas programadas aos usuários do PAD em datas comemorativas, sendo realizado pela equipe de saúde. As intervenções são planejadas com os participantes das visitas, com a elaboração coletiva dos roteiros: músicas, esquetes teatrais, “palhaçadas” e improvisos, conforme a interação com os usuários. A educação popular entra com os princípios do diálogo entre os trabalhadores e usuários, promovendo construção de identidade, interação entre os diversos saberes, promovendo também o conhecimento através da arte. **Resultados:** Com o trabalho baseado nos princípios da APS e da Humanização, a equipe da USJI percebe ser essencial à promoção de cuidado o fortalecimento do vínculo entre usuários e trabalhadores e entre si. **Conclusões:** O projeto contribui para o desenvolvimento de um trabalho criativo e lúdico, promovendo a saúde dos trabalhadores. A Visita da Alegria pretende a promoção de um outro cuidado, onde o serviço de saúde vai além da intervenção biomédica para incursionar em outras lógicas e linguagens. Como um indício da importância deste trabalho é encontrarmos nas casas os ‘pequenos mimos’ deixados em cada visita, em lugar de destaque nos ambientes em que vivem. A experiência da visita quebra paradigmas, posturas e joga com a ousadia da diversão e da arte de cada um dos profissionais que se arriscam para esse alegre desconhecido.

22.4 Recreação terapêutica e a construção de tecnologias de atendimento infantil

Sérgio Dório de Carvalho

Objetivos: Este relato de experiência tem como objetivos narrar a construção de uma estratégia de atendimento desenvolvida pela Recreação Terapêutica do Hospital da Criança Conceição frente a um paciente internado e, alertar das especificidades e maleabilidade necessárias em casos de atendimento infantil. Tal relato visa ainda apresentar a possibilidade de tecnologias de aproximação e integrativas, neste caso, entre arteterapia e psiquiatria infantil.

Método: Frente à ansiedade provocada pela internação prolongada, a gravidade da doença e o afastamento do contexto de origem do paciente, optou-se pela construção de um instrumento simbolizador que atribuísse sentido ao seu processo de adoecimento e estado atual, além de que, desse vazão ao seu processo criativo empoderando seus aspectos saudáveis. Destes dados primeiros nasceu um livro infantil que aborda as aventuras de um personagem criado e que, por vezes, mostra-se claramente autobiográfico. **Resultados:** A elaboração do livro permitiu que o paciente verbalizasse e simbolizasse questões subjetivas pertinentes ao seu adoecimento, o que serviu de indicadores para a equipe de saúde mental. Serviu ainda para construção de vínculo entre paciente e terapeuta o que ajudou na longa internação e, desempenhou o papel de aproximação com sua escola quando o livro foi enviado para ser usado em sala de aula. **Conclusões:** Tal abordagem indica a necessidade de ações individualizadas frente a cada caso de internação infantil e vê na Recreação Terapêutica, um rico espaço para o desenvolvimento das mesmas, dado o seu contexto lúdico. Percebe-se ainda a potência das abordagens multiprofissionais que usam como meio os processos criativos.

22.5 É uma Casa muito Engraçada – Relato da Política e cotidiano do Chalé da Cultura GHC

Melissa Acauan Sander, Almerinda Argenta Gambin, Margareth Djanira Jackle

A Política de Cultura tem como compromissos contribuir para oferta de cuidado integral a usuários e comunidades, para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e para estimular e colaborar para realização de ações coletivas e intersetoriais para a comunidade GHC (usuários, familiares, trabalhadores, estudantes, colaboradores etc). Ela se propõe a contribuir para a implementação de ações de promoção à saúde, oferta do cuidado em saúde na perspectiva de Linha de Cuidado e para a construção de modos de fazer saúde de forma colaborativa e em rede. Não redes estáticas, já formatadas, mas redes que se tecem a cada demanda individual ou coletiva. A gestão da Política é feita pelo Núcleo Operativo Cultural, constituído por trabalhadores do Serviço de Saúde Comunitária em parceria com colaboradores dos diferentes setores e serviços do grupo, conhecidos como matriciadores da Política de Cultura.

23. CUIDADOS OFTALMOLÓGICOS

23.1 Visor estereoscópico oftalmológico usando um smartphone: o desenvolvimento de uma nova ferramenta portátil

Helena M Pakter, Egidio Picetti, João Schneider, Vitor Pamplona, Manuel Oliveira

Glaucoma causa um dano característico na cabeça do nervo óptico (NO) que é definitivo para o diagnóstico e avaliação de progressão do glaucoma. A avaliação clínica da retina e nervo óptico pode ser difícil devido aos movimentos sacádicos, piscar, aversão a luz, entre outros fatores, e portanto a fotografia estéreo colorida continua a ser a técnica mais utilizada e aceita para documentação de NO. Algumas outras doenças da retina, tais como tumores da coróide e edema macular diabético, podem também ser avaliados pela fotografias estereoscópicas. Em muitas áreas do mundo, câmeras digitais da retina estão disponíveis apenas em clínicas oftalmológicas de grande porte, onde os pacientes são encaminhados para a aquisição de imagem. Embora existem alguns métodos que são úteis para visualização em estéreo, eles são muito específicos para cada câmera, caros e não amplamente disponíveis. Neste artigo, apresentamos uma nova ferramenta de custo baixo e portátil para a visualização 3D do nervo óptico. Um visor estéreo tipo “clip-on” é anexado a um smartphone, que recebe imagens documentadas através de wi-fi, e constrói uma visão 3D da retina. As imagens capturadas em centros de saúde ou clínicas oftalmológicas grandes podem ser automaticamente enviadas para o celular do médico, e o médico pode verificar a progressão da doença em qualquer lugar, a qualquer momento e recomendar a assistência necessária. Nosso objetivo é aumentar significativamente a acessibilidade às ferramentas de alta qualidade para tal análise e expandir as possibilidades de telemedicina em oftalmologia. Nos baseamos na massificação de brinquedos em 3D e de smartphones para melhorar a acessibilidade para dispositivos oftálmicos de contrário caros.

23.2 Teste de sobrecarga hídrica modificado (TSHm): novo método para estimar o pico da pressão intraocular (PIO) em pacientes glaucomatosos.

Lisia B. Ferreira, Helena M. Pakter, Luis Francisco Chotgues, Martha Lang

Objetivo: Descrever e comparar os resultados do TSHm com PIO ao acordar (no leito) e na chegada ao ambulatório em pacientes glaucomatosos. Métodos: Revisados prontuários de 45 pacientes do serviço de oftalmologia do Hospital Conceição (90 olhos) com dados obtidos entre 2010-2011. PIO aferida pelo mesmo oftalmologista por tonometria de aplanção às 6 -7h na casa dos pacientes, logo após acordar, enquanto ainda deitados. Os indivíduos foram arrolados para TSHm às 8h no ambulatório. Previamente, jejum de 1h e chegada ao ambulatório 15 minutos antes, para descansar e evitar atividades acomodativas. TSHm: Ingestão de 500ml de água em temperatura ambiente em 5 minutos e PIO medida imediatamente após, sentado. Posteriormente, deitar em posição supina em ambiente calmo sob iluminação fraca durante 15 minutos antes da nova aferição da PIO. PIO ao acordar (T0), primeira PIO após ingestão de água (T1) e PIO 15 minutos após TSHm (T2) registradas. Para testar a reprodutibilidade do teste, um subgrupo de 12 pacientes (24 olhos) foi re-submetido ao processo, em dia diferente, pelo mesmo examinador. Resultados: Não houve diferença significativa entre T0 e T2 (teste-T pareado $md=-0.07$ mmHg; $p=0.80$; Pearson 0.86). T0 foi em média 5.67mmHg ($p<0.05$) maior que T1. T1 foi em média 5.43mmHg menor ($p<0.05$) que T2. Reprodutibilidade dos dados excelente para T2 (ICC=0.94) e T0 (ICC=0.80), mas não para T1 (ICC=0.49). Conclusões: Os resultados demonstram que a PIO ao acordar apresenta ótima correlação com a PIO aferida 15 minutos após TSHm, havendo boa reprodutibilidade dessas

medidas. O pico matinal da PIO, fator de risco para progressão do glaucoma, foi bem estimado pelo TSHm. Este poderá tornar-se um método mais fácil, rápido e confiável de estimar o pico matinal de PIO nos pacientes glaucomatosos.

23.3 Relato de caso: Paralisia bilateral de oculomotor

Lisia Barros Ferreira, Simone Stumpf, Bruna Rymer, Martha Lang

C.S.L, feminina, 36 anos, natural de Porto Alegre, consultou no setor de plástica ambulatorio de oftalmologia do Hospital Conceição em julho/2011 por quadro de blefaroptose bilateral. Apresentava paralisia de III NC bilateralmente ocasionado por hemorragia mesencefálica em 2004 secundária ruptura de aneurisma. Ao exame, ptose bilateral total, exotropia, reflexo de Bell ausente, boa função do orbicular, reflexos pupilares ausentes, com midríase média bilateral. Fundoscopia sem alterações. Angiografia cerebral/2004 evidenciando MAV junto à artéria cerebral posterior em cisterna interpeduncular no sítio da junção da comunicante posterior. Realizada cirurgia de correção de ptose através de suspensão frontal bilateral com uso de silastic em agosto/2011. No 1º mês pós-operatório, apresentava fenda palpebral c/f de 8mm OD e 7mm OE. Paciente não compareceu ao seguimento, retornando somente em março/2012, relatando trauma em pálpebra superior direita no pós-operatório, com conseqüente piora da ptose à direita. Ao exame, fenda palpebral de 5mm bilateralmente. Com vistas à melhora do quadro, programada reintervenção com nova suspensão frontal. A paralisia de oculomotor decorre do dano neural em qualquer parte de seu trajeto desde o núcleo mesencefálico dorsal, passando pelos fascículos no tronco, emergindo em região interpeduncular, correndo entre a artéria cerebral posterior e cerebelar superior, paralelamente à comunicante posterior, em direção ao espaço subaracnóide, seio cavernoso e cavidade orbitária. O diagnóstico diferencial envolve patologias como aneurismas, tumores, trauma, microangiopatia e causa idiopática. O envolvimento pupilar frequentemente diferencia lesões “cirúrgicas” de “clínicas”, visto que as fibras pupilomotoras recebem suprimento sanguíneo dos vasos piaais, enquanto o tronco principal nervoso é suprido pelo *vasa-nervorum*. Desta forma, doenças como diabetes geralmente preservam a pupila. A paralisia bilateral do oculomotor é uma condição rara, que sugere lesão ao nível nuclear mesencefálico.

23.4 Perfil do Setor de Glaucoma do Grupo Hospitalar Conceição

Helena Messinger Pakter

No setor de Glaucoma do Grupo Hospitalar Conceição a grande maioria dos casos de glaucoma encontrados são de ângulo agudo aberto de 65%, sendo apenas 6,9% de glaucoma de fechamento angular, havendo 5,8% glaucoma secundário e 22,2% de glaucomas suspeitos. O acometimento é bilateral em 92%, o tempo médio de tratamento no serviço é de 42,95%, entre um a cinco anos, sendo que 36% com acompanhamento mais de cinco anos e restando 21,1% em menos de um ano. A predominância dos casos de glaucoma é de 67,3% do sexo feminino, 32,7% do sexo masculino e 26,9% possuem histórico familiar. O predomínio é da raça branca com 75,5% e 13,8% da negra, a incidência aumenta aos quarenta anos de idade com predomínio após 70 anos. Quando o paciente chega ao serviço de glaucoma, a grande maioria possui a pio entre 13 e 21 mmhg, e 70% pelo menos possuem um campo de visão, mas constata-se também que 66% dos casos não possuem papilografia, bem como 88% ausência de gonioscopia. Aproximadamente 60% dos pacientes que possuem paquimetria, registraram entre 450 e 600 micras. É importante ressaltar que a escavação de papila tem predominância de 60%, sendo superior a 0,5%. Os pacientes portadores de glaucoma no GHC são usuários de uma única medicação (37%) e a droga mais utilizada é o betabloqueador (40%)

). O uso da medicação oral é raro, pois apenas 3% dos pacientes são usuários. A maior parte dos casos são tratados através de tratamento clínico, sendo que apenas 6,2% apresentam uma ou mais cirurgias antiglaucomatosas.

24. GESTÃO DE RISCO: ESTRATÉGIAS EM DESENVOLVIMENTO NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

24.1 Reimplantação do check-list cirúrgico no bloco cirúrgico do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Patricia Notte Colatto, Gislaine Saurin, Gabriel Messerschmidt, Jaqueline Doboz, Leonardo Poisl, Fernanda souza, Maira Tevisan, Luciana Lindernmeyer, Ilva Ines Rigo

Introdução: A segurança do paciente é definida pelo *Institute of Medicine* por um cuidado “livre de lesão acidental” (MENDES, 2007). Frente à magnitude do problema, a Organização Mundial da Saúde lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que visa à mobilização dos países membros, no sentido de estimular a sensibilização dos profissionais para a prestação de serviços de saúde com qualidade e segurança. Isto pode ser alcançado pelo acompanhamento e prevenção da ocorrência de eventos adversos (WHO, 2009). Eventos adversos são danos não intencionais decorrentes do cuidado, acarretando em lesões mensuráveis nos pacientes afetados, óbito ou prolongamento da internação, não atribuídos à evolução natural da doença. É um fenômeno que pode ser decorrente de erros de profissionais de saúde, prática profissional desatualizada ou proveniente da organização hospitalar (MENDES, 2007). Embora os avanços em cirurgia, anestesia e cuidados pós-operatórios tenham levado a um grande declínio da mortalidade nas cirurgias, como por exemplo, as de vesícula e do apêndice, ainda persiste um grande número de problemas relacionados à segurança cirúrgica (WACHTER, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde, para cada 300 pacientes admitidos nos hospitais, um morre em virtude de procedimentos cirúrgicos (WHO, 2009). A mesma estabeleceu uma meta, até 2020, de reduzir em 25% as taxas de infecção em sítio cirúrgico, o que implica em queda significativa na morbidade e na mortalidade (WHO, 2009). Neste sentido, o Ministério da Saúde do Brasil, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde lançou um manual que destaca o Desafio Global pela Segurança do Paciente: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (BRASIL, 2009). Esse dirige sua atenção para os fundamentos e práticas da cirurgia segura, que são componentes essenciais da assistência à saúde (SALLES, CLS; CARRARA, D, 2009). Desta forma, persiste a necessidade de se investir na busca de melhoria da qualidade e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, que resulte progressivamente em mais vidas salvas e diminuição da ocorrência de eventos adversos. Assim, esse novo Desafio Global tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde e contempla: prevenção de infecções de sítio cirúrgico; anestesia segura e indicadores da assistência cirúrgica. De acordo com a OMS, as instituições que participam da campanha para realização de cirurgias seguras podem aderir ao uso do check-list para procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2009). Este é realizado em três momentos: antes, durante e após o procedimento cirúrgico, contribuindo para evitar a ocorrência de eventos adversos. No Brasil, diversos hospitais vêm adotando essas orientações, que fazem parte das exigências para se obter acreditação pela *Joint Commission Internacional* (JCI), entidade norte-americana que certifica serviços de saúde. O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), assim como demais hospitais do país, aderiu a esse programa, adaptando e aplicando a sua realidade o check-list cirúrgico. Neste contexto o Bloco Cirúrgico do Hospital Nossa Senhora da Conceição (BC-HNSC) implantou um modelo de check-list adaptado às suas necessidades, seguindo as orientações da OMS. Este instrumento era preenchido individualmente pelas equipes de enfermagem, médica e de anestésias, sem qualquer interação entre os mesmos, no entanto sua aplicação preconiza a interação entre os profissionais, conferindo os itens de forma oral. Buscando melhorar a aplicação deste instrumento, em setembro de 2011, o grupo de enfermeiros do BC-HNSC realizou treinamentos

junto às equipes para que o preenchimento do check-list fosse realizado de forma oral e conjunta entre os profissionais. Neste período foram realizados acompanhamentos junto às equipes, com o objetivo de esclarecer dúvidas e sensibilizar as mesmas da importância do correto preenchimento desse instrumento. Após este período realizou-se a coleta e análise dos check-list preenchidos entre outubro e dezembro de 2011, com o intuito de buscar os pontos que ainda precisam ser melhorados. **Resultados e discussão:** No período de outubro a dezembro de 2011 foram aplicados 1968 check-list, correspondendo a 74,2% do total dos procedimentos realizados com anestesia geral ou bloqueio. Quanto ao preenchimento dos itens do check-list, podemos observar o seguinte: identificação do paciente foi preenchido em 97,96%; nome do procedimento e lateralidade em 96,74% e 82,52%, respectivamente; jejum em 75%; e alergias em 96,90%. Itens como: antibioticoprofilaxia, risco de sangramento com reserva de sangue, equipamentos testados, esterilidade de materiais, colocação da placa de cautério, segundo o procedimento operacional padrão (POP) e termo de consentimento cirúrgico não assinado, foram preenchidos em 90,59%, 8,07%, 91,00%, 90,90%, 81,04% e 56,04% dos check-list analisados respectivamente. O fato de alguns dados apresentarem baixos percentuais de preenchimento pode estar relacionado à sua não aplicação ao procedimento em questão. Essa informação pode ser observada no item risco de sangramento com reserva de sangue com apenas 8,07% dos instrumentos preenchidos. Pacientes provenientes da UTI ou que entram no BC-HNSC em caráter de emergência são situações que podem colaborar para o não preenchimento do check-list, pois nestes casos o mesmo não tem condições de ser aplicado. Estes dados nos mostram que apesar da aplicação desse instrumento na prática ainda é necessário incentivar e sensibilizar todas as equipes envolvidas com o preenchimento de todos os itens, e assim melhorar a segurança do paciente, a qualidade dos serviços prestados, assim como a aplicação oral do check-list e o seu correto preenchimento.

24.2 Aperfeiçoamento do sistema de notificação de eventos adversos no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Fernando S. Waldemar, Luciane Lindenmeyer, Marco Fish, Raquel Valente, Rosana Mirandola.

Introdução: Apesar das informações a respeito da magnitude e transcendência dos eventos adversos já estarem disponíveis há décadas foi somente após publicações do início do Século XXI que este tópico passou a ser priorizado. Séries internacionais apontam para uma média de 1,7 erros de assistência ao dia em pacientes internados em unidades de terapia intensiva e pelo menos 1 erro de medicação por paciente hospitalizado. Constitui-se uma etapa fundamental para compreensão e enfrentamento a sistematização dos dados referentes as situações de ocorrência de eventos adversos (EA) para a conseqüente análise e tomada de decisão. No entanto, estima-se que as subnotificações de EA variem entre 50 a 90% ao ano. Baseados na experiência de outros setores como aviação, usinas de energia nuclear e exploração de petróleo, o campo da saúde tem montado suas ferramentas para notificação dos problemas ocorridos. **Objetivo:** Descrever o processo de aperfeiçoamento do sistema de notificações de eventos adversos adotado no HNSC durante o ano de 2011. **Resultados:** Ao longo de 2011 o sistema de notificação existente foi modificado, destacando-se a acessibilidade, facilidade de uso, integração com o sistema assistencial e categorização por tipo de evento notificado. Pela nova concepção, as notificações podem ser anônimas e visualizadas pelas comissões de gerenciamento de risco para avaliação e tomada de decisões. Paralelamente, realizaram-se encontros educacionais para os funcionários com ênfase na disseminação da cultura de segurança, destacando-se o caráter informativo do sistema, bem como a importância do envio de notificações espontâneas para subsídio às ações do gerenciamento de risco. **Conclusão:** O aprimoramento do sistema, sua divulgação e realização de treinamentos para utilização deste contribuíram significativamente no aumento do número

de notificações de EA no HNSC. Desta forma, poderá servir como subsídio ao planejamento das ações voltadas à segurança do paciente nos próximos anos.

24.3 Eventos adversos notificados no HNSC através do sistema informatizado de notificação

Fernando S. Waldemar , Luciane Lindenmeyer, Gabriela Valentin Duarte.

Introdução: Eventos adversos (EA) são injúrias não intencionais decorrentes do cuidado, acarretando lesões mensuráveis, óbito ou prolongamento da internação, não atribuídos à evolução natural da doença. Identificar os processos que causam EA é passo fundamental para um adequado entendimento desse fenômeno e crucial na sua prevenção, pois as informações obtidas tornam-se base para o desenvolvimento de estratégias de gestão da segurança dos pacientes. No HNSC o sistema de notificação de EA foi aperfeiçoado em 2011. Informações sobre os EA ocorridos na instituição são registradas e encaminhadas de forma eletrônica às comissões de gerenciamento de risco para avaliação. **Objetivo:** Apresentar os dados extraídos das notificações enviadas via sistema do HNSC em 2011. **Metodologia:** Análise das informações das notificações quanto ao número e tipo, unidade notificadora, taxa de notificação por pacientes-dia e características dos pacientes envolvidos nos eventos adversos. **Resultados:** No ano de 2011 foram notificados 131 eventos adversos. A unidade que mais encaminhou notificações foi a UTI (12,2%), seguida da Oncologia e Infectologia (10% e 8,4%, respectivamente). Houve uma taxa de notificação de 0,07 EA por 100 pacientes-dia, excluindo-se as queixas técnicas/desvios de qualidade. Os EA mais notificados foram quedas (n=29), queixas técnicas de medicamentos (n=21) e perdas de cateteres, drenos e sondas (n=15). A mediana de idade dos pacientes que sofreram EA foi de 50 anos e a maioria era pacientes do sexo masculino (57%). **Conclusão:** Ainda há um grande percentual de subnotificação de EA no HNSC, visto que os dados da literatura apontam taxas de EA variando entre 2,5 a 15/100 pacientes-dia. Há necessidade de educação continuada e sensibilização dos funcionários para a notificação. Para responder a demanda de análise e definição de planos de ação a partir das notificações recebidas, faz-se necessário o desenvolvimento de metodologia de intervenção a partir dos dados coletados.

24.4 Observatório de tecnologias de informação e comunicação em sistemas e serviços de saúde.

Raíssa Barbieri Ballejo Canto, Rafael Dall Alba, Maria Luiza Ferreira de Barba, Vivian Costa, Mayna Yaçanã Borges de Ávila, Irani Jesus Borges da Silva, Alessandra Xavier Bueno, Ana Lucilia da Silva Marques, Rosane Machado Rollo, Bárbara Andrés, Andréia Burille, Alcindo Antônio Ferla

Introdução: Entre os avanços obtidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no país nos últimos anos está a aprovação de política para a área de informação e comunicação. Esta política associa o uso da informação para apoio à decisão em diferentes níveis do sistema de saúde com o uso criativo e inovador dos recursos informacionais e de comunicação. O Projeto Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS) buscou operacionalizar propostas que sugerem a criação de um Observatório capaz de integrar e articular os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde do Ministério da Saúde e os Bancos de Dados Nacionais e levantamentos censitários realizados pelo IBGE, mas ampliou essas propostas ao associar a elas o desafio da disseminação e produção de conhecimento, contribuindo para a ampliação da inteligência coletiva sobre a saúde e o sistema de saúde. Visou também qualificar o monitoramento e avaliação de indicadores de

saúde, bem como criar meios que facilitem o acesso e a troca de informações entre os diversos atores envolvidos direta ou indiretamente com informação em saúde, estabelecendo a base para um processo permanente e contínuo de gestão e de ensino no sistema de saúde, que se denominou de ciclo dado-inteligência coletiva. O conceito de “Observatório” engloba um conjunto de soluções capazes de captar, tratar e disseminar informações e conhecimentos para suporte à tomada de decisões a uma rede de atores definidos, envolvidos com processos de gestão e de ensino no sistema de saúde. No caso desta iniciativa, o âmbito de abrangência foram tecnologias para uso dos indicadores de saúde tratados pela Rede Interagencial para Informação em Saúde (RIPSA) nas funções de gestão de sistemas e serviços de saúde e para seu uso nos processos de ensino. Objetivos: Analisar demandas provindas dos núcleos geradores de informação e formular uma sistemática para gerar dados que sejam avaliados na perspectiva do usuário e não de um produto. **Métodos:** Na perspectiva de racionalização e operacionalização do OTICS foi formado um grupo de acessória científica de acadêmicos da UFRGS conjuntamente com o a parceria com o grupo Hospitalar Conceição (núcleos geradores de informação). Em encontros semanais o GHC apresentou demandas onde foram formuladas logísticas para estruturação e execução de projetos de pesquisa. **Resultados:** Nessa etapa inicial foram articulados projetos nas áreas de gerenciamento de risco, informatização do sistema hospitalar e gerenciamento de maquinário hospitalar.

25. GESTÃO DO SISTEMA E SERVIÇOS DE SAÚDE

25.1 Gestão compartilhada em saúde: o estudo de caso de uma unidade de atenção primária à saúde em Porto Alegre, RS

Aline Arrussul Torres, Ronaldo Bordin e Bárbara Raupp

A gestão do sistema e dos serviços de saúde em sua globalidade tem se constituído em um desafio importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Discussões acerca de métodos gerenciais para unidades de saúde e para a gestão do sistema têm produzido dilemas nos campos teóricos e práticos. Este estudo visa descrever a experiência de Gestão Compartilhada da Unidade de Saúde Jardim Itu, Porto Alegre/RS, através da percepção dos profissionais da equipe e das lideranças comunitárias (conselheiros locais de saúde) acerca da experiência com o modelo de gestão denominado colegiado; existência de processos de compartilhamento das responsabilidades; formas de tomada de decisão e suas implicações, além da interação entre os profissionais, nível de satisfação e produção de novos sentidos. Os dados foram coletados através da realização de grupos focais, seguindo o princípio de saturação dos dados, categorias de análise foram estabelecidas *a priori* e outras a partir da coleta de dados. A Gestão Compartilhada apresenta-se como uma ferramenta que considera as particularidades do trabalho em saúde e que pode ser utilizada por esses serviços, para que isto aconteça, os gestores destas organizações devem estar apropriados da proposta e disponíveis para a descentralização de poder exigida pelo modelo; investimento em avanços tecnológicos como a divisão do território por Áreas de Vigilância; organização local do ensino. Os desafios incorporados a um modelo compartilhado são: a organização de espaços coletivos; os papéis de cada seguimento e a incorporação do seguimento usuário nos espaços de gestão local.

25.2 Portal da Higienização

Maximiliano Dutra de Camargo, Rogério F. de Oliveira

Pretende construir uma estrutura informatizada e automatizada de gestão do serviço de higienização hospitalar. Institucionaliza uma ferramenta de fiscalização e controle de contratos terceirizados de limpeza hospitalar. Cria um sistema de informação que possibilita o gerenciamento em tempo real, reduzindo custos, otimizando serviços e regulando demandas. O sistema portal faz a intermediação das demandas operacionais automaticamente por fluxos sistêmicos, seguindo os critérios epidemiológicos, priorizando as necessidades assistenciais, organizando os processos operacionais e eliminando os ruídos de comunicação. Resulta na redução e regulação dos tempos de resposta, regulação das demandas institucionais, dimensionamento adequado da mão de obra, responsabilização das prestadoras pela execução dos procedimentos operacionais com qualidade e comprometimento. A informatização instrumentaliza a gestão com indicadores auferidos automaticamente e em tempo real sob as mais variadas óticas do processo, disponibilizando avaliações confiáveis para o planejamento a nível sistêmico. Conclui que o gerenciamento adequado, trás maior eficiência e qualidade ao serviço, melhora a resposta aos usuários internos e externos, aumenta a resolutividade operacional e qualifica a imagem da gestão.

25.3 O processo de gestão de tributos em uma instituição de saúde 100% SUS.

Osvaldo da Costa Armendaris

Este trabalho tem o intuito de pesquisar a forma e os mecanismos de gestão empregados na administração de uma instituição referencia em saúde e com atendimento a usuários do sistema único de saúde. Inicialmente com a discussão a respeito do processo de garantia de acesso universal buscou-se identificar quais os indicadores e o perfil de organização adequada à execução da referida pesquisa com abrangência a população de Porto Alegre e região metropolitana chegando a análise, portanto do grupo hospitalar conceição - GHC. Para tanto a metodologia adotada fora executada por intermédio de hipóteses e conseqüentemente deduções a respeito da forma de gestão financeira adotada e com o objetivo de identificar a influencia da tributação no sistema e nos serviços de saúde desempenhados ao longo do período compreendido entre 2006 e 2011. Em ultima análise constata-se a importância da isenção fiscal para com esta instituição declarada de utilidade publica, e não apenas sem fins lucrativos, reafirmando a necessidade de um atendimento integral e universal de acordo com as políticas e diretrizes do sistema de saúde publica brasileiro reafirmando um SUS - sistema único de saúde forte com atuação local, regional com desenvolvimento de pesquisa e formação voltadas para humanização e acolhimento de usuários que, compõe o grande universo do povo brasileiro, depende das ações do governo para garantir seus direitos sociais, incluindo a saúde fundamental para a vida em sociedade.

25.4 Descarte adequado de filmes de RX

Maria Salette Verdi da Silva

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) demonstra preocupação com a preservação do meio ambiente, dentre estas, apresenta um conjunto de ações para contribuir de forma eficiente para que os filmes de RX tenham um destino certo e sejam reaproveitados. O Raio-X é um dos métodos de diagnósticos mais utilizados nas práticas médicas. Entretanto, ele é feito com materiais poluentes para o meio ambiente como metanol, amônia, acetato, prata e cromo. A prata usada na fabricação dos filmes pode contaminar o solo e os lençóis freáticos e o acetato, por exemplo, é um plástico que demora mais de 100 anos para se decompor. No fixador de raios-X pode conter até 4g de prata por litro. No filme cada rolo libera 0,659g, que pode ser reciclada através do processo eletrolítico. Ele proporciona uma prata comercial chamada “prata em escamas”. Com o acetato, podem ser fabricadas caixas de presentes e jóias. A radiografia digital é uma iniciativa fortemente alinhada à conservação do planeta. O GHC desde 2006 utiliza CRs (digitalizadores de imagem), reduzindo a produção de resíduos sólidos e de efluentes. O sistema, além de trazer mais qualidade e precisão da imagem, traz benefícios ao paciente devido ao diagnóstico sair com maior rapidez. Permite arquivamento de exames possibilitando o estudo comparativo entre exames anteriores. Os exames podem ser compartilhados pela equipe médica, inclusive via internet. O objetivo do projeto é implantar postos de coletas no GHC para o descarte adequado dos filmes de RX. Nesse contexto, pode-se concluir que o projeto é fundamental para satisfazer os anseios das pessoas envolvidas nos processos de trabalho em Diagnostico por Imagem, sendo assim responsável pelo material em todo o seu ciclo de vida. Também contribui para o desenvolvimento do senso de responsabilidade na população e o sentimento de cuidado com o ambiente e com as gerações futuras.

26. INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA PARA A GESTÃO, CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

26.1 Avaliação do nível de conhecimento dos médicos emergencistas, cirurgiões, neurologistas, radiologistas e técnicos em radiologia do Grupo Hospitalar Conceição sobre dose de radiação nos exames de tomografia.

Maria Salette Verdi da Silva, Jenifer Fronza

A justificativa do presente trabalho surge a partir da percepção da equipe da necessidade de reorganizar os processos de trabalho no que diz respeito a crescente demanda de solicitações de exames de Tomografia Computadorizada, considerando principalmente a importância do seu papel como cuidadora, cuidado que é justificado quando considerarmos os riscos inerentes ao uso dos Raios-X. O objetivo do projeto consiste em determinar o nível de conhecimento dos profissionais que atuam diretamente como responsáveis e co-responsáveis na execução de um exame com radiação ionizante, sobre dose de radiação e dose absorvida pelo paciente nos exames de Tomografia. A pesquisa constituiu em um estudo transversal. O estudo será realizado no Serviço de Tomografia do Centro de Diagnóstico por Imagem – CDI, no Grupo Hospitalar Conceição - GHC, localizado em Porto Alegre, RS. O GHC é vinculado ao Ministério da Saúde e atua integrado à rede de saúde local e regional, com atendimento 100% SUS. Serão incluídos na pesquisa Médicos Emergencistas, Cirurgiões, Neurologistas, Radiologistas e Técnicos em Radiologia do GHC, excluindo os médicos das outras especialidades. O instrumento de coleta de dados será aplicado um questionário com questões estruturadas para possibilitar a avaliação do nível de conhecimento sobre dose de radiação. O questionário será aplicado pela própria pesquisadora, no local e durante o trabalho dos participantes, evitando o risco de dispersão e interferências. Os dados da análise estatística serão apresentados como frequência absoluta e relativa. O teste χ^2 de independência será utilizado para comparar as respostas entre os grupos entrevistados. Serão considerados significativos os resultados com valor $p < 0,05$. Após este estudo pretende-se elaborar em conjunto com a equipe envolvida nesse processo assistencial uma proposta de implantação de protocolos evitando exames desnecessários e mal conduzidos e reorganizar o Serviço, valorizando o Setor de Ecografia, como ferramenta importante e inócua no atendimento do paciente.

26.2 Sistematização da Informação Científica e Tecnológica no Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição

João Batista Ramos

O presente trabalho tem por foco propor a organização e sistematização da informação científica produzida no âmbito do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A (SSC/HNSC), unidade pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), vinculado ao Ministério da Saúde. A organização através de um documento por escrito (protocolo) que defina todo o planejamento da ação a ser executada garante o êxito do cumprimento dos objetivos a serem alcançados. O SSC-HNSC foi implantado em 1982, tendo como proposta uma reorientação das práticas assistenciais em saúde, através da reestruturação da atenção, e o desenvolvimento de tecnologias mais eficientes ao atendimento efetivo das necessidades da população. A criação da Residência Integrada em Saúde ocorreu pela Portaria SES/RS n.16, de 1º de outubro de 1999, e pela Lei Estadual n. 11.789, de 17 de maio de 2002. O setor envolvido no presente projeto será a Secretaria Acadêmica de Ensino e a Pesquisa - SAEP – do SSC/HNSC, que engloba todas as atividades administrativas e de

recursos logísticos para o funcionamento das Residências (Residência Integrada em Saúde – Ênfase em Saúde da Família e Comunidade/RIS-SFC e Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade/PRMMFC). O objeto de estudo deste trabalho foi o conjunto dos Relatórios dos Trabalhos de Conclusão de Curso da RIS-SFC do SSC-HNSC. Estes relatórios registram as trajetórias do(a) residente através do seu projeto de pesquisa (elaborado no 1º ano da Residência) e a aplicabilidade do mesmo, que resulta no Relatório Final (2º ano da Residência), ou seja, o seu Trabalho de Conclusão de Curso.

26.3 O uso da informação na tomada de decisão para gestão estratégica de estagiários remunerados de um hospital de grande porte de Porto Alegre

Sílvia Daniela P. Macedo

Este trabalho buscará informações para a geração de um sistema de gestão para estagiários remunerados de um hospital de grande porte da cidade de Porto Alegre estado do Rio Grande do Sul. O processo dar-se-á através da identificação de necessidades de três segmentos que fazem uso das informações já existentes e que apontaram insatisfação na forma em que a informação é disponibilizada. Estes segmentos são estagiários remunerados, gestores e a Gestão do Trabalho Educação e Desenvolvimento através de sua equipe Recrutamento e Seleção. O estudo realizar-se-á, nas unidades hospitalares, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmina, dividido em duas etapas, a primeira é quantitativa através da entrega de questionários aos recortes estudados e a segunda parte é qualitativa realizada através de entrevista no momento da devolução dos questionários aos pesquisadores. O estudo é motivado pela declarada insatisfação a Gestão do Trabalho Educação e Desenvolvimento - equipe Recrutamento e Seleção, por parte dos gestores e estagiários no que tange a dificuldade de acesso as informações necessárias para o andamento eficiente, eficaz e efetivo de suas demandas no que tange a Administração de Pessoal.

26.4 Relatório técnico-científico como instrumento de avaliação: um relato de experiência

Luciane Berto Benedetti, Marta Helena Buzati Fert, Sabrina de Sousa Kienzli

A necessidade de capacitação dos profissionais que trabalham com informação vem sendo destacada em diferentes fóruns do campo da saúde, assim como a formação de novos profissionais na área da informação. Este relato é uma experiência da construção de um modelo para o trabalho de conclusão do curso (TCC) de Técnico em Registros e Informações em Saúde, desenvolvido pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC, em parceria com o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul/campus Porto Alegre. Por ser o primeiro curso técnico desenvolvido pela Escola, verificou-se a necessidade de escolher um dos modelos de TCC que estão previstos no plano de curso. Através de oficinas realizadas com os docentes e seminários com os alunos durante o último semestre do curso, definiu-se como TCC um relatório técnico-científico com apresentação em banca. Durante a formação, os alunos passaram por vários campos de prática profissional produzindo relatórios destas vivências. Com a escolha de um relatório para o TCC, os alunos puderam aproveitar uma das experiências vivenciadas anteriormente e que consideraram marcante na sua formação. Os professores concluíram que seria necessário a elaboração de um manual que servisse de referência tanto para o aluno, quanto para o professor orientador. Este manual é um passo a passo para a construção de um relatório técnico-científico, com uma linguagem clara e objetiva voltada para estudantes de nível médio,

descrevendo de forma didática e explicativa as normas da ABNT. No decorrer do terceiro semestre, foram desenvolvidas aulas de metodologia, sendo duas bibliotecárias, as professoras que explicaram de forma detalhada como elaborar o trabalho. Elas, também, seguiram com orientações na elaboração do relatório individualmente, que ocorreram fora do horário de aula para os alunos interessados. Essa experiência resultou em excelentes trabalhos, que mostraram vivências significativas e identificaram situações de relevância e melhorias para os serviços. Os alunos tornaram-se confiantes no processo de produção textual e orgulhosos do que haviam desenvolvido. Devido aos resultados positivos, este modelo de TCC será utilizado pelas próximas turmas, e servirá de referência para outros cursos técnicos.

Palavras-chaves: Educação profissional; Educação em saúde; Relatório técnicocientífico; Metodologia de pesquisa.

27. PRODUÇÃO DE CUIDADO NO ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS CRÔNICOS

27.1 Avaliação da atenção à saúde em hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito, em Atenção Primária à Saúde.

Margarita Silva Diercks, Luciane Kopittke, Sérgio Sirena, Claunara S. Mendonça, Lena Azeredo de Lima, Rui Flores, Júlio Baldisseroto, Bruce Duncan, Silvia Takeda, Fúlvio B. Nedel.

Introdução: Dentre as condições crônicas mais prevalentes na Atenção Primária à Saúde (APS) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Melito (DM) são as de maior destaque, sendo responsáveis por expressiva morbi/mortalidade e impacto na expectativa e qualidade de vida da população. O controle e prevenção da HAS e DM e suas complicações estão entre os maiores desafios à APS. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) expressa a política pública prioritária no âmbito da APS. O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um serviço de APS, referência para as zonas norte e leste da cidade de Porto Alegre. Este serviço conta com 12 Unidades de Saúde (US) que possuem equipes multiprofissionais que realizam atividades de atenção à saúde, ensino e formação. A população sob a responsabilidade do SSC é de 108.560 pessoas. Estima-se que 20.120 sejam hipertensos (26%) e 6.190 diabéticos (8%), quando considerado a população adulta. Para responder a essa necessidade de atenção à saúde foi elaborada, em 2005 uma Ação Programática (AP), a qual é revisada periodicamente e realizados encontros semestrais com as equipes para a atualização da mesma. Porém, a análise dos indicadores de acompanhamento e controle continuam aquém do esperado. Foi registrado que 50% dos usuários cadastrados com HAS estavam com sua pressão controlada na primeira consulta e 62% em uma consulta posterior. Para os usuários cadastrados com DM 41% tinham sua glicemia em níveis adequados na primeira consulta e 52% na segunda consulta. Sendo assim, o Centro de Pesquisas em Atenção Primária do GHC elaborou uma pesquisa com o objetivo de identificar, descrever e analisar quais aspectos na assistência à saúde, gestão, e processos educacionais podem estar relacionados com melhores resultados. **Objetivo:** Caracterizar os usuários hipertensos e/ou diabéticos identificados no SSC/GHC. **Metodologia:** Estudo longitudinal com duração quatro anos. Estão programadas seis etapas de coleta de dados com os hipertensos e diabéticos identificados e com os profissionais que atuam no SSC.. A primeira coleta de dados é uma prévia ao início da intervenção, para a construção de indicadores a serem utilizados como linha de base (LB). Após seis meses do início da intervenção, são coletados dados dos profissionais para verificar se o início da intervenção alterou indicadores de qualidade da assistência. Quando completo um ano da intervenção, são coletados dados dos usuários e dos profissionais até o quarto ano após a linha de base, com uma coleta ao ano. A avaliação inclui indicadores de morbidade, hospitalização, mortalidade, de processos clínicos, de integração e coordenação do cuidado. A intervenção consiste em atividades educativas às equipes multidisciplinares e implementação de novas tecnologias para abordagem de condições crônicas. **Resultados:** Os resultados apresentados correspondem à análise da primeira coleta de dados realizada com os hipertensos e/ou diabéticos identificados. Foram entrevistados 2.529 usuários hipertensos e/ou diabéticos. Destes, 68% são mulheres; 50% têm menos de 65 anos, e 50% menos de 6 anos de escolaridade. Um terço dos hipertensos tem diabetes associado. Metade se sabe hipertenso há mais de 10 anos. Dois terços consultaram médico no último ano e 20% são acompanhados por enfermeira. Menos de 10% participam de grupos educativos.

Entre os hipertensos: Metade se sabe hipertenso há mais de 10 anos, um quarto sabe-se há menos de 4 anos. 43% convive com outra pessoa hipertensa. 4% participou de grupo de hipertensos na UBS de referência. 6% internou por problema relacionado à hipertensão no

último ano. 56% consultou com o médico na UBS de referência pelo menos uma vez nos últimos seis meses, pela hipertensão. 20% tem acompanhamento regular com a enfermeira na UBS de referência. 15% já sofreu infarto ou AVC, 19% entre os com diabetes associada.

Entre os diabéticos: metade se sabe diabético há mais de 7 anos, 25% há menos de 3 anos. 24% convive com outra pessoa diabética. 8% participou de grupo de diabéticos na UBS de referência. 7% internou por problema relacionado à diabetes no último ano. 60% consultou com o médico na UBS de referência pelo menos uma vez nos últimos seis meses. 24% tem acompanhamento regular com a enfermeira na UBS de referência. 9% tem acompanhamento regular com a nutricionista na UBS de referência. 6% já sofreu infarto ou AVC, 19% entre os com hipertensão associada. 1 a 3% já teve de amputar um membro por causa da diabetes.

Do total de indivíduos: 14% dos indivíduos realizaram pelo menos uma consulta com o dentista na UBS de referência, nos últimos seis meses. 75% avalia a satisfação com o atendimento da equipe com nota 8 ou mais. 89% não recebeu na casa a visita de algum profissional da UBS de referência. 8% internou por hipertensão ou diabetes no último ano.

Conclusão: O estudo de linha de base permitiu estabelecer o perfil dos hipertensos e diabéticos e quais os aspectos necessitam ser melhorados de forma a orientar as atividades educativas às equipes (intervenção) para qualificar a assistência e obter melhores resultados na atenção à saúde dos usuários do SSC/GHC e serem expandidas.

27.2 Associação entre Índice de Massa Corporal (IMC), hemoglobina glicada e pressão arterial diastólica em pacientes com insuficiência cardíaca

Camila Weschenfelder, Aline Marcadenti, Vânia Schommer, Karen Lemos, Julio Viegas, Romulo Schudikin, Estefânia Wittke, André Galvão, Juvenal Dias-da-Costa, Ailton T. Stein

Introdução: Esta bem estabelecido que os indicadores de obesidade estão associados com pressão arterial e hemoglobina glicada. No entanto, não está definida a associação entre pacientes com insuficiência cardíaca **Objetivo:** avaliar associações independentes entre Índice de Massa Corporal (IMC, obesidade geral), razão cintura-quadril (RCQ, obesidade central), hemoglobina glicada e pressão arterial em indivíduos com insuficiência cardíaca. **Metodologia:** estudo transversal entre os pacientes com insuficiência cardíaca, de ambos os sexos e com idade ≥ 18 anos. Circunferências da cintura e do quadril (em cm), peso (kg) e altura (m) foram aferidos a fim de calcular razão cintura-quadril (RCQ) e Índice de Massa Corporal (IMC - kg/m^2). Pressão arterial sistólica e diastólica (PAS/PAD, mmHg) e hemoglobina glicada (%) foram obtidas a partir de prontuários médicos. Os dados foram expressos em média $\pm$ DP ou porcentagem. Correlação de Pearson e regressão linear múltipla foram utilizadas para avaliar os objetivos. **Resultados:** 34 pacientes (64,7% NYHA III e IV, 56% homens) com idade média $61,9 \pm 13,9$ anos foram incluídos. Entre homens e mulheres as médias foram respectivamente: RCQ ($1,0 \pm 0,06$ e $0,9 \pm 0,07$), IMC ($25,3 \pm 3,3$ e $32,0 \pm 9,9$), hemoglobina glicada ($6,4 \pm 1,2$ e $6,3 \pm 1,6$), PAS ($114,7 \pm 18,8$ e $122,5 \pm 18,0$), PAD ($69,5 \pm 12,3$ e $75,3 \pm 9,2$). Foram observadas correlações positivas e significativas entre IMC, hemoglobina glicada ($r = 0,5$ $P < 0,05$) e PAD ($r = 0,5$ $P < 0,05$) entre as mulheres. A análise de regressão linear múltipla detectou uma associação direta e significativa entre IMC e hemoglobina glicada (Beta = 0,08, SE = 0,04 $P = 0,05$) e PAD (Beta = 0,5, SE = 0,2 $P = 0,05$), após ajuste para idade. Não houve correlação entre os homens. **Conclusões:** O IMC, indicador de obesidade geral, associou-se independentemente e positivamente com hemoglobina glicada e pressão arterial diastólica entre as mulheres com insuficiência cardíaca. Não houve correlação com indicadores de obesidade abdominal.

27.3 A promoção da atenção Integral às pessoas com Tuberculose através de uma Linha de Cuidado.

Roberto Luiz Targa Ferreira e Sandra Rejane Soares Ferreira

Introdução: A tuberculose (TB) continua sendo um grave problema de saúde pública, permanecendo como a principal causa de morte por doença infectocontagiosa em adultos, em todo o mundo. É uma doença intimamente associada à pobreza, às más condições de vida e de habitação e à aglomeração humana¹. Em 2007, com o apoio do Serviço de Pneumologia do HNSC e da Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre (SMS-PoA), o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) implantou uma Linha de Cuidado (LC) para pessoas com tuberculose (TB) nas doze Unidades de Saúde (US)². LC são modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como também, uma visão global das condições de vida^{3,4}. Fundamenta-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde (APS) como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção⁵. Os Pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por exemplo: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de pneumologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros⁵. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde (RAS) e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. **Objetivos:** Apresentar o processo de construção da linha de cuidado da TB realizado pelo SSC e Serviço de Pneumologia do HNSC, alguns resultados e desafios. **Metodologia:** O processo de construção da LC seguiu os seguintes passos⁵: a) identificação da situação problema “como vinha ocorrendo a realização do cuidado das pessoas com TB”; b) identificação dos Pontos de Atenção no SSC, no GHC e Município e suas respectivas competências; c) identificação do sistema logístico e de apoio necessários para efetivar o cuidado dos usuários; d) identificação da população vulnerável para realizar a programação; e) formulação da linha de cuidado; f) organização da forma de gestão da linha com seus espaços de pactuação. Para a implantação realizou-se: a) busca de apoio político institucional e de apoio matricial do Serviço de Pneumologia do HNSC; b) solicitação de apoio da SMS-PoA e fornecimento dos medicamentos; c) sensibilização, atualização e educação permanente das equipes; d) definição de objetivos, metas e indicadores para monitorar as ações; e) implantação de sistema de registro e acompanhamento; f) implementação de protocolos clínicos; g) estruturação de rotinas e fluxos entre serviços; h) organização do processo de matriciamento e de consultoria para discussão dos casos; i) disponibilização de material didático para profissionais; j) reunião bimensal com Coordenadores Locais da Ação Programática; l) rotina de supervisão direta anual nas US e indireta cotidianamente pelo acompanhamento dos registros “on line” no sistema de informação; m) atividades educativas com a comunidade, campanhas e orientação para os usuários do serviço; n) monitoramento e avaliação sistemática. **Resultados e discussão:** Uma LC possui três elementos básicos: a) uma população adscrita; b) um modelo lógico (modelo de atenção à saúde); c) uma estrutura operacional (os componentes da rede de atenção à saúde)⁵. O SSC-GHC, o Serviço de Pneumologia e o Hospital Nossa Senhora Conceição juntos possuem esses três elementos e a partir do modelo de atenção à saúde pactuado realizaram a modelagem da LC para pessoas com TB. A LC é diferente dos processos de referência e contra-referência, apesar de incluí-los também. Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita^{3,4}. A LC contruída conta com um protocolo clínico e fluxos de comunicação,

matriciamento e referência que guiam o processo de trabalho das equipes. A modelagem estabeleceu no âmbito de cada território os pontos de atenção necessários para prestar atendimento e a competência de cada ponto. Analisando os resultados relacionados ao cuidado das pessoas com TB no período de 2006 a 2010 verifica-se que aumentaram: a) as proporções de sintomáticos respiratórios (SR) investigados pelas US de 21% para 40%; b) o diagnóstico de casos novos de TB no território de 77% para 90%; c) o diagnóstico realizado por serviço de APS de 33% para 65%; d) o número de casos de TB acompanhados pelas US do SSC de 30% para 83%. Acredita-se que os esforços das equipes de saúde somados à descentralização das ações nas doze US, as atividades contínuas de sensibilização das equipes para o problema, a educação permanente, o processo de matriciamento e consultoria implementados, a relação horizontal e excelente comunicação entre as equipes da APS e os especialistas, a transferência de tecnologia leve (transdisciplinaridade), a supervisão direta e indireta nas US, a estrutura e equipamentos que a instituição possui, o uso dos recursos de forma mais adequada e racional (regulação dos fluxos) foram fatores que contribuíram para o sucesso da LC, a melhoria dos indicadores e qualificação do cuidado para pessoas com TB.

28. SAÚDE BUCAL: UM OLHAR SOBRE O PERFIL E VINCULO DOS USUÁRIOS

28.1 Grupo de manutenção de saúde bucal – relato de experiência da unidade de saúde vila floresta-SSC-GHC

Violeta Rodrigues Aguiar, Idiana Luvison, Leonardo Fernandes Freitas, Marcio de Melo Guimarães, Rosa Maria Nunes Rafael, Victor Nascimento Fontanive

A Unidade de Saúde Vila Floresta (USVF) integra o Serviço de Saúde Comunitário do Grupo Hospitalar Conceição há 25 anos e abrange, em seu território de atuação, os bairros Jardim Floresta e Jardim Lindóia. A população adscrita à USVF é de 17.780 habitantes, sendo aproximadamente 20% de idosos. A equipe de saúde bucal (ESB) da USVF possui 3 cirurgiões-dentistas (CD), 2 técnicos de saúde bucal (TSB) e 2 CD residentes. Dentre as práticas de trabalho adotadas pela ESB desde outubro de 2011 está o grupo de manutenção de Saúde Bucal (GMSB). O GMSB possui como referencial teórico a Política Nacional de Saúde Bucal, e promove a integralidade nas ações, articulando informações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal para os usuários que já tiveram seus tratamentos clínicos completados e que estão apazados para retorno à USVF. O GMSB é composto por 3 momentos: atividade coletiva de educação em saúde coordenada pelos núcleos da nutrição e odontologia; ação coletiva de escovação dental supervisionada com evidenciação de placa bacteriana e exame bucal com classificação de risco, podendo ser os participantes encaminhados para atendimento clínico com TSB, CD, ou receberem alta novamente. No ano de 2011 ocorreram 6 grupos, com uma média de 8 participantes por atividade. As faixas etárias predominantes nos grupos foram de adultos (31%) e idosos (31%), seguido de crianças (27,3%) e adolescentes (10,7%). Além disso, aproximadamente 64% dos participantes eram do sexo feminino. Após a classificação de risco, cerca de 21% dos usuários receberam alta, 57% foram agendados com TSB e 43% com CD. Com base nos resultados é possível inferir que o desenvolvimento de ações coletivas interdisciplinares, em período oportuno, pode representar uma importante ferramenta de reorganização da demanda das unidades de Atenção Primária à Saúde, fortalecendo atributos como a longitudinalidade e a integralidade do cuidado.

28.2 Análise do vínculo e absenteísmo em dois modelos de acesso em saúde bucal na atenção primária à saúde.

Fontanive*, VN; Tiede, AM; Schütz, JS; Weber, CM; Muller, V; Rahal, R; Faustino-Silva, DD.

Introdução: Por muitos anos o Brasil foi reconhecido como “o país dos desdentados” pela exclusão histórica de grande parcela de sua população do acesso aos exíguos serviços de saúde bucal existentes. A inserção da Odontologia no SUS, e mais recentemente na Atenção Básica, foi potencializada através de incentivos financeiros específicos, que possuem como marco legal a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Esta inserção foi ampliada, em 2000, por meio da Portaria GM/MS 1444¹, a qual possibilitou que todas as equipes de Saúde da Família (eSF) apresentassem equipes de Saúde Bucal (ESB), revogando a proporção de 2 eSF para cada ESB vigente até o momento. Passados quatro anos, com a criação do Programa Brasil Sorridente, é então publicado a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que estabelece as Diretrizes para a atenção em saúde bucal no Brasil. A PNSB define que, dentre os princípios norteadores das ações de saúde bucal, o acesso seja fortalecido para que os serviços de saúde possam: “buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da

população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.” Reforçando esta diretriz, Barbara Starfield² apresenta que a Atenção Primária à Saúde possui quatro atributos essenciais, dentre os quais o acesso (primeiro contato) representa a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema que demande cuidado em saúde. A preocupação com a qualidade dos serviços e tecnologias de saúde tem crescido muito no Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos, com o objetivo de realizar avaliações mais efetivas e permanentes. Entende-se como boa qualidade de atenção à saúde a habilidade para promover cuidados adequados, equânimes e com custos razoáveis para a otimização dos benefícios à saúde e bem-estar para todos. Neste contexto, as unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) têm desenvolvido diversas estratégias para qualificação de seus serviços, através da reorganização de seus processos de trabalho a partir destes referenciais. Para tanto, a ESB da Unidade de Saúde SESC, situada no bairro Vila Jardim abrangendo aproximadamente 4.500 pessoas e que está vinculada a Gerência Distrital Leste-Nordeste (LENO) da Secretaria Municipal da Saúde, iniciou o planejamento de um novo modelo de acesso em saúde bucal em 2011. O acesso em saúde bucal, até esta data, era realizado através de marcações mensais diretamente com os auxiliares administrativos da equipe. A nova proposta de acesso foi amplamente discutida com a equipe de saúde e conselho local de saúde, sendo consensuada e aprovada. O novo modelo de acesso aprovado consiste na realização de grupos com periodicidade quinzenais, os quais são coordenados por profissionais da ESB e divididos em dois momentos: 1) discussão sobre hábitos saudáveis, problemas bucais mais frequentes, estrutura e ações desenvolvidas pelo serviço; 2) agendamento para atenção em saúde bucal, sendo o aprazamento da consulta programado de acordo com a classificação de risco individual constatado no exame clínico bucal, realizado na cadeira odontológica. **Objetivo:** o objetivo deste estudo é descrever o vínculo e o perfil de acesso em Saúde Bucal de uma unidade básica de saúde (U.S. SESC), comparando o absenteísmo nas consultas odontológicas programadas e o número de consultas por demanda espontânea em dois modelos de acesso em saúde bucal avaliados no segundo semestre dos anos de 2010 e 2011. **Método:** foram coletados, e analisados, os registros dos atendimentos de toda a equipe de saúde bucal em um período de 6 meses dos anos de 2010 quando o acesso em saúde bucal era realizado por agendamento mensal diretamente com auxiliar administrativo e de 2011, em que o acesso começou a ser realizado através de marcações quinzenais, em turnos invertidos, com atividade em grupo realizada pela equipe de saúde bucal. Para efeito de análise foi contabilizado o número de consultas por demanda espontânea, programada, remarcações e o absenteísmo dos usuários do serviço neste período. Os dados foram analisados pelo teste qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** observou-se uma ligeira redução nas ausências às consultas odontológicas (2010=15,8%, 2011=14,4%), um aumento nas remarcações (2010=3,7%, 2011=6,2%) assim como redução das consultas não programadas (2010=18,2%, 2011=16,1%) no ano de 2011 por meio do modelo de acesso por grupo de saúde bucal, porém sem diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$). Por outro lado, quando se analisa isoladamente as primeiras consultas odontológicas, observa-se diferença estatística significativa ($p=0,003$), com redução nas ausências (2010=28,9%, 2011=12,4%) e aumento de remarcações de consultas (2010=0,8%, 2011=4,9% $p=0,005$). Outro resultado constatado pela ESB foi a avaliação positiva do momento de discussão do grupo de saúde bucal. Muitas pessoas relataram o desejo de participar novamente do grupo, pois são abordados assuntos que poucas vezes são discutidos nas consultas odontológicas individuais. Cabe salientar que em muitos grupos houve participantes que desejavam participar apenas das discussões, sem manifestar o desejo de realizar consultas individuais. **Conclusão:** com base nas informações obtidas no presente estudo é lícito concluir que o modelo de acesso em saúde bucal tem um papel importante para o estabelecimento de vínculo à atenção em saúde bucal e conseqüentemente no absenteísmo às consultas odontológicas programadas, sendo sua

organização uma importante estratégia para qualificação e fortalecimento dos atributos da APS nos serviços de saúde bucal.

28.3 Perfil de utilização dos serviços odontológicos na Atenção Primária à Saúde: experiência de duas unidades de saúde do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul

Caroline Machado Weber, Gustavo Giacomelli Nascimento, Daniel Demétrio Faustino-Silva

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) compõe-se de 12 Unidades de Saúde (US) localizadas na Zona Norte do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul, com todos os seus atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Suas equipes multiprofissionais são compostas por médicos de família e comunidade, cirurgiões-dentistas e enfermeiros especialistas em saúde coletiva, psicólogos, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos em saúde bucal, auxiliares administrativos e agentes comunitários de saúde, além de nutricionistas e farmacêuticos, todos trabalhando de acordo com os princípios da Atenção Primária em Saúde (APS) no contexto do SUS. Ainda que pertençam ao mesmo Serviço, cada unidade possui suas especificidades, principalmente no que se refere às características do território, às equipes e ao seu processo de trabalho. No entanto, algumas delas compartilham características semelhantes, no que diz respeito às suas populações e equipes de saúde bucal: US Nossa Senhora Aparecida e US SESC. Ambas utilizam o Sistema de Informações em Saúde (SIS), que é alimentado sistematicamente com dados referentes ao usuário, à assistência e a atividades de promoção de saúde. O objetivo deste trabalho foi estabelecer o perfil de utilização dos serviços odontológicos nas US NSA e US SESC, utilizando, para tanto, os dados advindos do SIS. Foi analisado o relatório do SIS referente a consultas odontológicas realizadas por cirurgiões-dentistas entre os meses de junho a agosto de 2011, somando 1206 boletins entre as duas US. As variáveis analisadas foram: características sócio-demográficas (idade, gênero e micro área), motivo da consulta (CID-10) e tipo de consulta ambulatorial – SIASUS: consulta programada ou consulta não programada. A partir dos resultados, pode-se observar que a maioria dos pacientes da US NSA era do gênero feminino, da faixa etária 35-44 anos, proveniente da microárea de menor risco e mais próxima da US (NSA3); que o acesso aos serviços odontológicos se deu por meio de consultas programadas, e que o código utilizado de cárie dentária foi o mais freqüente. Também se pode afirmar que existe relação entre consulta não programada, diagnóstico de doenças da polpa e dos tecidos periapicais com a microárea mais vulnerável e mais distante da US (NSA1). Na US SESC, a maioria dos pacientes era do gênero feminino, pertencente à faixa etária de 0-11 anos, oriunda da micro área marcada por extrema desigualdade social e mais próxima da US (SESC2), com maior índice de consultas programadas e maior utilização do código referente a exame odontológico completo/consulta da ação programática odontológica de 0-3 anos. Além disso, existiu relação entre as consultas não programadas e o diagnóstico de doenças da polpa e dos tecidos periapicais. Os resultados do presente estudo evidenciam que, apesar das especificidades de cada US, há semelhanças no perfil de acesso no que se refere às variáveis sócio-demográficas. A freqüência de pacientes dos gêneros feminino e masculino foi similar, com maior utilização dos serviços odontológicos por pacientes do gênero feminino em ambas as US. Há uma tendência na literatura que aponta para uma maior utilização dos serviços de saúde, de um modo geral, pelas mulheres do que pelos homens. Essa observação pode ser explicada pelas variações tanto no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros como pelo maior interesse das mulheres com relação à sua saúde. Desde o ano de 2009, o SSC incorporou ao Programa da Criança uma ação de vigilância em saúde bucal, com o objetivo de diminuir a prevalência de cárie precoce na infância. Os esforços destinados ao atendimento de crianças na faixa etária de 0-3 anos, principalmente nos meses de junho e agosto de 2011, em paralelo com as

atividades da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, podem explicar os achados na US SESC, em que se observou maior frequência de pacientes atendidos na faixa etária de 0 a 11 anos. Isso pode justificar, também, o maior uso do código de primeira consulta odontológica/consulta da ação programática odontológica de 0-3 anos naquela US. Alguns estudos que avaliaram a utilização de serviços odontológicos entre crianças/jovens, adultos e idosos indicaram taxas mais elevadas de ida ao dentista nos indivíduos em idade escolar, decrescendo a partir dos 15 anos. Deve-se ressaltar que as crianças estão entre aquelas tradicionalmente priorizadas para atendimento odontológico no serviço público, impondo uma discussão sobre o acesso das outras faixas etárias, em especial populações adulta e idosa. Em contrapartida, a US NSA apresentou mais pacientes atendidos na faixa etária de 35 a 44 anos, em consonância com um estudo que constatou mais uso de serviços odontológicos no grupo etário de 20 a 49 anos. Essa observação justifica-se pela tendência cumulativa das doenças bucais, em especial a cárie dentária, com base nos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010, em indivíduos de 35-44 anos de idade (CPO-D=16,75), indicando uma possível manutenção da gravidade da cárie na população adulta¹⁸. A ausência de uma política de saúde bucal direcionada a essa população pode ser responsável pela manutenção dos altos índices de cárie dental. A falta de acesso a medidas preventivas e assistenciais ou tratamentos pouco resolutivos e de baixa qualidade possivelmente aumentam a complexidade do problema. A distribuição do número de pacientes atendidos de acordo com as micro áreas mostrou-se semelhante na US NSA. Por outro lado, na US SESC observou-se um predomínio de pacientes provenientes das micro áreas mais vulneráveis e mais próximas à US (SESC1, SESC2 e SESC3). Quando se relacionou micro área ao tipo de consulta na US NSA, predominaram as não programadas na micro área NSA1, mais vulnerável e mais distante da US, e as programadas na micro área NSA3, mais próxima da US. A literatura descreve que populações com baixo nível sócio-econômico e baixa escolaridade materna buscam mais os serviços para resolução de situações agudas de saúde. Ainda, sabe-se que grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal autopercebidos, enquanto indivíduos com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento. Essa associação entre micro área e tipo de consulta não foi encontrada na US SESC. Segundo os resultados do SB Brasil 2010, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 para uma condição de baixa prevalência em 2010. Mesmo com o declínio dessa doença, foi possível observar que o código referente à cárie dentária foi o motivo predominante dos atendimentos em ambas as US e o sexto entre os problemas e diagnósticos mais frequentes do SSC, sendo o diagnóstico mais comum entre as consultas programadas na US NSA. Nesse sentido, destaca-se que não somente a oferta de serviços odontológicos de qualidade é um importante fator para ampliar o acesso da população a serviços resolutivos, como também o é a percepção das necessidades de saúde bucal por parte dos indivíduos para que se dê a busca por estes serviços. Existe uma relação entre o código referente às doenças da polpa e dos tecidos periapicais e as consultas não programadas nas duas US. Há diversos estudos na literatura que afirmam que a dor oriunda dessas patologias é o motivo mais frequente de procura por serviços de urgências odontológicas. A doença cárie, além da perda dental, traz consigo a odontalgia, cujos reflexos podem interferir no comportamento dos indivíduos e afetar suas atividades cotidianas. A oferta de procedimentos não mutiladores no tratamento das patologias pulpares irreversíveis, como, por exemplo, o tratamento endodôntico, poderia contribuir nesse sentido. No entanto, o que se verifica, na prática, é uma demanda reprimida de endodontia para atenção secundária, principalmente pela baixa capacidade de oferta de serviços especializados, o que compromete o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal. A partir do exposto, pode concluir que é possível utilizar os dados do SIS para conhecer o perfil de utilização e a partir destes organizar o acesso em SB, baseado nos princípios APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, acesso aos serviços de saúde, utilização, sistemas de informação, saúde bucal.

29. PRODUÇÃO DE CUIDADO NO ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS CRÔNICOS

29.1 Avaliação da atenção à saúde em hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito, em Atenção Primária à Saúde.

Margarita Silva Diercks, Luciane Kopittke, Sérgio Sirena, Claunara S. Mendonça, Lena Azeredo de Lima, Rui Flores, Júlio Baldisseroto, Bruce Duncan, Silvia Takeda, Fúlvio B. Nedel.

Introdução: Dentre as condições crônicas mais prevalentes na Atenção Primária à Saúde (APS) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Melito (DM) são as de maior destaque, sendo responsáveis por expressiva morbi/mortalidade e impacto na expectativa e qualidade de vida da população. O controle e prevenção da HAS e DM e suas complicações estão entre os maiores desafios à APS. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) expressa a política pública prioritária no âmbito da APS. O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um serviço de APS, referência para as zonas norte e leste da cidade de Porto Alegre. Este serviço conta com 12 Unidades de Saúde (US) que possuem equipes multiprofissionais que realizam atividades de atenção à saúde, ensino e formação. A população sob a responsabilidade do SSC é de 108.560 pessoas. Estima-se que 20.120 sejam hipertensos (26%) e 6.190 diabéticos (8%), quando considerado a população adulta. Para responder a essa necessidade de atenção à saúde foi elaborada, em 2005 uma Ação Programática (AP), a qual é revisada periodicamente e realizados encontros semestrais com as equipes para a atualização da mesma. Porém, a análise dos indicadores de acompanhamento e controle continuam aquém do esperado. Foi registrado que 50% dos usuários cadastrados com HAS estavam com sua pressão controlada na primeira consulta e 62% em uma consulta posterior. Para os usuários cadastrados com DM 41% tinham sua glicemia em níveis adequados na primeira consulta e 52% na segunda consulta. Sendo assim, o Centro de Pesquisas em Atenção Primária do GHC elaborou uma pesquisa com o objetivo de identificar, descrever e analisar quais aspectos na assistência à saúde, gestão, e processos educacionais podem estar relacionados com melhores resultados. **Objetivo:** Caracterizar os usuários hipertensos e/ou diabéticos identificados no SSC/GHC. **Metodologia:** Estudo longitudinal com duração quatro anos. Estão programadas seis etapas de coleta de dados com os hipertensos e diabéticos identificados e com os profissionais que atuam no SSC.. A primeira coleta de dados é uma prévia ao início da intervenção, para a construção de indicadores a serem utilizados como linha de base (LB). Após seis meses do início da intervenção, são coletados dados dos profissionais para verificar se o início da intervenção alterou indicadores de qualidade da assistência. Quando completo um ano da intervenção, são coletados dados dos usuários e dos profissionais até o quarto ano após a linha de base, com uma coleta ao ano. A avaliação inclui indicadores de morbidade, hospitalização, mortalidade, de processos clínicos, de integração e coordenação do cuidado. A intervenção consiste em atividades educativas às equipes multidisciplinares e implementação de novas tecnologias para abordagem de condições crônicas. **Resultados:** Os resultados apresentados correspondem à análise da primeira coleta de dados realizada com os hipertensos e/ou diabéticos identificados. Foram entrevistados 2.529 usuários hipertensos e/ou diabéticos. Destes, 68% são mulheres; 50% têm menos de 65 anos, e 50% menos de 6 anos de escolaridade. Um terço dos hipertensos tem diabetes associado. Metade se sabe hipertenso há mais de 10 anos. Dois terços consultaram médico no último ano e 20% são acompanhados por enfermeira. Menos de 10% participam de grupos educativos.

Entre os hipertensos:

- Metade se sabe hipertenso há mais de 10 anos, um quarto sabe-se há menos de 4 anos.
- 43% convive com outra pessoa hipertensa.
- 4% participou de grupo de hipertensos na UBS de referência.
- 6% internou por problema relacionado à hipertensão no último ano.

- 56% consultou com o médico na UBS de referência pelo menos uma vez nos últimos seis meses, pela hipertensão.
- 20% tem acompanhamento regular com a enfermeira na UBS de referência.
- 15% já sofreu infarto ou AVC, 19% entre os com diabetes associada.

Entre os diabéticos:

- metade se sabe diabético há mais de 7 anos, 25% há menos de 3 anos.
- 24% convive com outra pessoa diabética.
- 8% participou de grupo de diabéticos na UBS de referência.
- 7% internou por problema relacionado à diabetes no último ano.
- 60% consultou com o médico na UBS de referência pelo menos uma vez nos últimos seis meses.
- 24% tem acompanhamento regular com a enfermeira na UBS de referência.
- 9% tem acompanhamento regular com a nutricionista na UBS de referência.
- 6% já sofreu infarto ou AVC, 19% entre os com hipertensão associada.
- 1 a 3% já teve de amputar um membro por causa da diabetes.

Do total de indivíduos:

- 14% dos indivíduos realizaram pelo menos uma consulta com o dentista na UBS de referência, nos últimos seis meses.
- 75% avalia a satisfação com o atendimento da equipe com nota 8 ou mais.
- 89% não recebeu na casa a visita de algum profissional da UBS de referência.
- 8% internou por hipertensão ou diabetes no último ano.

Conclusão: O estudo de linha de base permitiu estabelecer o perfil dos hipertensos e diabéticos e quais os aspectos necessitam ser melhorados de forma a orientar as atividades educativas às equipes (intervenção) para qualificar a assistência e obter melhores resultados na atenção à saúde dos usuários do SSC/GHC e serem expandidas.

Associação entre Índice de Massa Corporal (IMC), hemoglobina glicada e pressão arterial diastólica em pacientes com insuficiência cardíaca

Camila Weschenfelder, Aline Marcadenti, Vânia Schommer, Karen Lemos, Julio Viegas, Romulo Schudikin, Estefânia Wittke, André Galvão, Juvenal Dias-da-Costa, Airton T. Stein

Introdução: Esta bem estabelecido que os indicadores de obesidade estão associados com pressão arterial e hemoglobina glicada. No entanto, não esta definida a associação entre pacientes com insuficiência cardíaca **Objetivo:** avaliar associações independentes entre Índice de Massa Corporal (IMC, obesidade geral), razão cintura-quadril (RCQ, obesidade central), hemoglobina glicada e pressão arterial em indivíduos com insuficiência cardíaca. **Metodologia:** estudo transversal entre os pacientes com insuficiência cardíaca, de ambos os sexos e com idade ≥ 18 anos. Circunferências da cintura e do quadril (em cm), peso (kg) e altura (m) foram aferidos a fim de calcular razão cintura-quadril (RCQ) e Índice de Massa Corporal (IMC - kg/m^2). Pressão arterial sistólica e diastólica (PAS/PAD, mmHg) e hemoglobina glicada (%) foram obtidas a partir de prontuários médicos. Os dados foram expressos em média $\pm$ DP ou porcentagem. Correlação de Pearson e regressão linear múltipla foram utilizadas para avaliar os objetivos. **Resultados:** 34 pacientes (64,7% NYHA III e IV, 56% homens) com idade média $61,9 \pm 13,9$ anos foram incluídos. Entre homens e mulheres as médias foram respectivamente: RCQ ($1,0 \pm 0,06$ e $0,9 \pm 0,07$), IMC ($25,3 \pm 3,3$ e $32,0 \pm 9,9$), hemoglobina glicada ($6,4 \pm 1,2$ e $6,3 \pm 1,6$), PAS ($114,7 \pm 18,8$ e $122,5 \pm 18,0$), PAD ($69,5 \pm 12,3$ e $75,3 \pm 9,2$). Foram observadas correlações positivas e significativas entre IMC, hemoglobina glicada ($r = 0,5$ $P < 0,05$) e PAD ($r = 0,5$ $P < 0,05$) entre as mulheres. A análise de regressão linear múltipla detectou uma associação direta e significativa entre IMC e hemoglobina glicada (Beta = 0,08, SE = 0,04 $P = 0,05$) e PAD (Beta = 0,5, SE = 0,2 $P = 0,05$), após ajuste para idade. Não houve

correlação entre os homens. Conclusões: O IMC, indicador de obesidade geral, associou-se independentemente e positivamente com hemoglobina glicada e pressão arterial diastólica entre as mulheres com insuficiência cardíaca. Não houve correlação com indicadores de obesidade abdominal.

A promoção da atenção Integral às pessoas com Tuberculose através de uma Linha de Cuidado.

Roberto Luiz Targa Ferreira e Sandra Rejane Soares Ferreira

Introdução: A tuberculose (TB) continua sendo um grave problema de saúde pública, permanecendo como a principal causa de morte por doença infectocontagiosa em adultos, em todo o mundo. É uma doença intimamente associada à pobreza, às más condições de vida e de habitação e à aglomeração humana¹. Em 2007, com o apoio do Serviço de Pneumologia do HNSC e da Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre (SMS-PoA), o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) implantou uma Linha de Cuidado (LC) para pessoas com tuberculose (TB) nas doze Unidades de Saúde (US)². LC são modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como também, uma visão global das condições de vida^{3,4}. Fundamenta-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde (APS) como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção⁵. Os Pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por exemplo: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de pneumologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros⁵. Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde (RAS) e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. **Objetivos:** Apresentar o processo de construção da linha de cuidado da TB realizado pelo SSC e Serviço de Pneumologia do HNSC, alguns resultados e desafios. **Metodologia:** O processo de construção da LC seguiu os seguintes passos⁵: a) identificação da situação problema “como vinha ocorrendo a realização do cuidado das pessoas com TB”; b) identificação dos Pontos de Atenção no SSC, no GHC e Município e suas respectivas competências; c) identificação do sistema logístico e de apoio necessários para efetivar o cuidado dos usuários; d) identificação da população vulnerável para realizar a programação; e) formulação da linha de cuidado; f) organização da forma de gestão da linha com seus espaços de pactuação. Para a implantação realizou-se: a) busca de apoio político institucional e de apoio matricial do Serviço de Pneumologia do HNSC; b) solicitação de apoio da SMS-PoA e fornecimento dos medicamentos; c) sensibilização, atualização e educação permanente das equipes; d) definição de objetivos, metas e indicadores para monitorar as ações; e) implantação de sistema de registro e acompanhamento; f) implementação de protocolos clínicos; g) estruturação de rotinas e fluxos entre serviços; h) organização do processo de matriciamento e de consultoria para discussão dos casos; i) disponibilização de material didático para profissionais; j) reunião bimensal com Coordenadores Locais da Ação Programática; l) rotina de supervisão direta anual nas US e indireta cotidianamente pelo acompanhamento dos registros “on line” no sistema de informação; m) atividades educativas com a comunidade, campanhas e orientação para os usuários do serviço; n) monitoramento e avaliação sistemática. **Resultados e discussão:** Uma LC possui três elementos básicos: a) uma população adscrita; b) um modelo lógico (modelo de atenção à saúde); c) uma estrutura operacional (os componentes da rede de atenção à saúde)⁵. O SSC-GHC, o Serviço de Pneumologia e o Hospital Nossa Senhora Conceição juntos possuem esses três elementos e a partir do modelo de atenção à saúde pactuado realizaram a modelagem da LC para pessoas com TB. A LC é diferente dos processos de referência e contra-referência, apesar de incluí-los

também. Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita^{3,4}. A LC construída conta com um protocolo clínico e fluxos de comunicação, matriciamento e referência que guiam o processo de trabalho das equipes. A modelagem estabeleceu no âmbito de cada território os pontos de atenção necessários para prestar atendimento e a competência de cada ponto. Analisando os resultados relacionados ao cuidado das pessoas com TB no período de 2006 a 2010 verifica-se que aumentaram: a) as proporções de sintomáticos respiratórios (SR) investigados pelas US de 21% para 40%; b) o diagnóstico de casos novos de TB no território de 77% para 90%; c) o diagnóstico realizado por serviço de APS de 33% para 65%; d) o número de casos de TB acompanhados pelas US do SSC de 30% para 83%. Acredita-se que os esforços das equipes de saúde somados à descentralização das ações nas doze US, as atividades contínuas de sensibilização das equipes para o problema, a educação permanente, o processo de matriciamento e consultoria implementados, a relação horizontal e excelente comunicação entre as equipes da APS e os especialistas, a transferência de tecnologia leve (transdisciplinaridade), a supervisão direta e indireta nas US, a estrutura e equipamentos que a instituição possui, o uso dos recursos de forma mais adequada e racional (regulação dos fluxos) foram fatores que contribuíram para o sucesso da LC, a melhoria dos indicadores e qualificação do cuidado para pessoas com TB.

